ÍNDICE

Apresentação da OSS: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	0003
Titulo, justificativa, caracterização da unidade	0034
Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas	0053
Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	0062
Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados na Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho	0073
Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde	0104
Implantação da Logística de Suprimentos	0153
Implantação da gestão: Proposta para Regimento Interno da Unidade	0193
Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem	0211
Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	0231
Implantação da gestão: Proposta para Regimento do Corpo Clínico	0272
Implantação de processos: Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais	0284
Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o Faturamento de Procedimentos	0515
Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio	0539
Implantação de processos: Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira	0573
Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	1113
Comissão médica	1125
Comissão de ética multiprofissional	1137
Comissão de biossegurança	1150
Comissão de infecção hospitalar	1159
Comissão de análise e revisão de prontuários	1173
Comissão de acidentes com material Biológico (CAMB)	1182
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	1190
Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde	1203
Comissão de Farmácia e Terapêutica	1211
Comissão de Proteção de Radiologia	1218
Comitê de Compliance	1227
Comissão de Ética em Pesquisa (CEP)	1248
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	1266
Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)	1274
Outras comissões	1301
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica	1312

Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica	1329
Proposta de Implantação de Serviço de Atendimento de Atendimento ao Usuário	1337
Proposta de Desenvolvimento das Ações da Ouvidoria Vinculada a SES, Com Pesquisa de Satisfação.	1355
Proposta de Formas de Acolhimento para os Usuários e Acompanhantes Durante o Período de Atendimento Na Unidade, Especialmente Quando Residentes Em Localidade Diversa, Assim Como Para Os Colaboradores	1370
Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária	1377
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC Na Gestão de Hospitais por Quantidade Igual ou Superior a 200 Leitos	1387
Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na Gestão de Hospitais com serviço ambulatorial com quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	1516
Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na Gestão de Hospitais com serviço ambulatorial com quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	1554
Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na Gestão de Policlinicas/Ame/Clinica Especializada ou Similar	1638
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação de recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	1844
Certificado de acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade Hospitalar durante a gestão da OSC proponente	1849
Apresentação do organograma da unidade com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	1854
Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	1880
Experiência Mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade com documento comprobatório de interesse	1910
Experiência previa em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/ Clínicas especializadas, etc.	1926
Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho	1939
Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e rotinas operacionais para serviços compatível com as atividades propostas no plano de trabalho	1944
Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	2124
Protocolos de atenção não médica por nível de qualificação dos profissionais e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade	2132
Instrução para o funcionamento do Serviço Social com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	2375
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	2408
Normas para o Funcionamento do Serviço de Administração Geral com Especificação de Estrutura, Normas e Rotinas, Horário e Equipe Mínima – Policlinica	2541
Norma para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlinica	2553
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial	2615
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	2632
Apresentação de plano de cargos e salários	2670
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	2877
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	2965

Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	2981
Declaração de Validade Jurídica da Proposta	3004
PROPOSTA FINANCEIRA	3008

ENVELOPE 1: PROPOSTA DE TRABALHO

Á SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO 10/2024-SES/GO
PROCESSO: 202400010038080

POLICLÍNICA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RUA DIRCEU DE ANDRADE N ° 33 SÃO MATEUS JUIZ DE FORA/ MG, CEP: 36025-140

CNPJ: 21.583.042/0001-72/ TEL: (32) 4009-2367

EMAIL: MARIANABARBOSA@HMTJ.ORG.BR / CARLAMACHADO@HMTJ.ORG.BR

HMTJ

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

APRESENTAÇÃO DA PROPONENTE ORGANIZAÇÃO SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)

- **Histórico:**

A história ***desta Organização Social de Saúde*** Hospital Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ inicia-se em ***1° de dezembro de 1926***, data de sua fundação na cidade de Juiz de Fora, por iniciativa dos médicos José Dirceu de Andrade, Navantino Alves e Renato de Andrade Santos. A partir de então, grandes foram as conquistas que esta renomada instituição alcançou, e que a tornaram referência em atendimento médico no âmbito nacional.

Quando de sua fundação, o HMTJ, então Maternidade Therezinha de Jesus, localizava-se em um prédio na Avenida Quinze de Novembro, atual Getúlio Vargas. Ali ocorreu o primeiro nascimento, um bebê do sexo feminino, batizado como Therezinha de Jesus. Este foi o primeiro dos mais de 150 mil juiz-foranos que ali nasceram, e que contabilizam quase um terço da população do município. Em 1931, com recursos doados pelo Governo do Estado de Minas Gerais, a instituição passou a funcionar na Rua São Mateus, onde 81.410 nascimentos foram registrados.

No ano de 1978, a instituição transfere sua sede para a atual localização, à rua Dr. Dirceu de Andrade, no número 33, do bairro São Mateus, em terreno próprio de 12.700m².

Um novo alicerce para o HMTJ:

Em 15 de setembro de **2005**, a Maternidade Therezinha de Jesus firma um convênio de co-gestão com grupo diretivo especialista, e torna- se Hospital Geral, assumindo o atual nome de Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e passando a prestar assistência à saúde, em âmbito geral, em diversas especialidades, além de fomentar o ensino e a pesquisa aos futuros profissionais de saúde.

Implementado o processo de gestão, o HMTJ foi completamente reformado, e tornou-se maior, mais confortável e mais seguro para seus usuários. Ampliou em cinco mil m² sua área construída, atualmente contando com 12 mil m². Nos anos seguintes, foram ampliados os leitos disponibilizados de 60 para 160, dentre os quais 20 destinam-se à UTI Adulto, 8 à UTI Neonatal e 2 à UTI Pediátrica.

Nesta época foram absorvidos novos 350 funcionários, que hoje totalizam mais de 600 colaboradores. Contando com 290 leitos ativos, o Hospital destina 100% de seus leitos ao Sistema Único de Saúde. Possui
50 leitos de UTI Tipo II: 40 Adultos, 08 Neonatais e 02 Pediátricos, cadastrados junto ao Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.283, de 10 de outubro de 2008, conta ainda com 8 salas de cirurgia e 42 consultórios para atendimento aos usuários do SUS.

Novos serviços também passaram a ser oferecidos, entre eles:

- ✓ Centro de Fisioterapia
- ✓ Centro de Parto Normal
- ✓ Clínica de Odontologia com 30 consultórios
- ✓ Ambulatório, com 42 consultórios e mais de 40 especialidades.
- ✓ Atendimento médico hospitalar nas áreas básicas da saúde, realizado por médicos contratados e médicos residentes (Clínica médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Gastroenterologia, Endocrinologia, ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia e Saúde da Família e multiprofissional – enfermagem, farmácia, fisioterapia e odontologia).

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento:

- ✓ Hemodiálise
- ✓ Hemodinâmica
- ✓ Ultrassonografia
- ✓ Endoscopia Digestiva

- ✓ Raios-X convencional e com Fluoroscopia
- ✓ Tomografia Computadorizada
- ✓ Laboratório de análises clínicas e patológicas

Em 12 de maio de **2011**, foi firmada, ainda, nova contratualização com a Prefeitura de Juiz de Fora, que viabilizou a ampliação da gama de serviços prestados, tais como: internações, cirurgias, consultas e exames. Como resultado, houve significativa diminuição da demanda reprimida de atendimento aos pacientes do SUS no município de Juiz de Fora, micro emacrorregião.

Em dezembro do mesmo ano, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e Prefeitura de Juiz de Fora, o Hospital tornou-se pioneiro no Estado de Minas Gerais no **atendimento 100% SUS**, focando toda sua assistência no atendimento à população que necessita da atenção pública. A divulgação à população de Juiz de Fora e região deu-se por meio de uma ampla campanha informativa intitulada: ***Hospital 100% SUS, aqui você é particular.***

Ainda em **2011**, por meio da ***Portaria Interministerial n°1.120***, o HMTJ foi certificado como **Hospital de Ensino**. Esta dupla certificação, emitida pelos Ministérios da Saúde e da Educação, é fruto de árduo trabalho por parte da equipe gestora do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e em muito engrandece a instituição, que recebeu o conceito máximo.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OSS HMTJ) é uma entidade sem fins lucrativos, cujo trabalho é de gestão e execução de atividades e serviços de saúde de unidades públicas, com metas e tipo de assistência voltada para o atendimento exclusivo de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ampliando horizontes gerenciais para melhoria continua da saúde pública

As evoluções não pararam por aí. A possibilidade de utilizar toda esta expertise gerencial para melhoria continua da saúde para população foi ampliada em contratos/convênios de gestão em parceria com gestores públicos visando otimizar recursos para ofertar melhores serviços.

A gestão é estabelecida por meio de contrato com as secretarias de Saúde e o objetivo da OSS HMTJ é trabalhar em colaboração com o poder público para ampliar a oferta de um atendimento humanizado e de qualidade, desenvolvido com técnicas de gestão inovadoras, fazendo com que o cidadão usuário do SUS seja atendido em unidades públicas comparáveis aos grandes centros privados.

Desde o início do trabalho em todas as unidades são implementados os conceitos que norteiam o grupo: busca contínua pelo aprimoramento da qualidade dos processos de trabalho; acreditação das unidades geridas; valorização dos colaboradores e compromisso com a oferta da melhor assistência em saúde à população usuária do SUS, associada à otimização dos recursos disponíveis.

A OSS desenvolve soluções criativas e de melhor qualidade sendo estas implantadas com agilidade e agregando valor aos recursos públicos.

Os tempos atuais mostram que nunca foi tão oportuno debater o tema das parcerias para o desenvolvimento no Brasil. As esferas de governo encontram-se, hoje, bem alinhadas em torno desse assunto, havendo um forte consenso por parte dos poderes públicos estaduais, municipais e da União quanto à necessidade de articulação com a iniciativa privada para a requalificação da infraestrutura e para o provimento de serviços públicos no país.

Medidas recentes adotadas no âmbito do Governo Federal, especialmente, vêm reforçar a importância que o assunto alcançou na pauta política do Brasil, sinalizando a forte preocupação com a criação de um ambiente de negócios públicos propício ao ingresso de novos investimentos e à retomada do desenvolvimento econômico.

O País precisa inverter esta condição no curto prazo, mas as restrições de natureza fiscal e orçamentária existentes, que exigem a redução das despesas não obrigatórias, e simultaneamente a dificuldade ou mesmo impossibilidade de recorrer a novas fontes (aumento da carga tributária), inviabilizam que o setor público possa, através da contratação pública tradicional de obra, recuperar, pelo menos nos próximos anos, o atraso e déficit existentes.

Considerando a necessidade de recursos financeiros destinados a alavancar os investimentos de longo prazo, relacionados com a redução da pobreza e da desigualdade, para melhorar as condições de

infraestrutura no país, e com o entendimento de que as Alianças Público- Privadas são instrumentos importantes para a implantação de políticas públicas, analisamos o contexto e mecanismos para a promoção do desenvolvimento com a parceria do setor privado.

NOSSA MISSÃO:

Prestar assistência à saúde com excelência, oferecendo soluções inteligentes de gestão em unidades médico-hospitalares.

VALORES E POLÍTICAS:

- **ÉTICA:**

  Agir com integridade, honestidade moral e intelectual e com respeito à legislação vigente sobre todos os aspectos;

- **QUALIDADE**

  Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas;

- **HUMANIZAÇÃO**

  Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade de forma universal;

- **INOVAÇÃO**

  Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalhos inovadores;

- **SUSTENTABILIDADE**

  Agir de maneira socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

- **TRANSPARÊNCIA**

  Fazer uso correto e responsável da aplicação dos recursos à Saúde e prestar conta deste ato aos órgãos responsáveis e à sociedade.

- **Unidades Gerenciadas:**

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OSSHMTJ) é uma entidade sem fins lucrativos, cujo trabalho é de gestão e execução de atividades e serviços de saúde de unidades públicas, com metas e tipo de assistência voltada para o atendimento exclusivo de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A gestão é estabelecida por meio de contrato/convênio com os entes públicos de saúde, e o objetivo da OSS HMTJ é trabalhar em colaboração com o poder público para ampliar a oferta de um atendimento humanizado e de qualidade, desenvolvido com técnicas de gestão inovadoras, fazendo com que o cidadão usuário do SUS seja atendido emunidades públicas comparáveis aos grandes centros privados.

Desde janeiro de **2010**, o HMTJ assumiu a administração da ***Unidade de Pronto Atendimento – UPA do bairro Santa Luzia***. A Unidade realiza procedimentos de **baixa e média complexidade**, com ênfase no atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria. Também realiza **pequenos procedimentos cirúrgicos de urgência,** tais como suturas e drenagem de abscessos, entre outros. Disponibiliza a atendimentos de urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, onde são realizados cerca de **7.315 atendimentos/mês.**

Ao HMTJ foi concedido, em ***30 de março de 2012***, e publicado no Diário Oficial n°061 do Estado do Rio de Janeiro, a qualificação como Organização Social de Saúde, com área de atuação em Maternidade e UPA 24 Horas. Com isto foi possível gerenciar unidades públicas no Estado.

O trabalho do HMTJ teve início no estado do Rio de Janeiro com a inauguração do Hospital Estadual da Mãe de Mesquita, em 14 de junho de 2012, unidade voltada para o acompanhamento completo de gestantes de baixa e média complexidade - do pré natal ao parto e puerpério. Realizando aproximadamente 7.611consultas ambulatoriais/mês, 845 internações/mês, 187 cirurgias/mês e 608 partos/mês.

O número de consultas, exames e partos realizados em seu primeiro ano de funcionamento comprovam não só a eficiência do trabalho realizado, mas também a importância do hospital à população. A unidade se torna a principal referência em maternidade para gestantes de risco habitual da Baixada Fluminense.

A partir de janeiro de **2013**, a OSS HMTJ assumiu a gestão de outras unidades de saúde. São elas: **Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart,** unidade é referência principal em Maternidade de Alta Complexidade, possuindo 139 leitos com diferencial deLeitos de UTI Materna e UTI/UI NEO**,** o qual realizava cerca de 4.439consultas ambulatoriais/mês, 674 internações/mês,145 cirurgias/mês e 449 partos/mês.

Também neste ano, a HMTJ assumiu a gestão do **Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans,** sendo o único Hospital Estadual a possuir um CTQ (Centro de Tratamento de Queimado), além das demais especialidades clinicas e cirúrgicas. Realizandoaproximadamente 1.560 consultas ambulatoriais/mês, 491 internações/mês, 210 cirurgias/mês e 147 partos/mês.

Hospital Estadual Vereador MelchiadesCalazans – Nilópolis/RJ

Desafio ainda maior foi encontrado na gestão do **Hospital Albert Schweitzer,** unidade contava com cerca de 500 Leitos, sendo distribuídos entre as mais diversas especialidades, incluindo 54 leitos de maternidade, 70 de UTI adulto e 30 leitos de UTI NEO, sendo a principal referência de atendimentos de Urgência e Emergência da região oeste do RJ, o qual realizava cerca de 975 consultas ambulatoriais/mês, 1.354 internações/mês, 508 cirurgias/mês e 258 partos/mês.

As **Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) de Botafogo, Copacabana, Tijuca e Jacarepaguá,** também tiveram inicio de suas atividades sob a gestão da HMTJ em 2013, apresentando melhoras significativas em seus resultados. O número de atendimentos/mês realizados em cada uma foi de aproximadamente 11.938, 9.255, 12.702e 11.900.

A Organização Social Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, em julho de 2014, assumiu a administração do Hospital Estadual da Região doa Lagos Nossa Senhora de Nazaré (HELagos). A unidade conta com atendimento ambulatorial nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e ortopedia, além de maternidade para atendimento a gestante e bebê de alto risco. Realizando aproximadamente 366 consultas ambulatoriais/mês, 362 internações/mês, 158 cirurgias/mês e 137 partos/mês.

Em agosto de **2015**, foi inaugurada **UPA JK** no ***município de Contagem/MG***, sendo administrada desde então, pelo HMTJ. A UPA JK tem como foco o atendimento de urgência e emergência, nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, ortopedia e pediatria, funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. Um diferencial é que a unidade é a primeira do município a contar com serviço de emergência odontológica, disponível de segunda a sexta-feira, das 19h às 7h, e 24 horas nos fins de semana e feriados. A referida unidade realizou em média, 13.025 atendimentos/mês.

Ocorreu durante a gestão da HMTJ em **2016,** processo de municipalização do **Hospital Estadual Albert Schweitzer e Hospital Estadual Rocha Faria,** ambos na zona oeste do RJ. Como a HMTJ já era gestora da primeira unidade, desempenhando de forma muito satisfatória, foi convidada a assumir a gestão também do **Hospital Rocha Faria** em caráter emergencial.

Em dezembro de **2017**, o HMTJ assumiu a gestão do **Hospital de Clínicas Sul (HCS)**, em ***São José dos Campos/SP***. O HCS é a segunda maior unidade hospitalar pública do município e realiza, em média,
19.189 atendimentos por mês. É um hospital associado a Unidade de Pronto Atendimento, que conta assistência adulta, pediátrica, ortopédica e cirúrgica de baixa complexidade. Em **2019** houve a renovação contratual com ampliação dos serviços através da criação do ambulatóriode especialidades e gestão do laboratório municipal.

Já em 20 de agosto de **2018** o HMTJ assumiu a gestão da **Unidade de Pronto Atendimento UPA ANTÔNIO JOSE DOS SANTOS** no município de ***Nova Serrana/MG***, após vencer o chamamento público para administração e operacionalização da unidade e firmar contrato com a Secretaria Municipal de Saúde. São realizados aproximadamente 10.100 atendimentos/mês, sendo hoje a segunda UPA do estado de MG certificada **ONA Nível 1**.

desafios foram assumidos pela HMTJ, quando em março de

Novos desafios foram assumidos pela HMTJ, quando em março de **2018 foi aberto edital de Chamamento Público para celebração de convênios com Organizações Sociais** para prestação de serviços complementares na área de atenção à saúde, visando o atendimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI.

Em outubro deste mesmo ano, após conclusão do processo de seleção, celebrou a assinatura de 4(quatro) convênios e iniciou a gestão dos mesmos. Sendo eles:

- DESEI Tapajós (Pará)
- DESEI Alto Rio Juruá (Acre)
- DESEI Porto Velho (Rondônia)
- CASAI Brasília

SAÚDE INDÍGENA

Em fevereiro de **2019**, após vencer o chamamento público para administração e operacionalização da unidade **UPA Norte na Cidade de Betim**, a OSS HMTJ iniciou o processo de adequação física, onde ao final destea Unidade teve seu funcionamento iniciado em **9 de junho** com cerca de 13.500 atendimentos por mês, sendo 16 leitos adultos, 16 pediátricos e 7 de urgência (5 adultos e 2 pediátricos). Possui também 7 consultórios médicos, separando o atendimento de pediatria do atendimento adulto, com um fluxo específico.

Betim/MG

Com muita satisfação, noticiamos, que no dia 20 de dezembro de 2019 após homologação e assinatura do termo de parceria, a Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus foi apresentada como vencedora do chamamento público nº 002/2019 para ser gestora responsável da **Unidade de Pronto Atendimento Geraldo dos Reis Ribeiro**, localizada no Bairro Primavera, no município de Timóteo – MG.

Aberta para o público no dia 27 de janeiro de 2020, a unidade conta com 3 leitos de urgência, 3 leitos de observação adulto feminino, 3 leitos de observação adulto masculino e 3 leitos de pediatria, 2 leitos de isolamento além de 1 sala para classificação de risco, 1 sala para atendimento da assistente social e 4 consultórios. A Unidade foi a Primeira UPA do estado de MG certificada **ONA Nível 2**.

UPA 24 – Timóteo/MG

Em 04 de maio de 2020, através da celebração de convênio emergencial para

gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde por um período inicial de 180 dias com a Secretaria Municipal de Saúde visando à implantação urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de risco, danos e agravos gerados pelo Novo Coronavírus. A UBS Parque Industrial é uma das maiores unidades do município e realiza, em média, 1.940 atendimentos por mês.

O Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, inaugurou no dia 24 de julho de 2020, 10 leitos de UTI adulto no Hospital Vital Brazil em Timóteo/MG. Em parceria com a Prefeitura Municipal de Timóteo que obteve a assinatura de contrato no dia 07 de julho de 2020, o HMTJ gerenciou os leitos para pacientes com COVID19.

Em apenas 17 dias, toda a estrutura, compras de equipamentos e medicamentos, contratação de pessoal, fluxos internos entre outros processos foram realizados para atender com muita qualidade e humanização os pacientes com COVID-19.

A unidade atendeu pacientes confirmados e/ou suspeitos com o novo corona vírus 24 horas, 7 dias por semana, por uma equipe composta de
15 médicos plantonistas nas diversas especialidades médicas como infectologista, nefrologista, cirurgia geral, dentre outros, além de cerca de 40 profissionais como enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêutico, técnico em farmácia e profissionais da área administrativa.A gestão dos 10 Leitos de UTI foi finalizada no dia 05/01/21

Em dezembro de 2021, o HMTJ assumiu a gestão da Unidade UPA São Pedro na cidade de Juiz de Fora, inaugurada em 27 de maio de 2010, com o intuito de prestar serviços de urgência principalmente à região de São Pedro, a unidade presta hoje atendimento a moradores de 125 bairros e de 20 cidade do entorno.

Ela, assim como as outras Unidades de Pronto Atendimento, é dotada de modernos equipamentos, funcionando como estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as

portas de urgência hospitalares, com acolhimento e classificação de risco, conhecido como "Protocolo de Manchester", em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A unidade realiza procedimentos de baixa e média complexidade, com ênfase no atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria. Equipada com 15 leitos, sendo três centros de tratamento intensivo - CTI (setor vermelho) e 12 para pacientes classificados como laranja (estado de saúde grave), a UPA Oeste conta com a dedicação demais de cem funcionários.

Em abril de 2023, o HMTJ assinou contrato para gestão e operacionalização do Hospital Municipal de Timóteo, Minas Gerais. Este foi inaugurado em 1952 pela Acesita S/A para atender seus funcionários. Em 1992, foi cedido em comodato à Sociedade Beneficente São Camilo. Conhecido como Hospital Acesita, recebeu o nome de Vital Brazil em homenagem a um dos médicos mineiros mais ilustres, responsável pelo desenvolvimento do soro antiofídico e fundador do Instituto Butantã, em São Paulo. O Hospital de Timóteo possui 83 leitos ativos, sendo 55 deles voltados para internação SUS, ou seja, 68%. Do total dos 83 leitos, 08 de UTI adulto e 10 de UTI pediátrico recém habilitado.

São realizados pelo SUS nesta unidade, em média 282 internações mês, 109 cirurgias/mês, 59 partos/mês, 3685 exames laboratoriais, 405 exames de diagnóstico por imagem, apresentando com média de permanência - SUS de 4 dias. O Hospital atende as especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Ortopédica e Clínica Obstétrica

Também 2023 o HMTJ foi declarado vencedor em dois diferentes editais de licitação em Jacareí, sendo 1 **Unidade de pronto Atendimento Meia Lua, e uma Unidade Básica de Saúde Central** . A produção média de atendimentos médicos pela Unidade de Pronto Atendimento 24h PARQUE MEIA LUA varia de 6.000 a 8.000 atendimentos/mês, sendo uma média de 5.000 a 6.000 – adultos e 1.000 a 2.000 – crianças, podendo apresentar variação de 20% abaixo ou acima na média de atendimentos.

A Unidade Meia Lua tem capacidade total para 04 leitos, sendo 02 infantis; 2 adultos (01 masculino e 01 feminino), 01 de emergência na sala de estabilização, além de possuir estrutura física compatível com seu porte.

A atenção à saúde prestada dentro das dependências da Unidade de Pronto atendimento UPA Meia Lua é focada nas diretrizes da qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados

Ainda em 2023, O HMTJ firmou contrato emergencial com a Secretaria de estado de Saúde de GOIAS para a gestão de 3 unidades assistenciais , sendo elas:

Localizado em Itumbiara, o Hospital Estadual São Marcos é uma unidade da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e é categorizado como um hospital porta aberta regulado.O hospital possui 20 leitos de UTI Adulto, 10 leitos de UTI Pediátrico, 66 leitos de Enfermaria Adulto Clínico, 20 leitos de Enfermaria Adulto Clínico Oncológico, 60 leitos de Enfermaria Cirúrgica, 08 leitos de Enfermaria Pediátrica, 03 salas de Centro Cirúrgico, 02 leitos do tipo Leito Dia, 02 leitos de Observação (box estabilização), 10 leitos de Observação (box observação), 06 leitos de RPA à disposição do Complexo Estadual de Regulação. A unidade atende diretamente uma população de 256 mil habitantes, dos doze municípios que integram a região sul.

Dentre estes encontra-se também o Hospital Estadual Dr. Sandino de Amorim (HEJA) foi fundado em 1990 na cidade de Jaraguá. Atualmente, a Unidade funciona 24 horas e realiza **atendimentos de baixa e média complexidade**. São 56 leitos disponíveis para a população, sendo 5 de observação, 45 leitos de internação e os demais de reanimação.

Além de Jaraguá, o HEJA também atende a população de outros sete municípios da região. São 4,5 mil usuários por mês vindos de cidades como Mirilândia, Artulândia, Alvelândia, Santa Bárbara, Chapeulândia, Palestina e São Geraldo.

Ainda em Goiás, temos a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho – Goiás é uma dessas Unidades, caracterizada como uma Unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), sendo a sua finalidade atender as demandas da Atenção Secundária, de forma exclusivamente referenciada e regulada, funcionando como suporte e retaguarda para os demais níveis de atenção, sobretudo a Atenção Primária, realizando procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e alta complexidade.

A Policlínica é uma unidade regionalizada, localizada na Cidade de Goiás, sua localização busca facilitar o acesso das populações de 17 municípios do interior do Estado de Goiás aos serviços da Rede de Atenção à Saúde com maior qualidade, resolubilidade e de acordo com os princípios da universalização, integralidade e equidade.

Agora em 2024, o HMTJ, após vencer o chamamento Público Nº 03/2023-SES/GO, assinou contrato para gestão do HEAPA – Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia Caio Louzada, localizado no município de Aparecida de Goiânia.

O Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia - Caio Louzada (HEAPA) é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, que funciona 24 horas realizando atendimentos de média e alta complexidade, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Atualmente, o HEAPA possui 71 (setenta e um) leitos destinados à internação de pacientes adultos, 10 leitos de UTI adulto, 07 leitos dia e 14 leitos de observação, disponíveis ao SUS.

Desta mesma forma, ainda em 2024 o HMTJ após ser vencedor do Chamamento Público Nº 05/2023-SES/GO assumiu a gestão do Hospital Estadual de Águas Lindas de Goiás (HEAL), localizado na Rua 19, n° 792-902, Parque da Barragem, Águas Lindas de Goiás. Esta Unidade ainda em fase de finalização de obras contará com aproximadamente 15.914,37 metros quadrados de área construída, sendo comporta por Banco de Leite Humano; Banco de Sangue, Agência Transfusional, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal com 10 leitos, cinco berços na unidade hospitalar voltada para cuidados e atendimentos de recém-nascidos considerados de médio risco (UCINCo), três leitos no espaço destinado ao acolhimento humanizado às mães e familiares dos bebês prematuros (UCINCa).

Ainda terá UTI Pediátrica, com 10 leitos; UTI Adulta (20 leitos), Unidade de Pronto Atendimento (32 leitos); 84 leitos de internação em dois blocos; ambulatório com 22 consultórios; Unidade de Imagenologia Unidade de Hemodinâmica; centro cirúrgico com oito salas; três salas no Centro Obstetrício, com acessos independentes, além de bloco de vestiários e áreas de descanso para funcionários e equipes terceirizadas, e uma Central de Segurança e Monitoramento.

- **Políticas da Qualidade:**

As constantes e rápidas mudanças tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais veem demonstrando que é imprescindível romper com as práticas gerenciais obsoletas e que melhorias contínuas são necessárias para atingir e assegurar um bom desempenho organizacional.

A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade é requerida pelo mercado, uma vez que um dos principais fatores de desempenho de uma organização é a qualidade de seus produtos e/ou serviços. O aumento das necessidades e expectativas do cliente é uma realidade mundial e vem sendo visto como prioridade nas organizações.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança para a Alta Direção e também para o cliente, sendo, portanto, uma decisão estratégica do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A NBR IS0 9001:2008 define Sistema de Gestão da Qualidade como um "conjunto de elementos interligados, integrados na organização, que funciona como uma engrenagem para atender à Política da Qualidade e os objetivos da empresa, tornando visível nos produtos e serviços e atendendo as expectativas dos clientes".

O Sistema de Gestão da Qualidade é, portanto, concebido para satisfazer as

necessidades gerenciais internas da organização, bem como para abranger os objetivos da qualidade; sendo estas necessidades gerenciais e objetivos voltados para atender as expectativas e requisitos especificados pelo cliente e outras partes interessadas. A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade possibilitará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus um melhor conhecimento e gerenciamento dos seus processos internos e externos.

Entendendo que a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade, aliado ao envolvimento e comprometimento de todas as pessoas e a provisão adequada de todos os recursos necessários, é fundamental para o sucesso e permanência da empresa no mercado e para assegurar a satisfação e segurança dos clientes e beneficiar todas as partes interessadas, a Alta Direção do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, em março de 2012, foi responsável por sua implementação. O Sistema de Gestão da Qualidade tem como base nas Normas NBR ISO 9001:2015 e Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2018, da Organização Nacional de Acreditação – ONA e RDC nº. 93. de 26 de maio de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o processo de Acreditação

A equipe de Qualidade desenvolve rotineiramente treinamentos para desenvolvimento das pessoas afim de seguirem no processo de melhoriacontinua.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) presta assistência à saúde, como hospital geral, em diversas especialidades. **Possui em sua matriz certificação máxima da Organização Nacional de Acreditação (ONA), como Hospital Acreditado com Excelência, nível 3 e duas unidades sob sua gestão foram acreditadas em 2022 com o ONA 1 e ONA 2.**

Faz parte da Rede Sentinela, da Anvisa e, de forma regional, trabalha os princípios do Sistema de Qualidade da Gestão, SGQ:5S, sob selo SENES e premiação na área de Sustentabilidade.

O Manual da qualidade aplicado as unidades Geridas pela HMTJ, descreve o Sistema de Gestão da Qualidade estabelecido e mantido pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, bem como as diretrizes para a execução dos serviços prestados, com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção e divulgação de conhecimento científico.

O escopo do sistema de gestão da qualidade abrange todos os Serviços Prestados no Hospital, conforme sua estrutura para atendimentoà saber:

- Atendimento Ambulatorial:
- Terapia Intensiva: UTI Adulto e UTI Neo Natal.
- Serviços de Auxílio ao Diagnóstico e Tratamento:
- Diagnóstico por Imagem (Raios-X, Tomografia, Ressonância);
- Laboratório de Análises Clínicas.
- Serviços Auxiliares de Saúde:
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Psicologia;
- Serviço Social;

Comissões / Comitês / Núcleos e Grupos Técnicos:

- Comissão de Controle de infecção Hospitalar;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- Comissão de Suporte Nutricional;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos;

- Comissão de Revisão de Óbito;
- Comitê Interno de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e do ÓbitoFetal;
- Comissão de Ética Médica;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Radioproteção;
- Comissão de Perfuro-cortante;
- Comissão de Ética de Enfermagem;

1. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

- **Requisitos Gerais**

O Sistema de Gestão da Qualidade descrito no Manual e na documentação que o apoia, cobre todas as atividades relativas ao escopo de serviços prestados pela OSS Hospital e Maternidade de Therezinha de Jesus com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção edivulgação de conhecimento.

O Sistema foi desenvolvido de acordo com a Política da Qualidade e está adequado à realidade específica da empresa e em conformidade com a NBR ISO 9001:2015 – "Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos" e "Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2018 e RDC nº 93, de 26 de Maio de 2006, da Organização Nacional de Acreditação – ONA". A interpretação de cada Item e Requisito do Sistema de Gestão da Qualidade é definida neste Manual, sendo o mesmo elaborado na seqüência do referencial normativo NBR ISO 9001:2015, a fim de facilitar as ações de verificação de adequação e conformidade entre a norma e o Sistema, bem como entre o Sistema e o serviço prestado.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi criado para atingir os seguintesobjetivos:

- Fornecer um controle de gerenciamento formalizado e aperfeiçoadoda prestação dos serviços, em um ambiente de mudança contínua;

- Aumentar, de modo mensurável, a qualidade do serviço prestado aos clientes e contribuir diretamente para a melhoria da eficácia e da produtividade;
- Melhorar continuamente a imagem da empresa no mercado, fornecendo evidências objetivas do compromisso e aperfeiçoamento contínuo da qualidade;
- Reforçar na cultura dos colaboradores, a qualidade centrada no cliente e baseada numa determinação de executar serviços que atendam os requisitos do cliente de forma humanizada, segura e com excelência;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindo as melhores evidências científicas disponíveis;
- Criar e manter um ambiente de trabalho agradável e harmônico para todos os clientes, colaboradores e médicos da empresa.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi planejado levando-se emconsideração a necessidade de:

- Prestar atendimento médico-hospitalar com qualidade e segurançaaos clientes da OSS- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus;
- Estabelecer métodos para assegurar a operação e controle dosprocessos levando-se em consideração a competência do seu pessoal;
- Disponibilizar os recursos e informações necessárias para operação emonitoramento dos processos;
- Implementar uma sistemática adequada para monitorar, medir eanalisar os processos;
- Implementar ações necessárias para atingir os resultados planejadose a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindoas melhores evidências científicas disponíveis.

- **Requisitos de documentação**

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital eMaternidade Therezinha de Jesus consiste em:

- Declaração documentada da Política da Qualidade e seus objetivos;
- Manual da Qualidade;
- Procedimentos documentados do Sistema de Gestão da Qualidade conforme requeridos pela NBR ISO 9001:2015 e Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, e outros não requeridos pela norma, mas necessários para assegurar o planejamento, a operação e o controle eficaz do Sistema de Gestão da Qualidade;

Ferramentas da Qualidade:

- Mapa de processos: O mapeamento de processos de negócios objetiva determinar a forma em que os insumos recebidos de um fornecedor, são tratados e transformados em produtos que serão entregues aos clientes.
- Cadeia Cliente Fornecedor – CCF: Melhor forma de atender ás necessidades do cliente dentro das possibilidades de entrega do fornecedor, de maneira a não afetar o resultado final do processo.
- Procedimentos Sistêmicos, que são documentos que descrevem o que, quem e como a atividade que envolve diversos setores é realizada;
- Procedimentos Operacionais Padrão específicos para as áreas assistenciais e administrativas, que contempla as instruções de trabalho no seu nível mais simples ou detalhado, conforme requerido.

- Análise Crítica Global que descreve o desempenho dos setores durante o semestre, discorrendo sobre as melhorias implantadas, novas ações propostas e resolutividade das Não conformidades recebidas além de descrever os pontos fortes e oportunidades; fraquezas e ameaças sugerindo ações para minimizá-los.

- Matriz de Risco: tem como finalidade o reconhecimento precoce das situações que podem gerar consequências indesejáveis aos pacientes e funcionários envolvidos no meio assistencial, à organização e ao meioambiente.

- Matriz de Registro: Controles necessários para identificação, armazenamento, indexação, proteção, recuperação, tempo de retenção edescarte dos registros.

- RNC: Relato de não conformidade;
- LEG: Lista de legislações;
- LMDE: Lista Mestra de documentos externos;

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

O comprometimento da Direção com o desenvolvimento e implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, está evidenciado nos processos implantados e no compromisso com a melhoria contínua de sua eficácia, traduzido desde o estabelecimento da Política da Qualidade, dos Objetivos da Qualidade mensuráveis, incluindo seu planejamento e a sistemática para a coleta e avaliação de indicadores; da disponibilização de recursos para a implementação do Sistema e os mecanismos criados para avaliação e análise crítica.

Entre outras evidências podemos destacar, através de comunicações internas veiculadas em que se pode perceber que todos os colaboradores se pautam pela importância de atender os requisitos dos clientes, assim como os requisitos legais, regulamentares e estatutários.

FOCO NO CLIENTE

Os requisitos do cliente são determinados e acordados, entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e seus clientes, quando da realização de serviço. Os clientes envolvidos no processo e de acordo com definições do planejamento estratégico são: Paciente / Família, Corpo Clínico e colaboradores.

Pesquisas periódicas de satisfação são realizadas como realimentação do sistema na averiguação da satisfação dos clientes.

POLÍTICA AMBIENTAL

"Nos comprometemos com a melhoria contínua para alcançar a compatibilidade entre seus processos, serviços e o meio ambiente, assim como com a redução da utilização dos recursos naturais e energia visando a preservação do meio ambiente, e a prevenção dos danos ambientais, através do cumprimento da legislação e demais normas ambientais vigentes, principalmente, as que tratam de geração e disposição final resíduos hospitalares".

POLÍTICA DA SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

"Promover a segurança, saúde, melhoria da qualidade de vida do colaborador, prevenção de acidentes, incidentes ou quaisquer danos à saúde advindos do trabalho, ou que ocorram no curso dele por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho."

GESTÃO DE RECURSOS

A Direção da OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está comprometida em proporcionar os recursos necessários para atingir os objetivos de satisfação dos clientes e atendimento de seus requisitos, através da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Semestralmente, durante a análise crítica, a alta Direção em conjunto com os gestores de cada setor avalia requisitos de recursos que foram identificados pelos próprios setores através das auditorias internas do setor da Qualidade baseada no manual da ONA / ISO 9001:2015 e legislações vigentes.

Esta avaliação abrange a identificação, controle e provimento de recursos adequados para: capacitação dos colaboradores, atividades operacionais, novas tecnologias, equipamentos, controle de processo, atividades de verificação correlacionadas com inspeção/ensaios, atividades relativas a auditorias internas da qualidade, recursos para infraestrutura, investimentos no que tange a segurança do trabalho, e outros, visando à manutenção do Sistema e melhorias contínuas da Qualidade.

Evidências do gerenciamento e acompanhamento de tais recursos estão contidas nas "Análises Críticas da Alta Direção".

RECURSOS HUMANOS: Competência, Treinamento e Conscientização

A atribuição de responsabilidades formais previstas nas Descrições de Cargos e Competência é feita com base na educação, capacitação, habilidades e competências requeridas.

O processo de recrutamento e seleção busca identificar o profissional com conhecimentos técnicos e perfil adequado à realização da função conforme descrição do cargo. Todo novo colaborador contratado pela empresa recebe treinamento sobre educação para a qualidade e política da qualidade, visando conscientizá-lo quanto à importância de suas atividades no objetivo final da qualidade, conforme PRS HMTJ 045 – Gestão de treinamento e desenvolvimento de pessoal.

O treinamento para as funções do SGQ é programado com base em necessidades estabelecidas nas diferenças entre desempenho real e o desejado para satisfazer plenamente o cliente do próximo processo.

As necessidades de treinamento padrão são levantadas semestralmente pelos líderes setoriais, com o apoio do setor de Treinamento e Desenvolvimento, e são planejadas, providas e estabelecidas no Plano Anual de Treinamento, sendo realizada a avaliação para verificar sua eficácia.

Os registros de treinamentos internos e externos, bem como a eficácia destes são mantidos em meio físico no setor de Recursos Humanos. A eficácia dos treinamentos realizados é monitorada pelos líderes setoriais, conforme definido no procedimento PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento.

O Programa Semestral de Treinamento inclui treinamentos técnicos, participação em eventos, feiras, congressos e outras atividades externas, visando à qualificação e capacitação dos colaboradores. A Direção disponibiliza recursos financeiros para capacitação.

A OSS- HMTJ assegura que seu pessoal está consciente quanto à pertinência e importância de suas atividades e de como elas contribuem para atingir os Objetivos da Qualidade, com base em conhecimentos e participações das atividades de gestão.

Bianualmente é realizada a pesquisa de clima interno conforme

previsto no PRS HMTJ 187 – Gestão do Clima Organizacional, com o objetivo de identificar os aspectos que têm contribuído ou prejudicado as empresas no engajamento das pessoas frente aos seus objetivos e estratégias de negócios; Mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na empresa têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas; Orientar a priorização das ações de melhoria pós- pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos.

INFRAESTRUTURA

A OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus dispõem de infraestrutura necessária e adequada para atender ao escopo do seu negócio, em conformidade com os requisitos legais. Os locais de trabalho e as instalações para realização dos procedimentos atendem de forma satisfatória, desde a recepção até o momento da alta.

O Hospital opera com alto nível de processos informatizados, dispondo de equipamentos, serviços de apoio e softwares adequados ao desenvolvimento dos serviços, possibilitando agilidade e qualidade no atendimento aos seus Clientes e na operação da gestão administrativa.

AMBIENTE DE TRABALHO

As condições do ambiente de trabalho necessárias para alcançar a conformidade com os requisitos legais e dos serviços em todas as etapas são monitoradas e os critérios estão definidos em Procedimento Operacional Padrão e Procedimentos Sistêmicos.

A qualidade na segurança e higiene do trabalho é assegurada e mantida conforme determina a legislação e requisitos estabelecidos pela própria empresa, como a segurança individual e coletiva dos colaboradores, iluminação, ergonomia, entre outras. Assim, são mantidos:

PCMSO - Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional. PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

Plano de Emergência.

PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO

A OSS-HMTJ, identifica e planeja todos os seus processos, assegurandoque estes são executados sob condições controladas, incluindo:

- Procedimentos Sistêmicos e Procedimentos Operacionais Padrãodevidamente documentados;
- Conformidades com normas, legislações, portarias e regulamentosapropriados;
- Monitoração e controle de parâmetros adequados de processos e deserviço;
- Critérios claros de execução dos serviços operacionais assistenciais e administrativos;

Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;

- Registros necessários para evidenciar que os processos e os serviçosatendem aos requisitos especificados.

PROCESSOS RELACIONADOS A CLIENTES

Todos os serviços realizados consideram as necessidades dos Clientes em seu atendimento, na realização e na finalização do serviço bem como em atividade de acompanhamento de casos. Aspectos da Qualidade Intrínseca dos serviços, não requeridos de forma consciente pelos Clientes, são absolutamente considerados e atendidos.

Todos os serviços realizados levam em consideração a legislação específica bem como as definições de padronização de serviços estabelecidas nos Procedimentos Operacionais Padrão e Procedimentos Sistêmicos, visando assegurar:

- Requisitos adequadamente definidos, esclarecidos e documentados;
- Quaisquer diferenças resolvidas e acordadas entre Cliente e Hospital;
- Capacidade produtiva para atender aos requisitos contratuais ou dopedido;
- Procedimentos, especificações e requisitos de Clientes;
- Requisitos estatuários e regulamentares atendidos.

COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE

A OSS HMTJ mantém canais de comunicação com todos os seus clientes de forma a poder fornecer informações necessárias sobre seus serviços tanto de forma passiva quanto ativa. São mantidos canais de comunicação ativa objetivando oferecer aos clientes informações e atualizações sobre as modalidades de serviços prestados, bem como sobre serviços realizados.

Toda comunicação dos Clientes quanto a queixas, manifestações, sugestões ou solicitações são registradas e tratadas como não- conformidades, sendo retomadas ao Cliente quando apropriada.

Dentre os canais de comunicação há jornal, pesquisa de satisfação do cliente externo, Ouvidoria, e no endereço eletrônico www.hmtj.org.br.

1. TÍTULO:

O presente Edital tem por objeto a seleção de entidade para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 12 horas/dia, na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos, parte integrante do presente Edital.

2. JUSTIFICATIVA DA PARCERIA

A presente parceria se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta por meio de Chamamento Público, com base nos princípios administrativos da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, bem como em critérios técnicos, para celebrar Termo de Colaboração destinado às atividades de saúde na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa esta regulamentado pela legislacao federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação propria (Lei Estadual no 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alteracoes posteriores).

Para a elaboração da proposta de trabalho, foram observadas as seguintes premissas:

- ✓ Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação a Lei Federal n 8.080, de 19 de setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância a legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- ✓ A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário
- ✓ A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós- Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Medico; Pós-graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

OBJETIVOS DO MODELO GERENCIAL :

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é uma Organização Social de Saúde que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, com controle de custo e eficiência, aplicando as diretrizes do gerenciamento por resultados, com foco na qualidade, economicidadade e satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

A missão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) é prestar assistência à saúde com excelência, incluindo programas de ensino e pesquisa. O HMTJ também tem como objetivo garantir a qualidade e a segurança dos cuidados e serviços prestados, reforçando o compromisso de desenvolver projetos inclusivos e éticos, por meio da práticas de gestão em saúde, contribuindo com construção de uma sociedade justa, participativa e solidária.

Neste Plano de Trabalho, essa proponente apresentará a metodologia de gerenciamento por resultados proposta para a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, de forma objetiva, em consonância com a Política Nacional e Estadual de Saúde, oferecendo à população da região, serviços na área da saúde, de modo a atender às especificações que se fizerem necessárias para a sustentabilidade da integralidade de cuidados, nos termos deste Edital e seus anexos, buscando consolidar os melhores resultados em todas as áreas de sua abrangência assistencial, na prestação de serviços de saúde ao cidadão, implantando as normatizações e padronizações que melhor atendam às necessidades de assistência da população.

São objetivos de deste:

- ✓ Promover a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde
- ✓ Humanizar as relações entre os profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de atender este usuário, seus problemas e demandas;
- ✓ Mudar o objeto da doença para doente (sujeito);
- ✓ Realizar abordagem, integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- ✓ Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber tecnologias exigidas para solução;
- ✓ Aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevar o grau de vínculo e confiança entre eles;
- ✓ Proporcionar maior agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- ✓ Ter uma contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

- ✓ Operacionalizar uma clínica ampliada que implica na abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construir o vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de promoção a saúde, e a elaborar o projeto terapêutico individual e coletivo.
- ✓ Maior satisfação do usuário SUS, que passa a contar com uma maior resolubilidade;
- ✓ Continuidade do tratamento através de orientação e preparo do paciente/familiar antes da alta hospitalar com resultado efetivo;
- ✓ Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pelo aumento da capacidade instalada.

A orientação baseada em processos envolve a preocupação constante com a otimização de recursos na busca por melhorias incrementais tendo em vista alcançar ou superar padrões referenciais de desempenho na satisfação dos envolvidos, sejam clientes, colaboradores e comunidade e demais stakeholders.

A resolubilidade assistencial deverá prezar pelo uso mais racional e eficaz dos recursos diagnósticos e terapêuticos visando atender às necessidades do usuário.

A gestão por processos demanda a concepção e o continuo monitoramento de um quadro de indicadores de desempenho para constante avaliação do alcance das metas estabelecidas de eficácia, eficiência e efetividade.

A área administrativa compartilhada entre as unidades e a Matriz HMTJ é composta pelas áreas técno-administrativas e de apoio que atuam como suporte da gestão local contribuindo para que as diretrizes estratégicas sejam claramente disseminadas e que haja sinergia entre as equipes, processos e unidades.

Unidades bem organizadas possuem todas as condições de atingir seus objetivos, prestando uma boa e integral assistência aso seus usuários, transformando-se em instrumento de realização para seus profissionais, contribuindo decisivamente para a melhoria dos níveis de saúde da comunidade.

O produto deste Modelo Assistencial significa "Busca contínua ao cuidado à saúde perfeito no SUS", ofertando serviços de qualidade e alta resolubilidade, baseados em indicadores de qualidade.

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL:

Implantar um modelo gerencial na área da saúde envolve uma série de etapas estratégicas e operacionais para garantir que o sistema seja eficaz e sustentável.

1. Análise e Diagnóstico

- **Avaliação do Contexto**: Compreenção do ambiente atual da unidade, incluindo estrutura, processos, tecnologias e desafios.
- **Análise das Necessidades**: Identificação das necessidades e expectativas dos stakeholders, como pacientes, profissionais de saúde e gestores.
- **Diagnóstico de Desempenho**: Avaliação do desempenho atual em termos de eficiência, qualidade e resultados.
- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)

2. Definição dos Objetivos

- **Objetivos Estratégicos**: Estabeleçimento de metas claras e específicas que o modelo gerencial deve alcançar (ex.: melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a eficiência operacional), independente das metas já previstas no edital.
- **KPIs (Indicadores de Desempenho)**: Definição indicadores para medir o sucesso do modelo.

3. Desenvolvimento do Modelo

- **Estrutura Organizacional**: Desenho a estrutura organizacional necessária para mplementar o modelo, em conjunto com o serviço de Qualidade do HMTJ.

- **Processos e Procedimentos**: Desenvolvimento de documentos, processos e procedimentos que serão seguidos, em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- **Tecnologia e Ferramentas**: Implementação das ferramentas tecnológicas necessárias para suportar o modelo.(Sistema de gestão da qualidde - Sigquali)

4. Planejamento e Preparação

- **Plano de Implementação**: Elaboração de plano detalhado com cronograma, recursos necessários e responsabilidades.
- **Treinamento e Capacitação**: Oficialização do Modelo de Gestão pela Qualidade, Desenvolvimento e implemente programas de treinamento para os funcionários sobre o novo modelo e seus processos , Oficialização das Políticas Institucionais.

5. Implementação

- **Execução do Plano**: Implementação dos novos processos e tecnologias.
- **Gestão da Mudança**: Gerenciamento da transição, comunicando-se de forma clara com todos os envolvidos e abordando quaisquer resistências.

6. Monitoramento e Avaliação

- **Monitoramento Contínuo**: Acompanhamento pelo Serviço de Qualidade do progresso em relação aos KPIs e outros indicadores estabelecidos.
- **Avaliação de Desempenho**: Realização de avaliações periódicas afim de identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria.

7. Ajustes e Melhoria Contínua

- **Feedback e Ajustes**: Coleta feedback dos usuários e realização de ajustes conforme necessário para melhorar o modelo.
- **Melhoria Contínua**: Implementação de ciclo de melhoria contínua para adaptar o modelo às mudanças e novas necessidades.

8. Documentação e Comunicação

- **Documentação**: Manutenção da documentação detalhada dos processos, procedimentos e alterações feitas.
- **Comunicação**: Comunicação com todos os envolvidos sobre o progresso e as mudanças.

9. Sustentabilidade

- **Avaliação de Sustentabilidade**: Certificação de que o modelo é sustentável a longo prazo em termos de recursos financeiros e humanos.
- **Planejamento para o Futuro**: Desenvolvimento de estratégias para a evolução do modelo conforme a instituição cresce e se desenvolve.

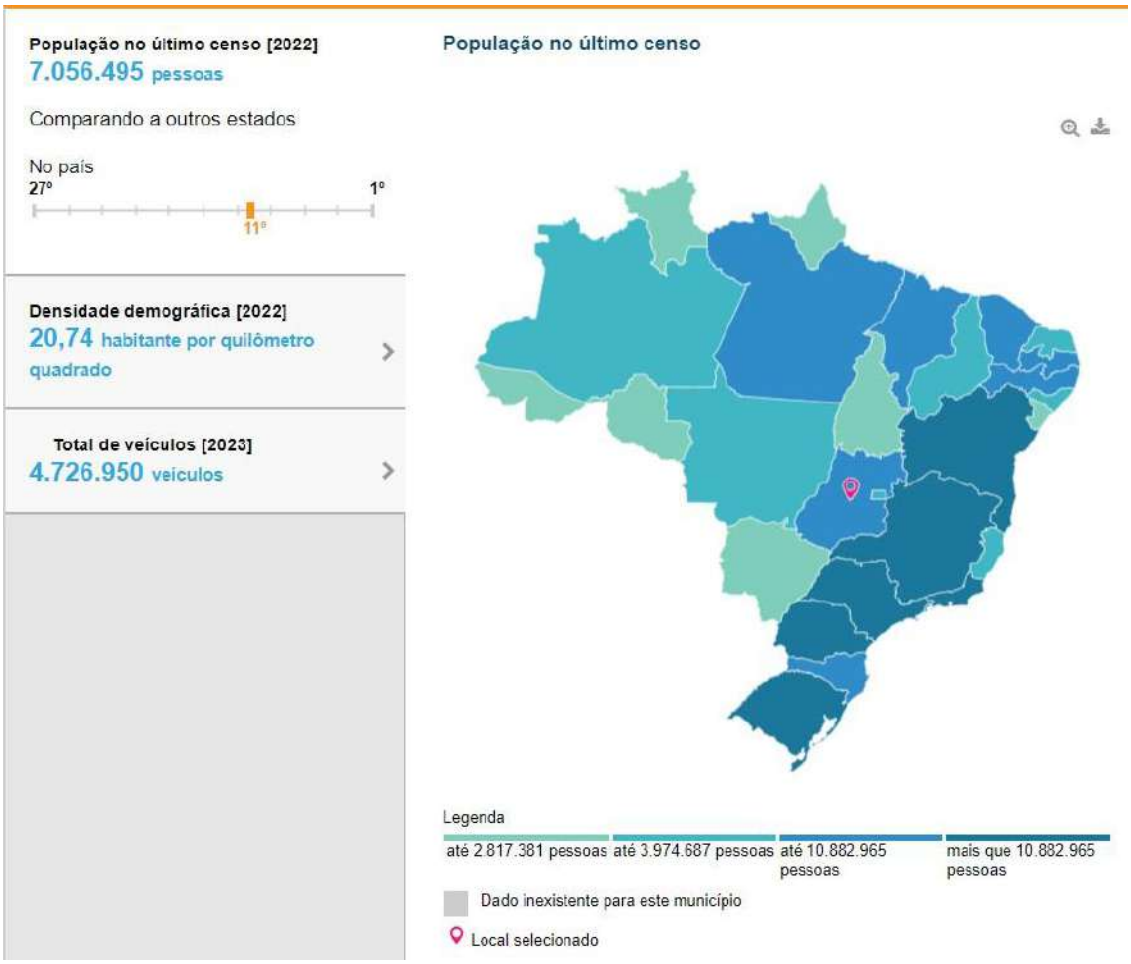
A implantação bem-sucedida de um modelo gerencial na saúde requer uma abordagem colaborativa e adaptativa, envolvendo todas as partes interessadas e garantindo que todos estejam alinhados com os objetivos do modelo

O Plano Gerencial proposto é orientado para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde à população, no âmbito da assistência à saúde , tendo por diretrizes os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS, e mantendo um canal de comunicação permanente entre os demais serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde do Estado de Goiás.

3. CARACTERTZAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS:

No Plano Plurianual Estadual – 2024/2027 foram identificadas e priorizadas diretrizes e metas relacionados a assistencia a saude.

Goiás está situado na região Centro-Oeste do pais e ocupa uma área de 340.106 km2, dividido em 246 municípios. O estado possui posição geográfica privilegiada estando no centro do pais além de ocupar a sétima posição em extensão territorial, atingindo o marco de 7.056.495 habitantes no ano de 2022. (IBGE)



A dinâmica populacional e determinada pelas componentes demográficas: mortalidade, fecundidade e migração. Com interesse de buscar explicações para o crescimento populacional de Goiás acima da média nacional recorre-se as pirâmides abaixo que sintetizam as mudanças ao longo do tempo.

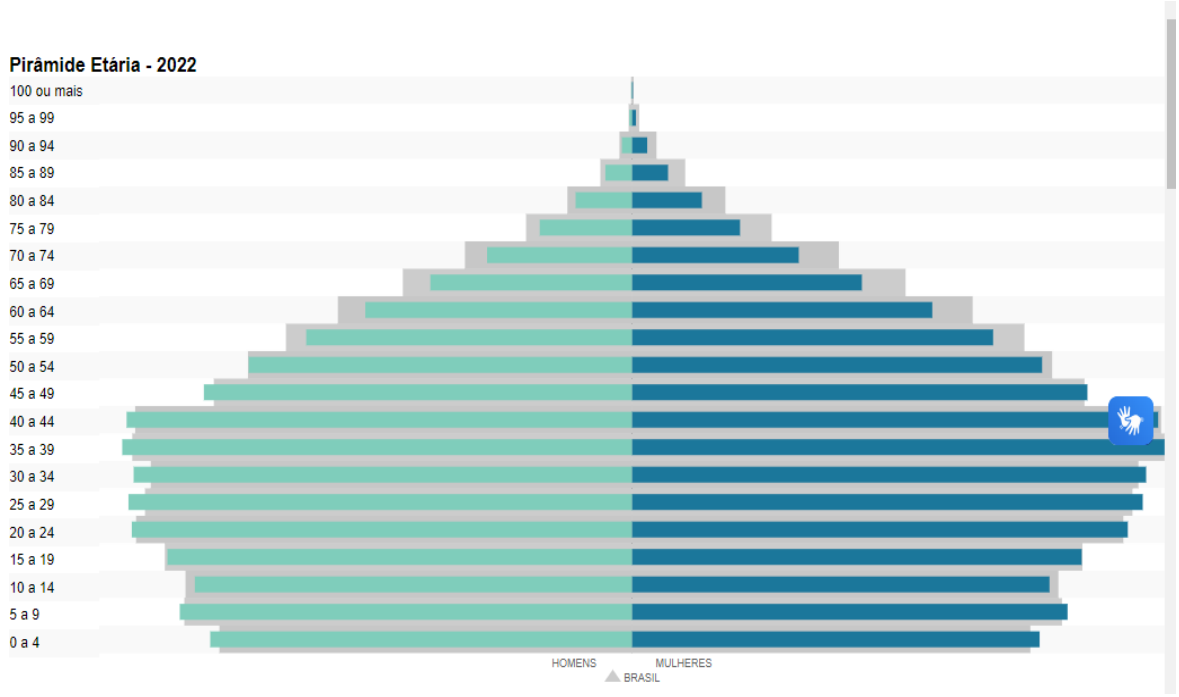
O crescimento populacional anual goiano, 1,36%, foi o quarto maior entre as 27 unidades da federação (UFs) brasileiras no período e fez com que o estado subisse uma posição (de 12º para 11º) na lista dos mais populosos do país. Cresceram mais que Goiás apenas Roraima, Santa Catarina e Mato Grosso. No período, o crescimento acumulado de moradores de Goiás foi de 17,6%, o que se aproxima do triplo do verificado no país como um todo, 6,5%.

O Centro-Oeste continua sendo a região menos populosa do Brasil, com apenas oito de cada

100 brasileiros, mas foi a região que mais cresceu (1,23% ao ano, única taxa anual acima de 1% entre as cinco regiões do país e mais que o dobro da brasileira, 0,52%). Goiás permanece como o estado mais populoso do Centro-Oeste, com 43 de cada 100 habitantes da região, mesma proporção que tinha na década anterior.

A Concentração Urbana de Goiânia é a sétima do país em total de municípios, com 15 deles. A de Brasília tem nove (ver todos os municípios das duas concentrações ao final do texto). A de São Paulo, maior do país, reúne 37 municípios. Cumpre destacar que as capitais, em si, crescem menos que o seu entorno. Isso se aplica também a Goiânia, que apresentou uma taxa de ganho populacional menor que a dos outros 14 municípios da sua Concentração Urbana.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de Formosa possui uma população de 123.684 habitantes, está inserido na Região Entorno Norte com 273.253 habitantes e pertence à Macrorregião Nordeste com 1.353.854 habitantes.



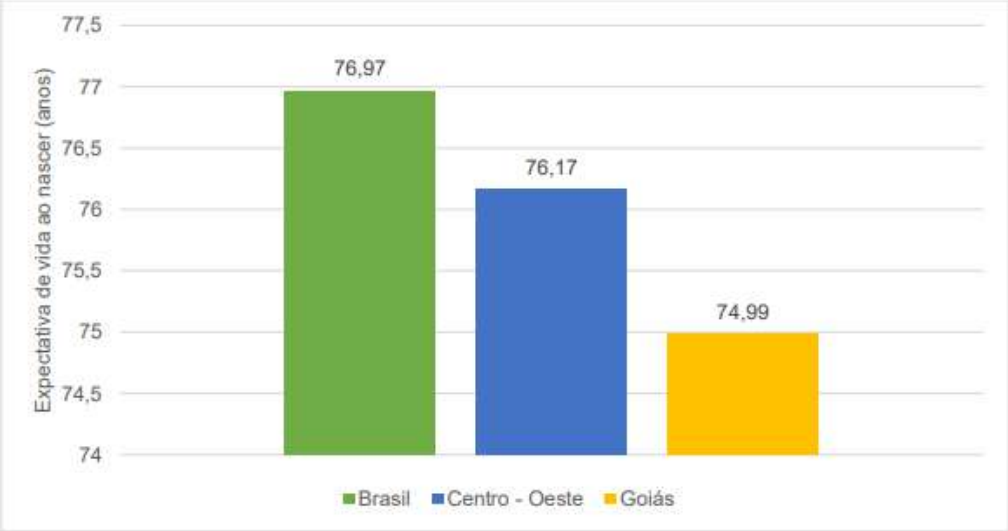
A prirâmede etária do estado de Goiás segue a mesma tendência da do Brasil, onde conforme os resultados do Censo Demográfico 2022, o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu e por outro lado, o total de crianças com até 14 anos de idade decresceu em 2022.

Essas características indicam que houve queda na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. Essa transformação pode ser, pelo menos em parte, devido a mudança nas condições de vida da população, como por exemplo, a melhoria nas condições de saneamento básico e de saúde, que implicam na ampliação da expectativa de vida das pessoas. E a redução da taxa de fecundidade da população feminina, dado a maior participação da mulher no mercado de trabalho e um melhor planejamento familiar.

INDICADOR: Expectativa de Vida ao Nascer

Nas últimas décadas, o estado de Goiás e o Brasil em geral vêm demonstrando melhora considerável nesse indicador. No entanto, Goiás ainda apresenta uma expectativa de vida, para ambos os sexos, inferior à do Brasil e à da Região Centro-Oeste. No ano de 2021, a expectativa de vida ao nascer foi de 76,97 anos no Brasil, 76,17 na região Centro-Oeste e 74,99 em Goiás (Figura 18).

Figura 18- Expectativa de vida ao nascer (anos) de ambos os sexos - 2021



Fonte: IBGE
Elaboração: IMB/Secretaria-Geral de Governo (SGG) - 2023.

INDICADOR: Taxa de Mortalidade Infantil

Goiás teve uma queda de 14,48 % na TMI entre os anos de 2019 e 2020, redução superior à verificada para o país e a região Centro-Oeste no período conforme Figura 20. Entretanto, entre os anos seguintes o estado apresentou um ligeiro crescimento de 3,22%, da mesma forma a região CentroOeste que teve TMI de 12,3 e o país com piora do indicador de 2,45%

Figura 20 -Taxa de Mortalidade Infantil, metodologia do Busca Ativa - 2018 a 2021

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Elaboração: IMB/Secretaria-Geral de Governo (SGG) - 2023

4. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

A Unidade está localizada a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO. Funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrara a Rede Estadual de Policlinicas de Goiás, pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, consultórios, salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração e outros setores.

Os agendamentos das solicitações dos serviços ambulatoriais da Policlínica, se darão pela Regulação Estadual por meio de um sistema informatizado – "online".

Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, desde que padronizadas e regulamentadas pela SES-GO ou por legislação federal, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

A gestão da clínica ocorrerá baseada do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita e presença do acompanhante nos casos previstos em normativa interna e com a valorização de fatores subjetivos e sociais, atendendo os quesitos da Política Nacional de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Humanização.

O objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde- doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

Desta forma, a Policlínica trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de

cuidados, que têm como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos".

As Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados a fim de garantir intervenções seguras e resolutivas, qualificando a assistência prestada ao usuário.

Os serviços devem observar as Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio as necessidades da Atenção Primária.

A Policlínica é um Ponto de Atenção das Linhas de Cuidado de Alta Resolubilidade. O Serviço deve ser estruturado como ponto de atenção nas linhas de cuidado definidas de acordo com as prioridades regionais.

As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários à sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

O acolhimento do paciente deve ser efetuado de forma humanizada já na recepção do paciente, incluindo a garantia de agendamentos nos seguimentos dos casos diagnosticados.

ÁREA DE ATIVIDADE

Fluxos Operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas.

Os fluxos voltados para as atividades na área da saúde, são definidos a partir do momento em que se define o perfil da unidade, por meio de suas atribuições e determinações nas mais importantes etapas no processo de uma unidade de saúde. São destacadas as unidades funcionais e os ambientes atribuídos à unidade de saúde para o estudo da setorização por fluxos.

Ao se tratar dos fluxos, dentro do ambiente ambulatorial especializado, pode-se categorizá-los em dois grandes grupos: interfuncionais, que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais e intrafuncionais, que ocorrem dentro de uma única unidade funcional.

Para efeitos de cumprir com o proposto no Edital de Chamamento Público 10/2024 - SES, tendo em vista também esta categorização, divide-se os fluxos para implantação na policlinica no que seguem abaixo.

Os fluxos elencados neste item atenderão as normas legais e serão implantados na unidade. Em consonância com a Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. O HMTJ, propõe a implantação de mecanismos de gestão especializado interdisciplinar com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, de forma integrada, com a atenção centrada no usuário e com estímulo ao autocuidado e à prevenção, e tendo como eixo assistencial as linhas de cuidado, para isso visando à qualificação, assim realizar a reorganização dos fluxos e processos de trabalho.

O objetivo HMTJ na Gestão é sempre prestar um atendimento de qualidade e eficiência, para que isso aconteça os objetivos para organização do fluxo dos usuários em atendimento são:

- Orientar as pessoas que passam pelas portarias e recepções, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de crachás, adesivo de identificação e pulceiras de identificação (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes comerciais autorizados pelo setor de Compras);
- Respeitar o horário de funcionamento, intensificar a identificação dos setores com faixas de sinalização e assim facilitar o atendimento ao usuário e sua locomoção pela unidade;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, SAMU e ambulancia municipal sanitaria para as urgencias, entre outros;

Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa garantir evidencia e segurança da assistencia prestada na unidade aos usuarios.

- Durante a troca de serviço do setor de segurança deverá ser passado aos respectivos que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos,

com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no estabelecimento de saúde, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

Uma unidade de saúde pode agregar diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) são:

- Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante;
- Funcionários e estagiarios, fornecedor e prestadores de serviços, outros;
- Pacientes de unidade prisional
- Suprimentos e resíduos.

Neste sentido, organizar o fluxo de circulação dos usuários da Unidade é fundamental para que a atenção e assistência ao usuário seja ofertada de forma organizada, oportuna, segura e com qualidade. Para tanto, os usuários da Unidade serão categorizados como:

- Usuários, visitantes e acompanhantes a ser identificados: trata-se dos usuários, visitantes e acompanhantes que adentraram a Unidade seja para atendimento, visitas, ou acompanhante de usuários, todos são identificados na recepção central da unidade, com nome, data de nascimento, nome da mãe;
- Usuário a ser registrado: trata-se dos usuários que adentraram para atendimento, ja indentificados passam pela recepção de cadastro, afim de dar entrado no prontuario eletronico, registrando seus dados antes de ser encaminhado para o setor de atendimento,recebendo ali sua pulseira de identificação;
- Usuário para consulta ambulatorial: trata-se dos usuários que já foram identificados e cadastrados que passam no acolhimento para verificação dos sinais vitais, momento onde é avaliado os riscos inerentes ao motivo da consulta, sendo estes levantados e devidamente sinalizado em sua pulseira de identificação, sendo anexado uma etiqueta adesiva circular na cor vermelha que indica risco de queda e outra etiqueta amarela que indica alergias;
- Usuários que comparacem para realização de exames de imagem, analises clinicas, procedimentos ambulatorias;
- Usuários que busca medicação: trata-se dos usuários e representantes municipais que retiram a medicaçõe de alto custo na unidade, atravez do serviço da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC).
- Usuários retiram laudos: trata-se dos usuários que procuram a unidade para retirar resultado de exames e laudos médicos.
- Usuário de Alta: trata-se dos usuários que já foram atendidos, e não possuem retorno ou interconsultas.

O fluxo de atendimento dos pacientes iniciará após a identificação e cadastro de atendimento onde será direcionado para o consultorio ou salas de exames. Ao entrar na unidade, o usuário deverá retirar uma senha para realizar a identificação recebendo uma etiqueta de identificação com os seus dados, sendo eles: nome social, data de nascimento, nome da mãe, seja eles, paciente, acompanhante ou visitantes, a etiqueta deverá ser fixada na roupa em local de facil leitura. Na recepção de identificação o paciente receberá uma senha conforme o encaminhamento e horario do seu atendimento agendado previamente pela central de regulação estadual ou pela propia unidade quanto tratando-se de retorno e interconsultas, onde será possivel o atendimento conforme agendamento para o turno A (Matutino) ou turno B (Vespertino).

Logo a pós na recepção de Cadastro irá inserir as informações no sistema de prontuário MV PEP e MV SOUL, assim como confirmar seus dados no sistema SERVIR, o paciente receberá uma pulseira de identificação com seus dados impressos.

A pulseira será afixada pelo recepcionista que orientará ao usuário a mantê-la durante todo o período que estiverem em atendimento nas unidades.

Depois de realizar a Ficha de Atendimento e ser identificados pela pulseira, o paciente passará pelo Acolhimento, onde será verificado seus sinais vitais e para garantir a segurança do paciente no acolhimento e será avaliado os riscos inerentes ao motivo da consulta, sendo estes levantados e devidamente sinalizado em sua pulseira de identificação, sendo anexado uma etiqueta adesiva circular na cor vermelha que indica risco de queda e outra etiqueta amarela que indica alergias, por um Técnico de enfermagem, tendo em vista o tipo de assistencia prestada, no modelo atenção secundaria, unidade ambulatorial especializada.

Após será direcionado para o consultorio de atendimento ou sala de exames, o paciente é orientado seguir faixa sinalizada azul, que leva para o ambulatorio, e faixa preta que leva ao setor SADT.

Após ser encaminhado para recepção ambulatorial ou recepção da SADT, o mesmo aguardará o atendimento. Quando atendido pela equipe médica, o paciente conforme sua patologia poderá ser encaminhado para outra especialidade seja ela médica ou para equipe multiprofissional, atraves da interconssulta, sendo possivel também realizar exames laboratorias ou exames de imagem, podendo ocorrer no mesmo dia conforme vaga disponivel e especialidades presentes, ou ser reagendado para retorno para conclusão do seu diagnostico, sendo que o objeitivo da unidade é ser o mais resolutiva possivel. Quando trantando-se referência, contrarreferência, compartilhamento ou transição do cuidado para uma Unidade Básica de Saúde ou para outro serviço especializado de Alta Complexidade, é considerado o risco e/ou agravo do usuário.

Fluxo nas áreas internas da unidade

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção Ambulatorial ou para unidades Hospitalares dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma. Nesse sentido, o HMTJ sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

- **Áreas Críticas**: São aquelas onde há maior reunião de pacientes (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções. Essas áreas são absolutamente restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e pacientes sob tratamento.

- **Áreas Semicríticas**: São aquelas onde os pacientes se encontram, mas com risco de transmissão de infecção menor.

- Áreas não críticas: São todas as áreas da unidade de saúde onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos.

Fluxo nas Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes. Ex: CME, sala de lavagem, sala de manipulação de material biologico para analises clinicas. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

Em relação ao fluxo em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado pelo responsável do setor, serão orientados quanto ao processo de higienização, às normas e procedimentos e os funcionários será supervisionado em relação ao cumprimento das medidas restritivas.

Fluxo paciente interno Transitorio

O fluxo dos pacientes internos transitório diz respeito ao deslocamentos dos pacientes que comparecem ao atendimento para consultas eletivas sem permanecer na unidade podendo retornar para uma interconsulta, retorno agendado ou realização de exames para conclusão do diagnóstico, sendo devolvido para continuidade do cuidado ao seu município de origem.

Uma gestão eficiente do fluxo de pacientes é fundamental para garantir:

- Qualidade do atendimento: Reduzindo o tempo de espera, otimizando recursos e garantindo a segurança do paciente.

- Satisfação do paciente: Oferecendo um atendimento mais humanizado e eficiente, aumentando a percepção de valor do serviço.
- Otimização de recursos: Utilizando os recursos disponíveis de forma mais racional, reduzindo custos e aumentando a produtividade.
- Melhora dos indicadores de desempenho: Atingindo metas como redução do tempo de internação, aumento da taxa de ocupação e diminuição das taxas de infecção hospitalar.

Desafios Comuns na Gestão do Fluxo de Pacientes

- Demora no atendimento: Longas filas de espera, atrasos em consultas e exames.
- Falta de comunicação: Dificuldade na comunicação entre os diferentes profissionais e setores.
- Falta de organização: Processos burocráticos e falta de padronização.
- Imprevistos: Emergências, cancelamentos de consultas e outros eventos não programados.

Estratégias necessárias para Otimizar o Fluxo de Pacientes

- Mapeamento do processo: Identificar todas as etapas do processo, desde a chegada do paciente até a sua alta.
- Análise de gargalos: Identificar os pontos críticos do processo onde ocorrem atrasos e filas.
- Padronização de processos: Estabelecer procedimentos operacionais padrão (POPs) para cada etapa do processo.
- Utilização de ferramentas tecnológicas: Implementar sistemas de gestão hospitalar, agendamento online, prontuário eletrônico do paciente e outras ferramentas que auxiliem na gestão do fluxo de pacientes.
- Otimização da equipe: Dimensionar a equipe de acordo com a demanda, treiná-los e garantir a comunicação eficaz entre os profissionais.
- Melhoria da comunicação: Implementar ferramentas de comunicação eficazes entre os diferentes setores da instituição, se atentando à comunicação visual com sinalizações de setores, áreas e locais de exames, bem como áreas restritas apenas ao uso do funcionário.
- Envolvimento da equipe: Envolver todos os profissionais da equipe na busca por melhorias contínuas.

Fluxo de Acompanhantes

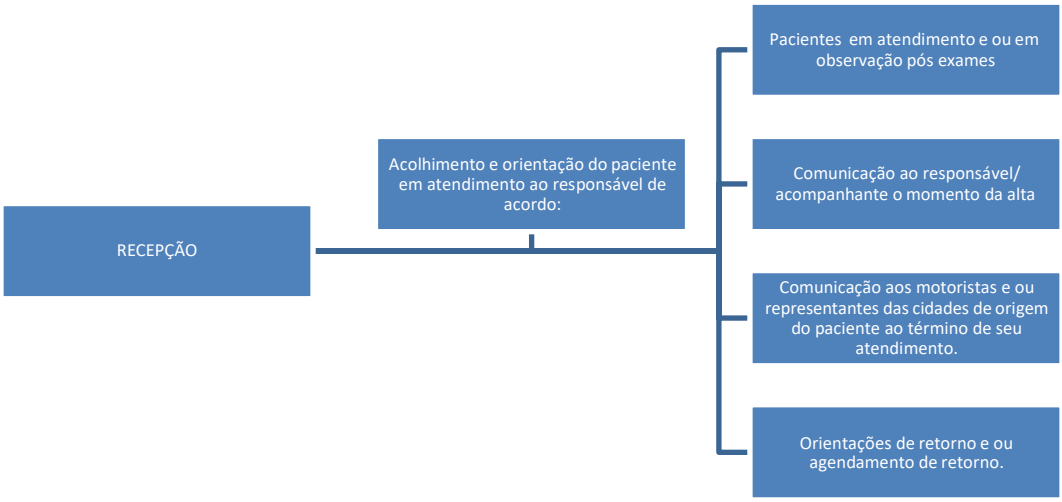
O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais podem ser familiares ou amigos. Os acompanhantes chegam junto com o paciente e poderão estar presentes durante todo o processo de atendimento e realização de exames, respeitando as leis do acompanhante vigente, na intenção de humanizar a assistencia prestada e trazer segurança, apoio moral durante o processo saúde doença, sejam eles Crianças, idosos, Mulheres, qual quer paciente com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito.

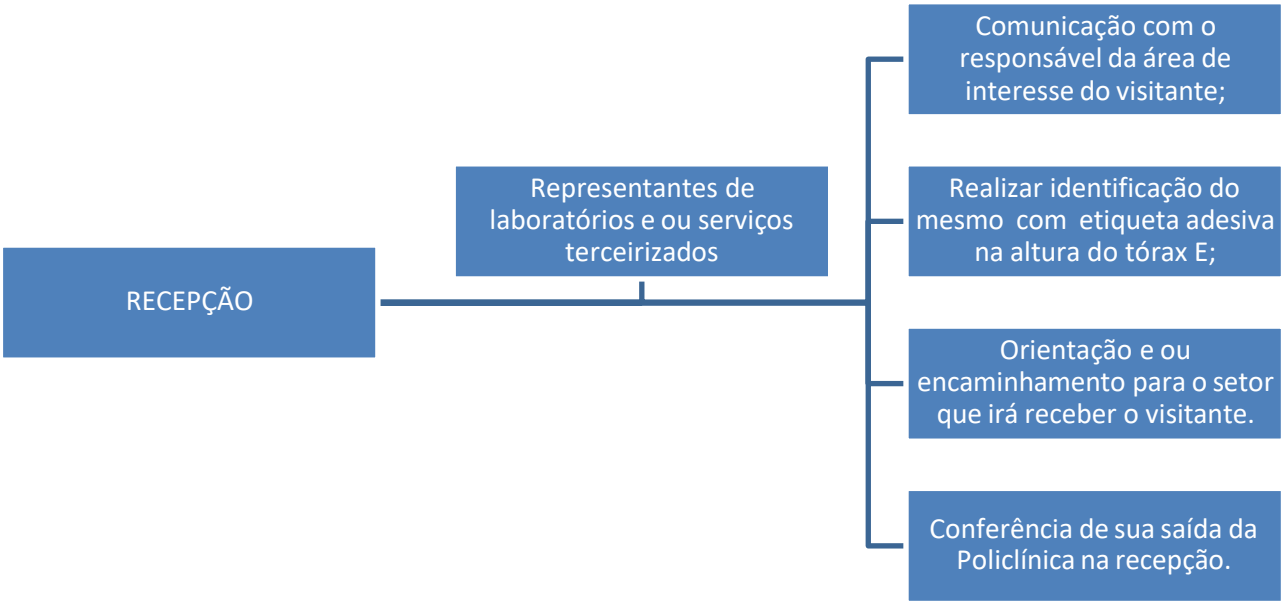
Os acompanhantes dos usuários que buscam o serviço da Policlínica poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferece-lhes apoio moral e emocional naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer na Unidade durante o período de atendimento dos pacientes, desde que haja um local apropriado e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá quando os pacientes são crianças ou idosos e mulheres atednmendo a legislação vigente de direitos do paciente/usuário dio serviço de saúde.

Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez que acompanha o paciente até o mesmo ser atendido pelo pessoal dos serviços especializados, mas, poderá sempre aguardar pela alta do paciente nas zonas de espera na recepção principal.

Fluxo para visitantes

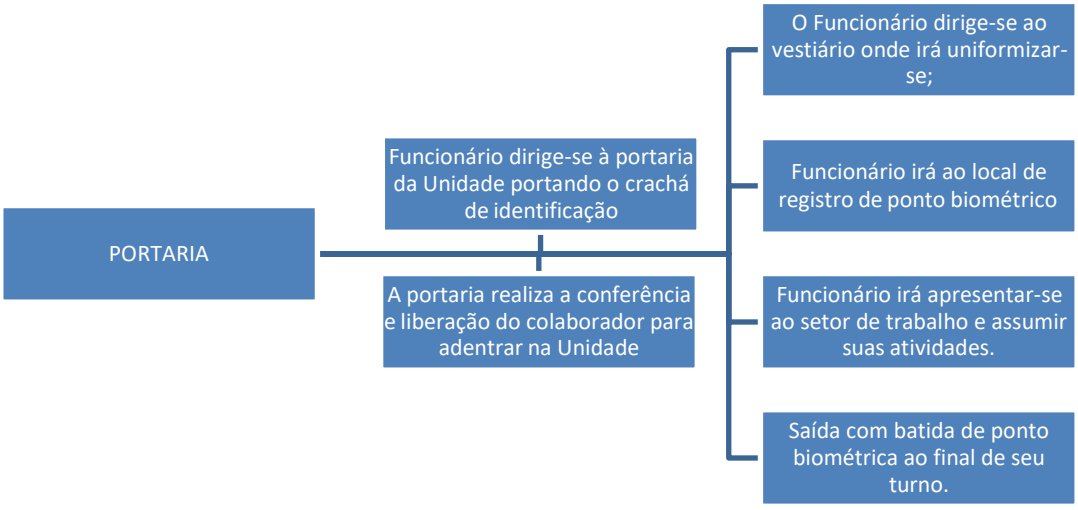
Os visitantes comparecem para atividades administrativas, treinamentos, cursos, capacitações, como serviços de terceiros, compras e outros, todos devidamente identificados. Situação em que o acompanhamento dos fluxos é de extrema importância tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, de acordo com a visita.





Fluxo para Funcionários

O processo de acesso de funcionários são constituídos pelos profissionais de saúde e de todos técnicos e colaboradores de apoio para que a unidade de saúde possa estar em operação. Os profissionais da unidade, tem que apresentar identificação para o acesso da unidade, registrar o ponto e seguir para o setor de serviço.



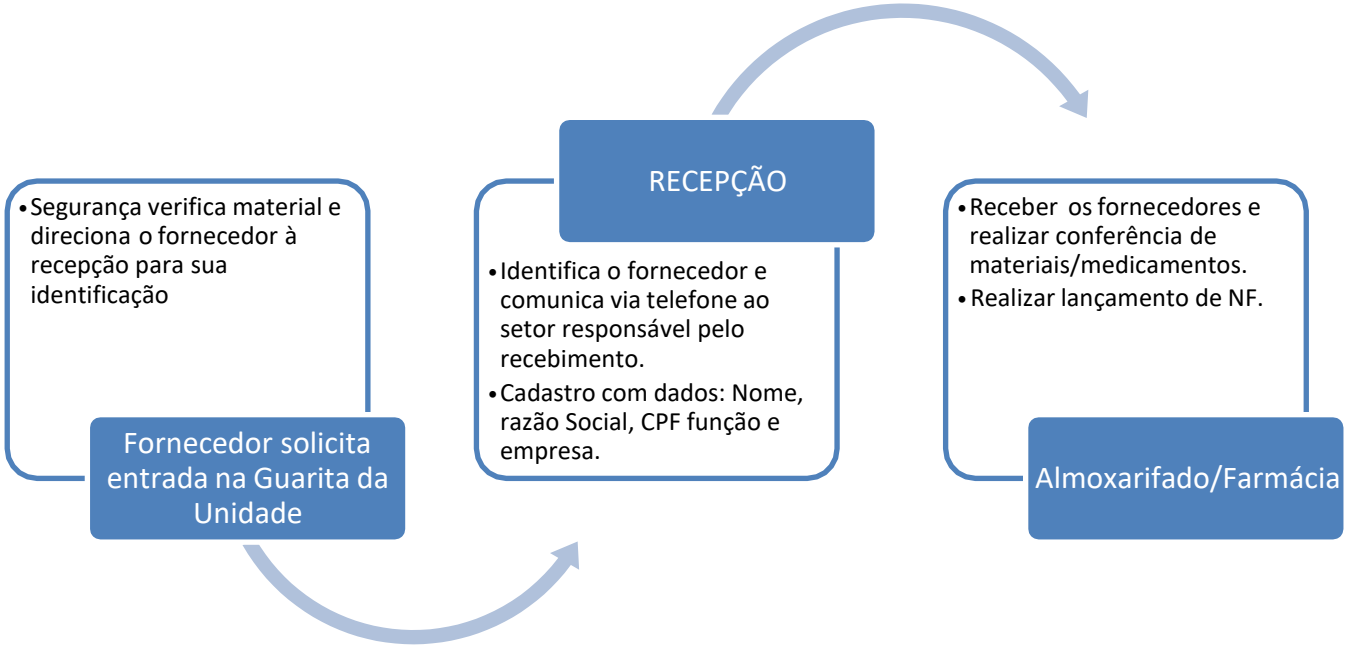
Fluxo áreas externas

As áreas externas da unidade de saúde estão relacionadas há alguns tipos de serviços e a necessidade da utilização de estacionamento da policlinica. São destacados os fluxos como de prestadores de serviços na unidade de saúde, acesso de veículos oficiais à unidade de saúde e o acesso de fornecedores na unidade de saúde.

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

- Paciente externo transportado, que chega ou parte de automóvel por meios próprios ou através de ambulância municipal;
- Funcionários (administrativo), se possível vaga de uso exclusivo;
- Demais funcionários estacionamento rotativo;
- Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc;
- Remoção de resíduos.

FLUXO DE ACESSO FORNECEDORES



ÁREA DE ATIVIDADE

Fluxos Operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas.

Os fluxos voltados para as atividades na área da saúde, são definidos a partir do momento em que se define o perfil da unidade, por meio de suas atribuições e determinações nas mais importantes etapas no processo de uma unidade de saúde. São destacadas as unidades funcionais e os ambientes atribuídos à unidade de saúde para o estudo da setorização por fluxos.

Ao se tratar dos fluxos, dentro do ambiente ambulatorial especializado, pode-se categorizá-los em dois grandes grupos: interfuncionais, que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais e intrafuncionais, que ocorrem dentro de uma única unidade funcional.

Para efeitos de cumprir com o proposto no Edital de Chamamento Público 10/2024 - SES, tendo em vista também esta categorização, divide-se os fluxos para implantação na policlinica no que seguem abaixo.

Os fluxos elencados neste item atenderão as normas legais e serão implantados na unidade. Em consonância com a Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. O HMTJ, propõe a implantação de mecanismos de gestão especializado interdisciplinar com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, de forma integrada, com a atenção centrada no usuário e com estímulo ao autocuidado e à prevenção, e tendo como eixo assistencial as linhas de cuidado, para isso visando à qualificação, assim realizar a reorganização dos fluxos e processos de trabalho.

O objetivo HMTJ na Gestão é sempre prestar um atendimento de qualidade e eficiência, para que isso aconteça os objetivos para organização do fluxo dos usuários em atendimento são:

- Orientar as pessoas que passam pelas portarias e recepções, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de crachás, adesivo de identificação e pulceiras de identificação (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes comerciais autorizados pelo setor de Compras);
- Respeitar o horário de funcionamento, intensificar a identificação dos setores com faixas de sinalização e assim facilitar o atendimento ao usuário e sua locomoção pela unidade;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, SAMU e ambulancia municipal sanitaria para as urgencias, entre outros;

Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa garantir evidencia e segurança da assistencia prestada na unidade aos usuarios.

- Durante a troca de serviço do setor de segurança deverá ser passado aos respectivos que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos,

com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no estabelecimento de saúde, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

Uma unidade de saúde pode agregar diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) são:

- Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante;
- Funcionários e estagiarios, fornecedor e prestadores de serviços, outros;
- Pacientes de unidade prisional
- Suprimentos e resíduos.

Neste sentido, organizar o fluxo de circulação dos usuários da Unidade é fundamental para que a atenção e assistência ao usuário seja ofertada de forma organizada, oportuna, segura e com qualidade. Para tanto, os usuários da Unidade serão categorizados como:

- Usuários, visitantes e acompanhantes a ser identificados: trata-se dos usuários, visitantes e acompanhantes que adentraram a Unidade seja para atendimento, visitas, ou acompanhante de usuários, todos são identificados na recepção central da unidade, com nome, data de nascimento, nome da mãe;
- Usuário a ser registrado: trata-se dos usuários que adentraram para atendimento, ja indentificados passam pela recepção de cadastro, afim de dar entrado no prontuario eletronico, registrando seus dados antes de ser encaminhado para o setor de atendimento,recebendo ali sua pulseira de identificação;
- Usuário para consulta ambulatorial: trata-se dos usuários que já foram identificados e cadastrados que passam no acolhimento para verificação dos sinais vitais, momento onde é avaliado os riscos inerentes ao motivo da consulta, sendo estes levantados e devidamente sinalizado em sua pulseira de identificação, sendo anexado uma etiqueta adesiva circular na cor vermelha que indica risco de queda e outra etiqueta amarela que indica alergias;
- Usuários que comparacem para realização de exames de imagem, analises clinicas, procedimentos ambulatorias;
- Usuários que busca medicação: trata-se dos usuários e representantes municipais que retiram a medicaçõe de alto custo na unidade, atravez do serviço da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC).
- Usuários retiram laudos: trata-se dos usuários que procuram a unidade para retirar resultado de exames e laudos médicos.
- Usuário de Alta: trata-se dos usuários que já foram atendidos, e não possuem retorno ou interconsultas.

O fluxo de atendimento dos pacientes iniciará após a identificação e cadastro de atendimento onde será direcionado para o consultorio ou salas de exames. Ao entrar na unidade, o usuário deverá retirar uma senha para realizar a identificação recebendo uma etiqueta de identificação com os seus dados, sendo eles: nome social, data de nascimento, nome da mãe, seja eles, paciente, acompanhante ou visitantes, a etiqueta deverá ser fixada na roupa em local de facil leitura. Na recepção de identificação o paciente receberá uma senha conforme o encaminhamento e horario do seu atendimento agendado previamente pela central de regulação estadual ou pela propia unidade quanto tratando-se de retorno e interconsultas, onde será possivel o atendimento conforme agendamento para o turno A (Matutino) ou turno B (Vespertino).

Logo a pós na recepção de Cadastro irá inserir as informações no sistema de prontuário MV PEP e MV SOUL, assim como confirmar seus dados no sistema SERVIR, o paciente receberá uma pulseira de identificação com seus dados impressos.

A pulseira será afixada pelo recepcionista que orientará ao usuário a mantê-la durante todo o período que estiverem em atendimento nas unidades.

Depois de realizar a Ficha de Atendimento e ser identificados pela pulseira, o paciente passará pelo Acolhimento, onde será verificado seus sinais vitais e para garantir a segurança do paciente no acolhimento e será avaliado os riscos inerentes ao motivo da consulta, sendo estes levantados e devidamente sinalizado em sua pulseira de identificação, sendo anexado uma etiqueta adesiva circular na cor vermelha que indica risco de queda e outra etiqueta amarela que indica alergias, por um Técnico de enfermagem, tendo em vista o tipo de assistencia prestada, no modelo atenção secundaria, unidade ambulatorial especializada.

Após será direcionado para o consultorio de atendimento ou sala de exames, o paciente é orientado seguir faixa sinalizada azul, que leva para o ambulatorio, e faixa preta que leva ao setor SADT.

Após ser encaminhado para recepção ambulatorial ou recepção da SADT, o mesmo aguardará o atendimento. Quando atendido pela equipe médica, o paciente conforme sua patologia poderá ser encaminhado para outra especialidade seja ela médica ou para equipe multiprofissional, atraves da interconssulta, sendo possivel também realizar exames laboratorias ou exames de imagem, podendo ocorrer no mesmo dia conforme vaga disponivel e especialidades presentes, ou ser reagendado para retorno para conclusão do seu diagnostico, sendo que o objeitivo da unidade é ser o mais resolutiva possivel. Quando trantando-se referência, contrarreferência, compartilhamento ou transição do cuidado para uma Unidade Básica de Saúde ou para outro serviço especializado de Alta Complexidade, é considerado o risco e/ou agravo do usuário.

Fluxo nas áreas internas da unidade

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção Ambulatorial ou para unidades Hospitalares dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma. Nesse sentido, o HMTJ sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

- **Áreas Críticas**: São aquelas onde há maior reunião de pacientes (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções. Essas áreas são absolutamente restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e pacientes sob tratamento.

- **Áreas Semicríticas**: São aquelas onde os pacientes se encontram, mas com risco de transmissão de infecção menor.

- Áreas não críticas: São todas as áreas da unidade de saúde onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos.

Fluxo nas Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes. Ex: CME, sala de lavagem, sala de manipulação de material biologico para analises clinicas. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

Em relação ao fluxo em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado pelo responsável do setor, serão orientados quanto ao processo de higienização, às normas e procedimentos e os funcionários será supervisionado em relação ao cumprimento das medidas restritivas.

Fluxo paciente interno Transitorio

O fluxo dos pacientes internos transitório diz respeito ao deslocamentos dos pacientes que comparecem ao atendimento para consultas eletivas sem permanecer na unidade podendo retornar para uma interconsulta, retorno agendado ou realização de exames para conclusão do diagnóstico, sendo devolvido para continuidade do cuidado ao seu município de origem.

Uma gestão eficiente do fluxo de pacientes é fundamental para garantir:

- Qualidade do atendimento: Reduzindo o tempo de espera, otimizando recursos e garantindo a segurança do paciente.

- Satisfação do paciente: Oferecendo um atendimento mais humanizado e eficiente, aumentando a percepção de valor do serviço.
- Otimização de recursos: Utilizando os recursos disponíveis de forma mais racional, reduzindo custos e aumentando a produtividade.
- Melhora dos indicadores de desempenho: Atingindo metas como redução do tempo de internação, aumento da taxa de ocupação e diminuição das taxas de infecção hospitalar.

Desafios Comuns na Gestão do Fluxo de Pacientes

- Demora no atendimento: Longas filas de espera, atrasos em consultas e exames.
- Falta de comunicação: Dificuldade na comunicação entre os diferentes profissionais e setores.
- Falta de organização: Processos burocráticos e falta de padronização.
- Imprevistos: Emergências, cancelamentos de consultas e outros eventos não programados.

Estratégias necessárias para Otimizar o Fluxo de Pacientes

- Mapeamento do processo: Identificar todas as etapas do processo, desde a chegada do paciente até a sua alta.
- Análise de gargalos: Identificar os pontos críticos do processo onde ocorrem atrasos e filas.
- Padronização de processos: Estabelecer procedimentos operacionais padrão (POPs) para cada etapa do processo.
- Utilização de ferramentas tecnológicas: Implementar sistemas de gestão hospitalar, agendamento online, prontuário eletrônico do paciente e outras ferramentas que auxiliem na gestão do fluxo de pacientes.
- Otimização da equipe: Dimensionar a equipe de acordo com a demanda, treiná-los e garantir a comunicação eficaz entre os profissionais.
- Melhoria da comunicação: Implementar ferramentas de comunicação eficazes entre os diferentes setores da instituição, se atentando à comunicação visual com sinalizações de setores, áreas e locais de exames, bem como áreas restritas apenas ao uso do funcionário.
- Envolvimento da equipe: Envolver todos os profissionais da equipe na busca por melhorias contínuas.

Fluxo de Acompanhantes

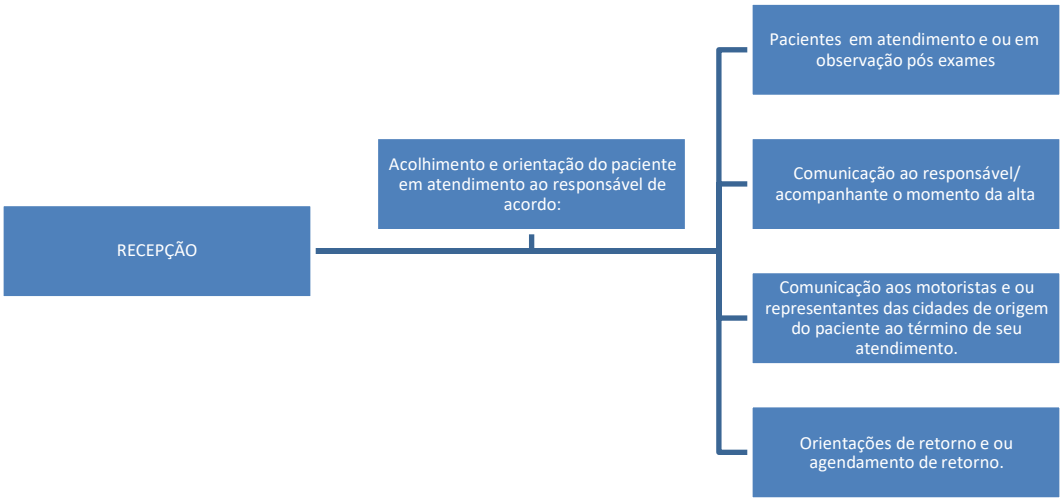
O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais podem ser familiares ou amigos. Os acompanhantes chegam junto com o paciente e poderão estar presentes durante todo o processo de atendimento e realização de exames, respeitando as leis do acompanhante vigente, na intenção de humanizar a assistencia prestada e trazer segurança, apoio moral durante o processo saúde doença, sejam eles Crianças, idosos, Mulheres, qual quer paciente com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito.

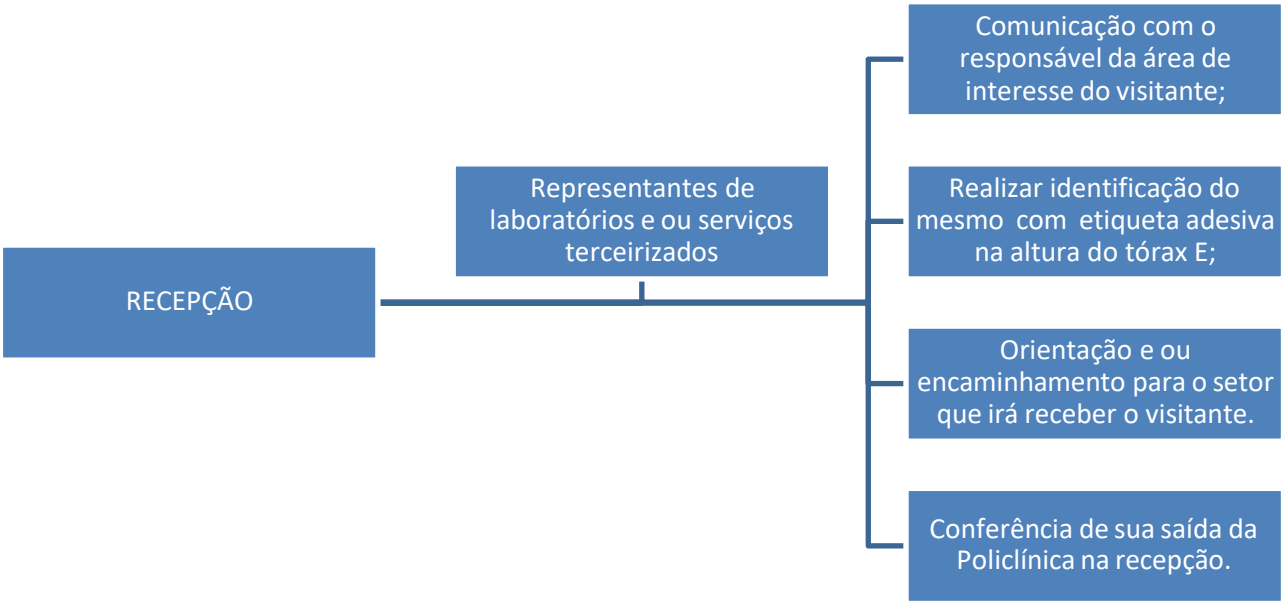
Os acompanhantes dos usuários que buscam o serviço da Policlínica poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferece-lhes apoio moral e emocional naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer na Unidade durante o período de atendimento dos pacientes, desde que haja um local apropriado e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá quando os pacientes são crianças ou idosos e mulheres atednmendo a legislação vigente de direitos do paciente/usuário dio serviço de saúde.

Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez que acompanha o paciente até o mesmo ser atendido pelo pessoal dos serviços especializados, mas, poderá sempre aguardar pela alta do paciente nas zonas de espera na recepção principal.

Fluxo para visitantes

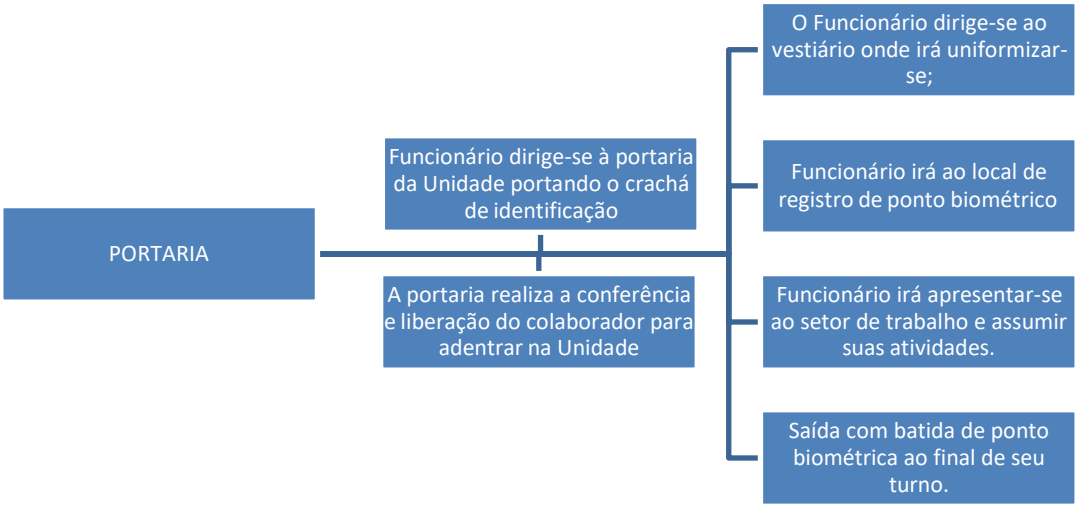
Os visitantes comparecem para atividades administrativas, treinamentos, cursos, capacitações, como serviços de terceiros, compras e outros, todos devidamente identificados. Situação em que o acompanhamento dos fluxos é de extrema importância tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, de acordo com a visita.





Fluxo para Funcionários

O processo de acesso de funcionários são constituídos pelos profissionais de saúde e de todos técnicos e colaboradores de apoio para que a unidade de saúde possa estar em operação. Os profissionais da unidade, tem que apresentar identificação para o acesso da unidade, registrar o ponto e seguir para o setor de serviço.



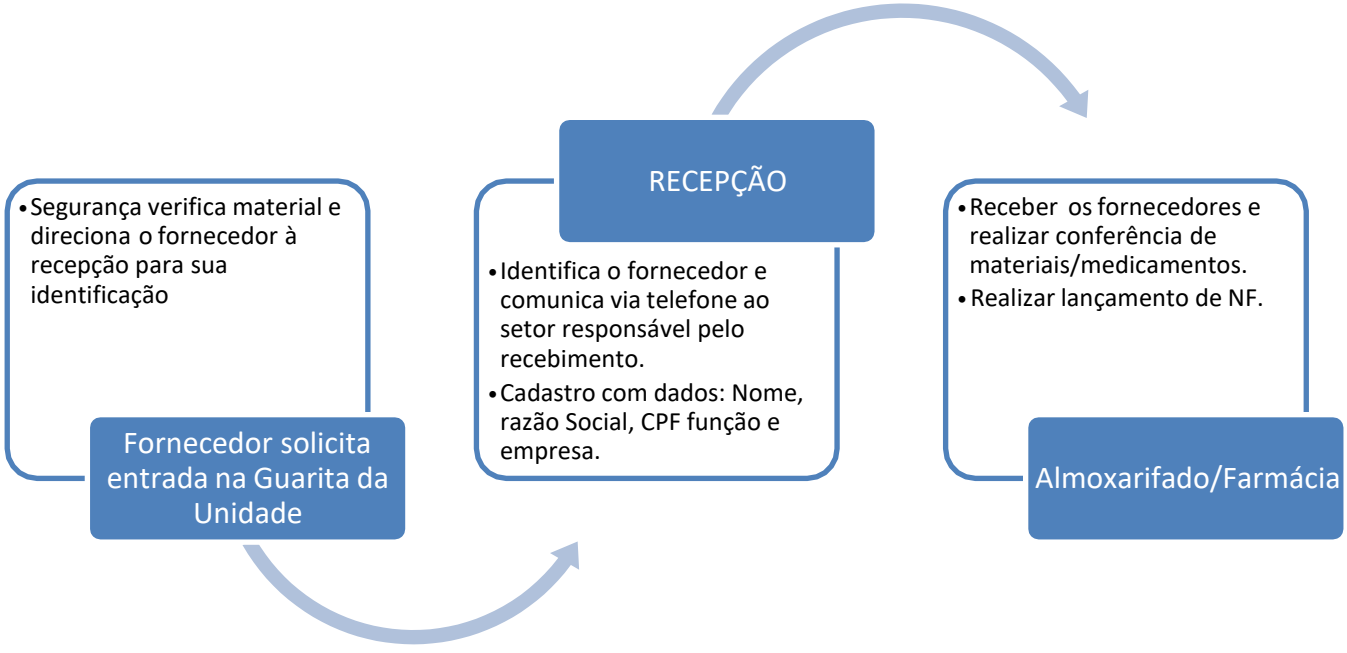
Fluxo áreas externas

As áreas externas da unidade de saúde estão relacionadas há alguns tipos de serviços e a necessidade da utilização de estacionamento da policlinica. São destacados os fluxos como de prestadores de serviços na unidade de saúde, acesso de veículos oficiais à unidade de saúde e o acesso de fornecedores na unidade de saúde.

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

- Paciente externo transportado, que chega ou parte de automóvel por meios próprios ou através de ambulância municipal;
- Funcionários (administrativo), se possível vaga de uso exclusivo;
- Demais funcionários estacionamento rotativo;
- Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc;
- Remoção de resíduos.

FLUXO DE ACESSO FORNECEDORES



ÁREA DE ATIVIDADE

Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

Para se obter o correto manuseio de documentos é necessário estabelecer uma Gestão de Documentos que descreva todos os procedimentos técnicos e operacionais referentes as atividades de produção, validacao, classificação, tramitacao, avaliacao, armazenamento, arquivamento e descarte dos documentos, com o objetivo de manter um controle adequado dos mesmos.

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, a referencia adotada estara em consonância com a ISO 9001/2015,no que tange ao controle de informação documentada

Registro dos usuários:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificacao rapidamente.Nenhum usuário podera ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na unidade.

O usuário sera registrado em seu primeiro atendimento, ambulatorial, e recebera um número de prontuário gerado pelo sistema, que sera unico para todo e qualquer atendimento subsequente.

Em todo atendimento ambulatorial, além dos dados do paciente, e obrigatório o registro de seu responsavel.

O paciente sem identificação devera ser cadastrado como " DESCONHECIDO" e o caso deverá ser passado para o Servico Social para que o mesmo busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.

Registro do Atendimento na recepção do Acolhimento ou Recepção Geral:

1° passo: Abrir o modulo no sistema informatizado;
2° passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada na Policlínica através do nome ou sobrenome;
3° passo: Feito a pesquisa constatou que o paciente nunca deu entrada, proceder a internação;
4° passo: Preencher os campos obrigatórios;
5° passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, colocar pelo menos um telefone para contato;
6° passo: Colocar o médico, origem, convenio, plano, tipo de atendimento, local de procedência, destino (sempre a sala de emergência no caso do Acolhimento), tipo de

paciente, serviço (especialidade), procedimento ambulatorial, CBO e a escrever as observações do atendimento;

7° passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME para Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

O prontuário médico é definido pelo Conselho Federal de Medicina como sendo as informações registradas com a ocorrência de situações que afetem a saúde de qualquer indivíduo e a assistência devida que lhe será prestada. A história do paciente é acompanhada até sua recuperação podendo ter uma continuidade futura.

O prontuário médico é importante fonte de pesquisas e de estudos, é um documento legal das ações médicas, é o avaliador da qualidade, do cuidado e da vigilância das reações às drogas prescritas, é fonte de reciclagem médica continuada, serve para identificar grupos específicos para tratamentos e cuidados para a cura das enfermidades, é base gerencial de custos e de sustentação organizacional.

O Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico do – é o setor normativo e regulador das documentações referente a prontuários da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, sendo responsável por assegurar a integridade, guarda e disponibilidade dos prontuários nos diversos setores assegurando a continuidade do tratamento do paciente em consonância à Política de Gestão de Segurança da Informação (LGPD) e demais normas da Instituição, além de monitorar e gerir dados estatísticos hospitalares.

No SAME da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa estão centralizados os serviços referentes ao exames de imagens (laudos que os pacientes não fazem a retirada, termos de responsabilidades, felipetas de encaminhamento), Farmácia Juarez Barbosa (processos,receituarios e recibos).

O HMTJ se responsabilizará pelos documentos relacionados ao prontuário e seu armazenamento em conformidade com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 e a Lei 13.787 de 27 de dezembro de 2018 ou a que as substituírem posteriormente.

Os prontuários estarão em conformidade com a PORTARIA Nº 279, de 08 de outubrode 2010 e o acesso aos prontuários será disponibilizado para os pacientes solicitantes, ou representantes legais, e a Secretaria de Saúde, sempre que solicitado, seguindo as legislações vigentes e sob à responsabilidade da coordenação administrativa da unidade.

Na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico funciona com equipe própria, comprometida com a Lei de proteção de dados, com armazenamento local para armazenamento dos

documentos.

Tipos de prontuários	Arquivo de papel
Prontuário de papel	Guarda por 20 anos
Prontuário em Sistema Informatizado	Não há necessidade de guarda de papel
Prontuário com sistema informatizado com informações impressas	20 anos para arquivo de papel
Prontuário digitalizado após 20 anos de arquivo morto	Não se aplica
Prontuário digitalizado antes de 20 anos	20 anos em arquivo de papel
Prontuário microfilmado	Não se aplica

Os arquivistas farão conferência na documentacao e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverao ser anexado um ao outro. Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

Será mantido o fluxo de disponibilização aos usuários da cópia dos registros de atendimentos, conforme determinações e legislação vigentes no Estado de Goiás no qual as solicitações são realizadas através dos canais oficiais.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa compete garantir a guarda ilimitada (Resolução CEM 1821/07),o sigilo e o acesso às informações do prontuário do paciente após a alta e fechamento da conta pelo faturamento. Durante o período de observação é da responsabilidade da equipe multiprofissional tais garantias e no período de fechamento da conta essa responsabilidade é da equipe do faturamento.

Profissionais autorizados a fazer registros no prontuário:

Os profissionais assistenciais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, Fonoaudiologa, farmacêuticos, assistente social).

Identificação dos profissionais:

Todos os registros no prontuário necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe. A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa reconhecerá asassinaturas ou rubricas desde que o número do respectivo conselho esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação.

O preenchimento de documentos por meio eletrônico acontece mediante senha de acesso pessoal, de acordo com a categoria profissional a que pertence.

Preenchimento, Legibilidade, Completude, Espaços em branco

Nos documentos com preenchimento manual é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente e não é permitido escrever a lápis.

Todas as anotações em prontuário físico devem ser feitas com o uso de caneta de cor azul ou preta.

O prontuário médico do paciente deve conter informações suficientes para apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento e documentar a evolução e os resultados do tratamento.

A HMTJ avaliará regularmente o conteúdo e a completude dos registros.

A Gestão Documental é inicialmente três fases:

Fase de Produção: os documentos a serem criados devem ser necessários, em quantidades adequadas e que cumpram sua função para a qual foi criado e que possibilitem o controle da informação disseminada, economia de tempo, mão de obra e material e também a redução da burocracia da instituição.

Fase de Tramitação e Uso: nessa fase os documentos devem estar no lugar certo, na hora certa para cumprir sua função, reduzindo o desperdício de tempo e de produtividade.

Fase de Avaliação e Arquivo: nessa fase é definido o valor do documento, seu prazo de arquivamento e descarte, todos definidos de acordo com a Tabela de Temporalidade, evitando-se o excesso de documentos arquivados e garantindo o acesso e a conservação dos documentos providos de valor.

ORIENTAÇÕES

Atribuições comuns a todos os profissionais: manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema e utilizar, de forma sistemática, os dados para

a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

Quanto a digitação da produção: deve ser realizado pelo mesmo profissional que realizou o atendimento, entendendo que essa ação faz parte desse atendimento e é de responsabilidade desse profissional.

A digitação das fichas no sistema é obrigatória. No atendimento realizado na Policlínica o próprio profissional que realiza o atendimento que deverá inserir as informações no prontuário, isto nos respalda quanto a questões éticas e de confiabilidade, assim como pelo acesso restrito ao prontuário, só podendo ser realizado pelo profissional que o realiza.

Deverá ser precedida de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;

- ✓ Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- ✓ Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados,de rotina e específicos;
- ✓ Devem ainda constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, intercorrências, sinais e sintomasobservados;
- ✓ Devem ser registrados a continuidade do cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- ✓Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- ✓ Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco e etc);
- ✓ Conter apenas abreviaturas previstas cientificamente.

Sigilo, Confidencialidade, Privacidade Garantia de sigilo e confidencialidade das Informações

Registro e Acesso às informações do prontuário:

Durante o atendimento ao paciente (ambulatorial), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência aopaciente, terão acesso ao prontuário para consulta e inserção de informações referentes ao tratamento.

As categorias profissionais autorizadas são:

- ✓ Médicos;
- ✓ Enfermeiros;
- ✓ Técnicos de Enfermagem;
- ✓ Nutricionistas;
- ✓ Fisioterapeutas;
- ✓ Assistente Social;
- ✓ Farmacêuticos.

Estão autorizados a ter acesso ao prontuário as equipes administrativas ligadas à guarda do prontuário e auditoria, Faturamento e SAME;

Garantia da Privacidade das informações do paciente:

O prontuário deve ser mantido em local de acesso restrito destinado a essa finalidade. A equipe deve garantir supervisão constante para que o prontuário não fique exposto, especial atenção deve ser dedicada durante o procedimento de transporte, o prontuário não deve ser deixado em macas ou cadeiras de rodas.

Sendo necessário manter uma lista de pacientes na unidade, a mesma deve ser guardada em local reservado e sob supervisão. Ao desprezar impressos com informações do paciente o responsável deve garantir que os mesmos sejam picotadose que não haja exposição sobre a informação do paciente.

A instituição garante o controle e registro das pessoas que acessaram as informações de prontuários, seja no prontuário físico (a cargo do SAME) ou em registros eletrônicos (a cargo da Tecnologia de Informática).

Coleta de informações do prontuário para fins estatísticos e oficiais

A tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística éa Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-10).

A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatísticaé a do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

Acesso para consulta de terceiros

Os prontuários são disponibilizados para consulta de terceiros, nas seguintes situações:

Após a alta, somente o paciente ou seu representante legal ou pessoa por ele poderá autorizar a liberar as informações a terceiros.

Para auditorias externas o acesso ao prontuário será feito dentro das dependências da instituição; o auditor não poderá fazer anotações em suas páginas, mesmo que seja médico.

Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei:

A liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para recebê- las, e sua entrega será em via impressa do sistema e assinado, o responsavel legal deverá prencher termo de retirada de documento e receber a validade do Diretor Técino da unidade.

Procedimentos legais:

Todas as requisições para liberação de informações serão enviadas ao Departamento Jurídico via sistema Fluig.

Emissão de cópias de prontuários:

Nos casos em que couber, o paciente deverá solicitar via formulário ao responsável pelo setor de faturamento da unidade, que será avaliada a solicitação pelo departamento Jurídico do HMTJ, e autorizado envio deverá ser realizada nas dependências do SAME e será entregue ao paciente e/ou responsável em envelope lacrado, após o preenchimento do termo de retirada.

Fluxo da unidade de arquivo de Documentos

Objetivo: Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica de ter todos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade está em manter a rastreabilidadedo prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle deprontuários, zelando por estes documentos.

A unidade manterá o arquivo informatizado dos prontuários conforme normatização especifica.

Objetivos Específicos:

- ✓ Implantar os processos administrativos do SPP na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.
- ✓ Definir e implantar lógica do arquivamento de prontuário e documentos afins;
- ✓ Implantar o controle de entrada e saída e rastreabilidade dos prontuários;
- ✓ Implantar a estatística na unidade realizando a coleta, tabulação, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos dos prontuários, através de estatísticas do movimento dos clientes, bem como seus diagnósticos;
- ✓ Implantar processo para receber os prontuários após alta, verificar e organizar documentos que constam dos atendimentos.

Documentos recebidos de Origem Externa:

No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o sistema de Registro de Protocolo Geral. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam a Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificando o documento.

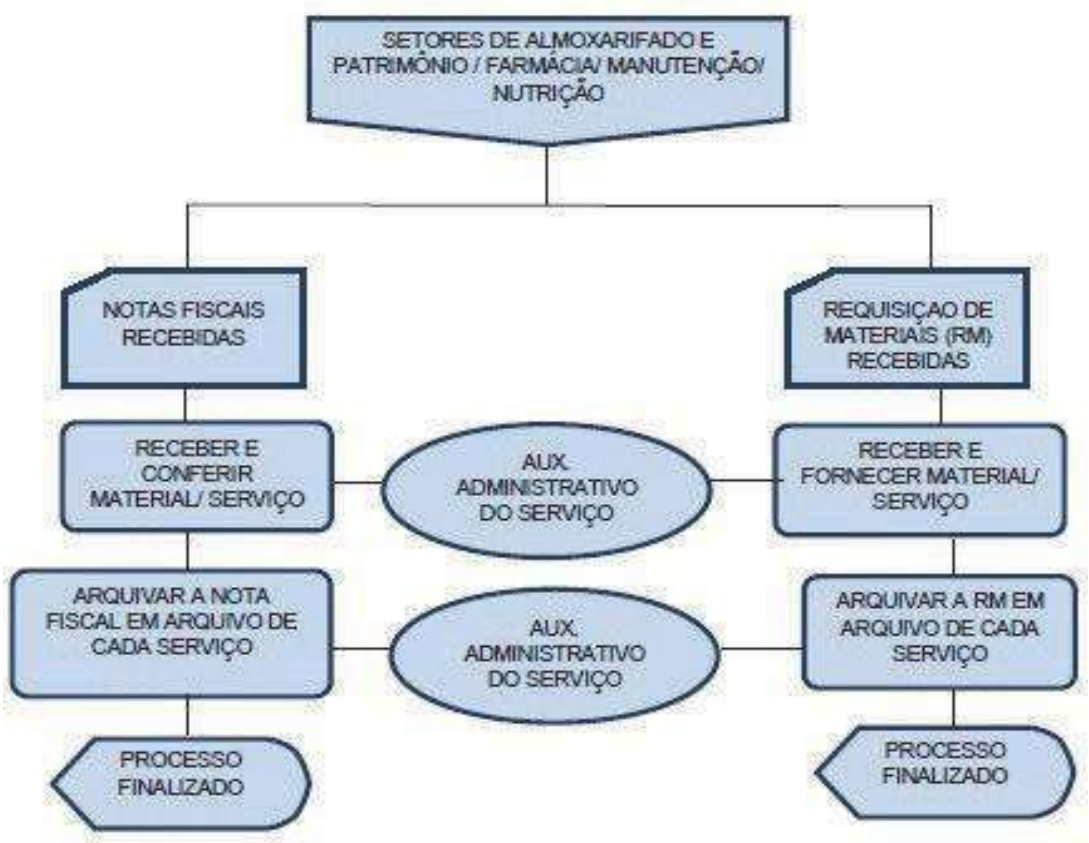
Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados:

- ✓ Data Recebimento;
- ✓ Destinatário;
- ✓ Remetente;
- ✓ Data de Entrega e Assinatura do Recebedor.

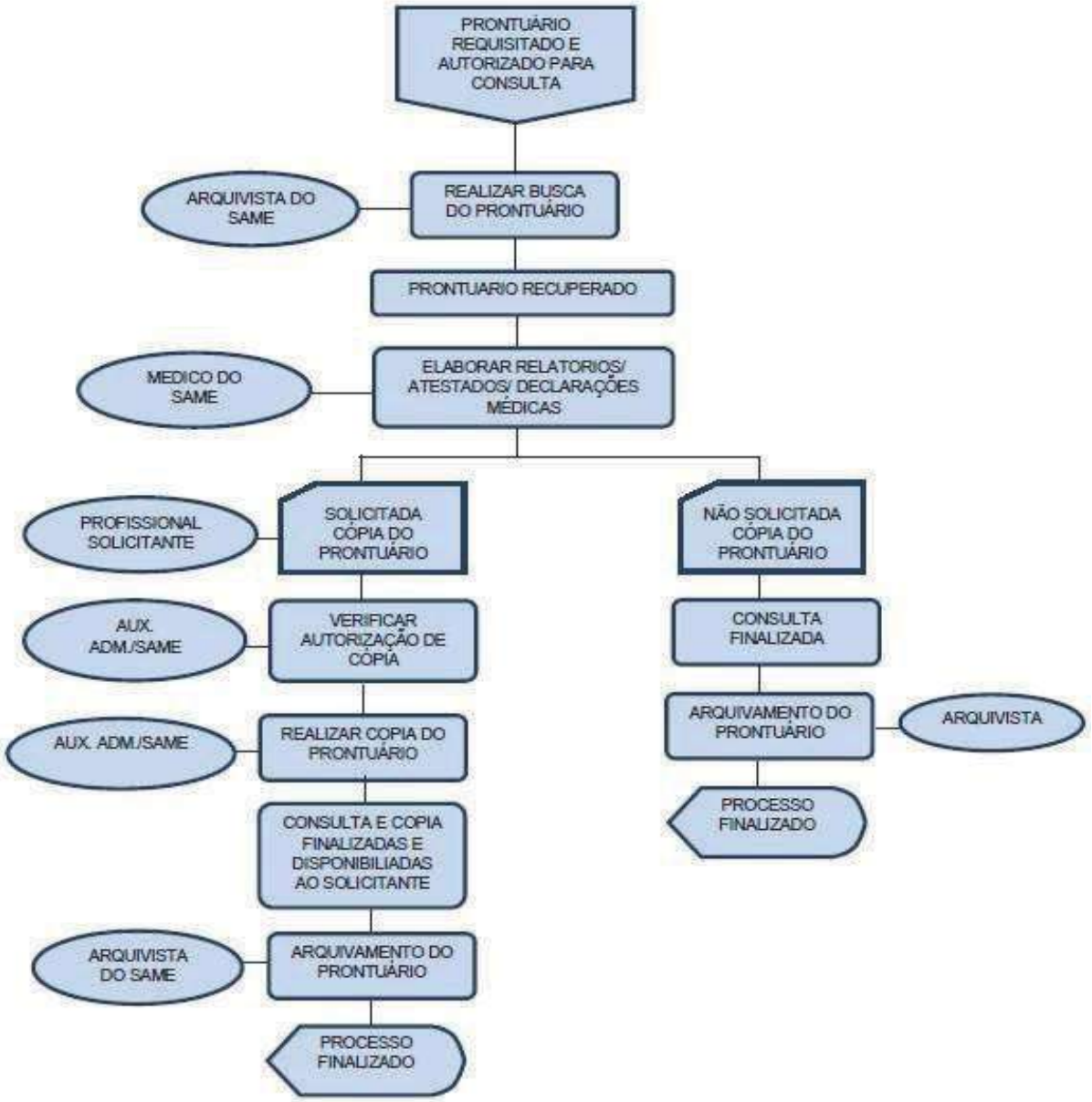
Documentos recebidos de Origem Interna:

Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE REQUISIÇÕES DE MATERIAIS E NOTAS FISCAIS



PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA FINS JURÍDICOS



ÁREA DE ATIVIDADE

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

NA Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

A equipe técnica local é responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização e distribuição dos produtos para os demais setores da unidade).

A periodicidade de processamento desses materiais é semanal e conforme demanda e uso dos materiais, onde é estabelecido os fluxos de recebimento, processamento e entrega.

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa irá atender a RDC 15 de 2012 que estabelece sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização e a distribuição dos produtos para a saúde, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- Lavar esses produtos;
- Realizar o empacotamento;
- Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos/químicos;
- Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- Acondicionar e distribuir os instrumentais e matriais esterilizados;
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

Os conceitos usados para os procedimentos são:

LIMPEZA

É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana.

A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

DESCONTAMINAÇÃO

É o processo de redução dos micro-organismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.

DESINFECÇÃO: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos.

ESTERILIZAÇÃO: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

ARTIGOS: Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios como instrumentais cirúrgicos, odontológicos, comadres, papagaios, dentre outros.

SUPERFÍCIES: Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

Estrutura Física A RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, com texto alterado pela RDC 307 de 14 de novembro de 2002 e RDC 189 de 18 de julho 2003 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Este regulamento técnico normatiza que, para cada atividade desenvolvida na Central de Material e Esterilização (CME) deve haver ambiente obrigatório com dimensões mínimas e instalações necessárias.

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.
- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.
- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

A Central de Material e Esterilização é dividida em trêsáreas separadas por barreira física, são elas:

Área Suja

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Área Limpa

Local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

Área de Guarda e armazenamento in-loco distribuidos nos setores

Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo de distribuição em in-loco nos setores nos locais destinados para armazenamentos dos materiais esterelizados, restrito as pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

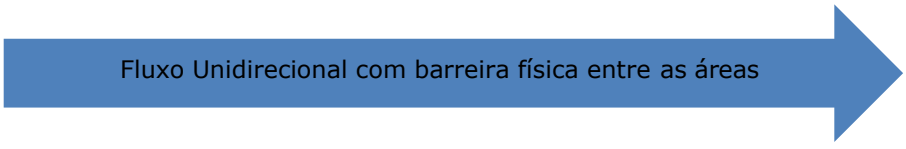
As barreiras físicas serão instaladas entre as áreas da Central de Material Esterilizado – CME, justamente com o objetivo de manter o fluxo unidirecional.

O acesso de pessoas fica restrito apenas aos profissionais que ali trabalham, ou para aqueles que recebem uma autorização para entrar no setor.

O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas:

FLUXO UNIDIRECIONAL DA CME

Área Suja	*Área Limpa*	*Armazenamento in-loco*
Expurgo	Preparo de materiale carga da autoclave	Dispensação de material da autoclave em áarmarios destinados nos setóres de uso in-loco



Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica

Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Área semicrítica

Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas empacientes não-críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

A RDC 15 de 2012 classifica as CME em Classe I e Classe II.

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento.

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

O HMTJ manterá o funcionamento da Central de Material de Esterilização no período de 24 horas com jornada de trabalho 12x36 horas (07:00 as 19:00 horas e das 19:00 as 07:00 horas) o quadro de profissionais será composta por enfermeiro responsável pelo setor, auxiliar/técnico de enfermagem, e receberá apoio do auxiliar administrativo.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, organizar, coordenar, orientar, supervisionar as atividades de enfermagem no setor;
- Responsabilizar-se pela aplicação das normas e rotinas deste manual ou adaptá-las às especificidades de seu serviço;
- Manter o Manual de Normas e Rotinas disponível para consulta dos profissionais;
- Prever e solicitar os materiais/instrumentais necessários para as unidades consumidoras;
- Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias para procedimentos realizados na CME;

- Zelar pela limpeza e organização desse setor;

- Monitorar efetiva e continuamente os indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;
- Conferir e assinar os impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos
- Fazer escala mensal e de tarefas;
- Realizar treinamento e educação permanente da equipe;
- Realizar avaliação periódica dos profissionais do setor
- Monitorar o esquema de vacinação dos profissionais do setor.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem:

☐ Receber e conferir os materiais;

☐ Realizar limpeza e desinfecção dos materiais;

☐ Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;

☐ Receber e preparar as roupas;

☐ Monitorar os parâmetros do processo de esterilização e anotar em impresso próprio

☐ Realizar controle dos indicadores biológicos

☐ Comunicar o enfermeiro sobre as intercorrências assim como registrá-las em impresso próprio;

☐ Zelar pelo funcionamento da autoclave, incubadora e seladora;

☐ Manter a CME limpa e organizada;

☐ Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sobre supervisão do enfermeiro.

Atribuições do Auxiliar Administrativo

☐ Digitar comunicados;

☐ Imprimir os impressos de controle;

☐ Solicitar as manutenções dos equipamentos conforme RDC n° 15 de 2012 ou necessidades apontadas pelo enfermeiro;

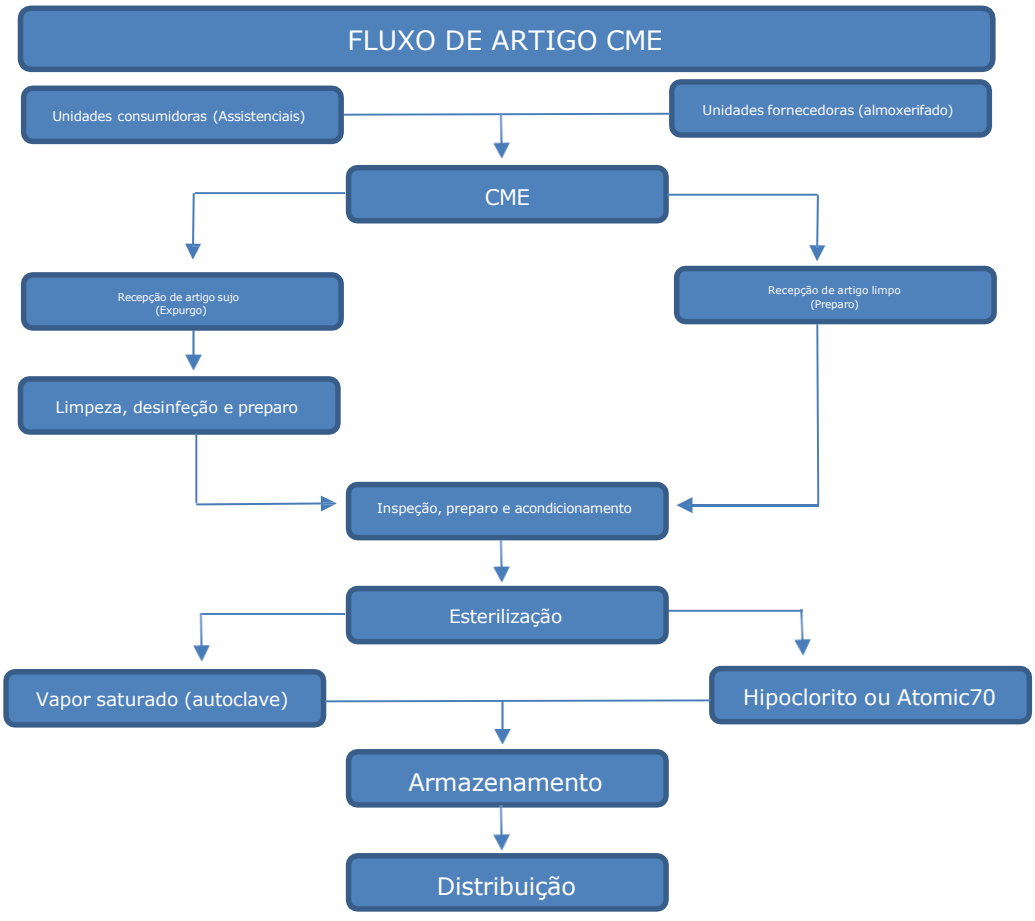
☐ Realizar o controle patrimonial (solicitação e despatrimoniamento de equipamentos)

Os critérios recomendados para o processamento dos artigos são classificados em:

☐ Artigos críticos: entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.

☐ Artigos semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com termodesinfecção.

Artigos não críticos: entram em contato com pele íntegra e superfícies. Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem recebem desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Os artigos não críticos receberão a limpeza do material com água e detergente neutro e após fricção com álcool 70% portrinta segundos. Ex: termômetro



RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR

Responsável pelo setor: Enfermeiro

Atividades: Treinar, orientar e supervisionar o recebimento de artigos para esterilização.

Objetivos:

- Transportar artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado;
- Reprocessar artigos para realização de novo procedimento.

Normas:

- Todos os setores do Hospital utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado (CME) para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal;
- A CME é responsável pelo recolhimento do material Centro Cirúrgico Central e Ambulatorial. Os demais setores são responsáveis pelo transporte de materiais contaminados para a CME;
- Transportar os artigos em carros/caixas fechados(as);
- Entrar pela porta de acesso ao expurgo;
- Deixar os artigos em bancada própria.

METODOLOGIA DE RETIRADA DO MATERIAL

- Levar a caixa fechada até o CME;
- Colocar luvas;
- Retirar os materiais contaminados do carro de transporte e colocar na bancada para o processo da limpeza;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.

RECEBIMENTO DE ARTIGOS CONTAMINADOS

Para o recebimento e limpeza de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se :

- ☐ Luvas de látex (especial) ou borracha, óculos, avental;
- ☐ Calçar luvas;
- ☐ Receber os artigos contaminados no expurgo juntamente com o impressopróprio;
- ☐ Separar materiais de acordo com a limpeza a ser realizada: desinfecção, esterilização a vapor e/ou hipoclorito/atomic70;
- ☐ Os materiais que serão enviados para solução de hipoclorito/atomic70 devem ser acondicionados em caixas específico e listados em impresso próprio da unidade;
- ☐ Retirar luvas;
- ☐ Lavar mãos.

TRANSPORTE AUTOMOTIVO DO MATERIAL CONTAMINADO

Objetivo: Transportar com segurança artigos contaminados para o expurgo da Central deMaterial Esterilizado (CME).

Para o transporte de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Paramentar utilizando capote, máscara, gorro e luva;
- ☐ Deslocar para os expurgos dos setores da unidade;
- ☐ Colocar os artigos contaminados em caixas;
- ☐ Acondicionar a caixa em carro inox identificado contaminado;
- ☐ Encaminhá-lo até o veículo de transporte;
- ☐ Retirar paramentação;
- ☐ Lavar mãos;
- ☐ Colocar luvas;
- ☐ Encaminhar as caixas com artigos contaminados ao expurgo da CME;
- ☐ Retirar luvas;
- ☐ Lavar as mãos.

ORGANIZAÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR POR OUTROS SETORES PARA ENTREGA NO CME

Objetivos: Reprocessar artigos que são autorizados pela ANVISA para realização de novo procedimento

Para organização de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

Os setores da unidade entregam diretamente no Expurgo da CME os materiais para serem esterilizados, obedecendo a listagem e identificando os materiais por setor específico.

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR DE OUTROS SETORES NO CME

- ☐✓ Receber do funcionário as caixas;
- ☐✓ Separar e conferir com os impressos com os materiais recebidos;
- ☐ Separar de acordo com o setor de origem.

CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Garantir o processo de Esterilização. Para o carregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Abrir a autoclave;
- ☐ Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- ☐ Pegar pacotes que estão sobre a bancada;
- ☐ Carregar a autoclave;
- ☐ Dispor os artigos verticalmente nos racks e não os compactar;
- ☐ Respeitar a distância de 2,5cm a 5cm entre os pacotes; Colocar
- ☐ os artigos côncavos/convexos na posição vertical;
- ☐ Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara;
- ☐ Registrar em planilha própria, tipo de pacotes e quantidade;
- ☐ Fechar a porta da autoclave;
- ☐ Ligar a autoclave;

DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Manter a integridade dos artigos e evitar contaminação dos artigos;Para o descarregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Colocar máscara ao entrar no arsenal;
- ☐ Abrir a porta da autoclave (lado estéril);
- ☐ Deixar a porta da autoclave aberta em 5 cm por 10 minutos;
- ☐ Colocar luvas térmicas;
- ☐ Colocar os cestos sobre a bancada;
- ☐ Fechar a porta da autoclave;
- ☐ Retirar luvas e deixá-las sobre o bancada;
- ☐ Lavar as mãos (área de preparo);
- ☐ Retirar os artigos dos cestos;
- ☐ Colocar os artigos separados de acordo com o setor na bancada ou até mesmonas prateleiras;
- ☐ Após sair do arsenal, desprezar máscara;
- ☐ Lavar as mãos.

CONFERÊNCIA DE MATERIAL

Objetivos: Oferecer materiais completos para procedimentos cirúrgicos, devendo utilizar cartela de montagem de caixas e bandejas. Para a conferência do material, o funcionário deve:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Conferir com atenção caixas, bandejas e pacotes que foram usados de acordocom o descrito na cartela;
- ☐ Conferir os artigos observando número de peças, funcionamento das peças e limpeza do material;
- ☐ Na falta de artigo: separar caixa ou bandeja,
- ☐ Registrar em planilha própria o artigo em falta;
- ☐ Comunicar o enfermeiro da CME;

Deixar caixa ou bandeja "parada" até que encontre o artigo e/ou no caso de caixas e/ou bandejas

muito utilizadas repor o material, caso tenha o mesmo em nosso armário de estoque

- ✓ Enviar para o setor onde o material não foi encontrado a folha de nãoconformidade preenchida;
- ✓ Caixas ou bandejas completas:
- ✓ Montar usando a técnica correta;
- ✓ Separar os artigos que são empacotados;Fechar as caixas ou bandejas.
- ✓ Colocar em local apropriado para que seja encaminhado para esterilização.

LIMPEZA DIÁRIA DOS EQUIPAMENTOS

Objetivos: Manter em bom funcionamento - Garantir maior vida útil Limpeza dasAutoclaves:

- Lavar as mãos;
- Usar EPI;
- Trazer para perto das autoclaves, rodo (utilizado apenas nas autoclaves), compressas, álcool 70% e pano úmido (utilizado apenas nas autoclaves);
- Limpar com compressa úmida no interior da câmara, iniciando do fundopara a porta e do alto para baixo;
- Repetir quantas vezes necessário;
- Utilizar compressa seca para secar o interior da câmara;
- Com um auxílio de um rodo umedecer o pano em álcool 70% e passar internamento em toda câmara;
- Passar a compressa úmida no cesto da autoclave

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPA

Na policlínica , devido ao perfil da unidade, é realizamos consultas e alguns exames de baixa complexidade, desta forma, não dispomos de enxoval.

Todo material utilizado nos setores é do tipo descartável .

I. Objetivos

Padronizar o recebimento dos materiais contaminados, conferindo os mesmos, para iniciar o processo de limpeza adequado às especificidades dos materiais.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, avental impermeável, calçado fechado, pasta de registro e/ou, formulário de recebimento de material impresso, caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

EXPURGO (Material Sujo):

1. O técnico de enfermagem deverá paramentar-se com EPI's necessários: gorro, máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento e avental impermeável;
2. Receber materiais dos demais setores assistenciais da instituíção, conforme acordos de entrega pré estabelecidos, conferir se os mesmos estão sendo transportados em recipientes adequados: container com tampas e identificados como transporte de material contaminado;
3. Conferir com o impresso de recebimento de material, a quantidade do material à ser recebido e a integridade dos mesmos . Os materiais que vem são listados em planilhas e acondicionados na pasta específica.
4. Manipular com cuidado os materiais evitando quedas, acondicionar no carrinho de transporte de material contaminado para ser posteriormente levado à CME para reprocessamento. O carrinho de transporte de material contaminado deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte. A desinfecção é realizada toda quinta-feira pelo técnicos de enfermagem.
5. Separar materiais danificados, acondicioná-los no recipiente próprio e comunicar ao enfermeiro responsável; o enfermeiro deverá transcrever o quantitativo dos materiais em planilha própria de manutenção e descarte que será posteriormente encaminhado para a manutenção onde será avaliado a necessidade do conserto e /ou orientação para o descarte; conforme solicitação de serviço via sistema.
6. Proceder limpeza prévia do material umidificando-o com água corrente , retirando o excesso de matéria orgânica com auxílio de pistola de água morna;
7. No recebimento dos materiais termossensiveis, os materiais deverão ser submetidos ao processo de limpeza e rigorosa secagem, e posteriormente acondicionados em invólucros específicos (papel grau cirúrgico) identificado com etiqueta própria com nome do material, colaborador que preparou e data de validade para posterior reprocessamento na Autoclave

Odontológica da instituição. Não serão enviados materiais particulares sem anuência do enfermeiro responsável .

ÁREA LIMPA (Materiais limpos):

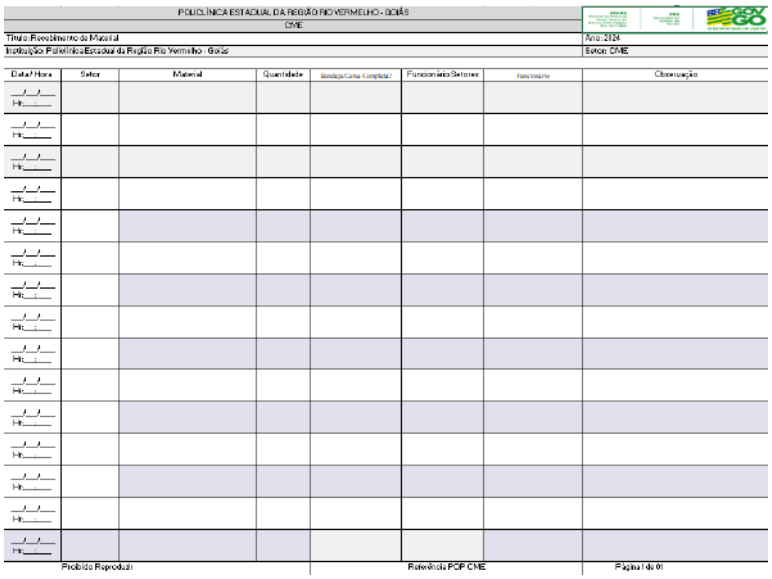
1. Os materiais recebidos na área limpa compreendem materiais já preparados para serem reprocessados pela CME, tais como: materiais da lavanderia (pacotes de roupas cirúrgicas); os pacotes dalavanderia que são entregues no setor em horários e quantidades acordadas em CCF;
2. Todo material solicitado à instituição e ou empresa que não compreende em nosso arsenal e será necessàrio para a realização das cirurgias, deverão ser entregues na área limpa já reprocessados onde será submetido a conferência e novo processo de esterilização a fim de podermos rastrear o processo, quando o mesmo deverá ser encaminhado para expurgo, procedendo todas fases do processo de limpeza,conferencia ,inspeção , montagem e esterilização.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual
CME: Central de Material e Esterilização

V. Anexos

Formulário de Controle de Recebimento de Material



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS
CME
Título: Recebimento de Material — Ano: 2024
Instituição: Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho - Goiás — Setor: CME

Data/ Hora	Setor	Material	Quantidade	Recebido Conta Completa?	Funcionario Setores	Funcionario	Observação
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							
__/__/__ Hr:____							

Proibido Reproduzir — Referência POP CME — Página 1 de 01

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007;

APECIH-Limpeza,desinfecção e Esterilização de Artigos em Serviço de Saúde. 1ª Edição-2010.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outrasprovidências.

MGR CME 001

I. Objetivos

Padronizar a utilização dos integradores químicos nas bandejas, caixas de instrumentais e contribuir para o processo de rastreabilidade..

II. Materiais

Gorro, planilha de carregamento de autoclave, integrador químico classe 5, caixas e bandejas de instrumentais cirúrgicos montados e materiais de escritório.

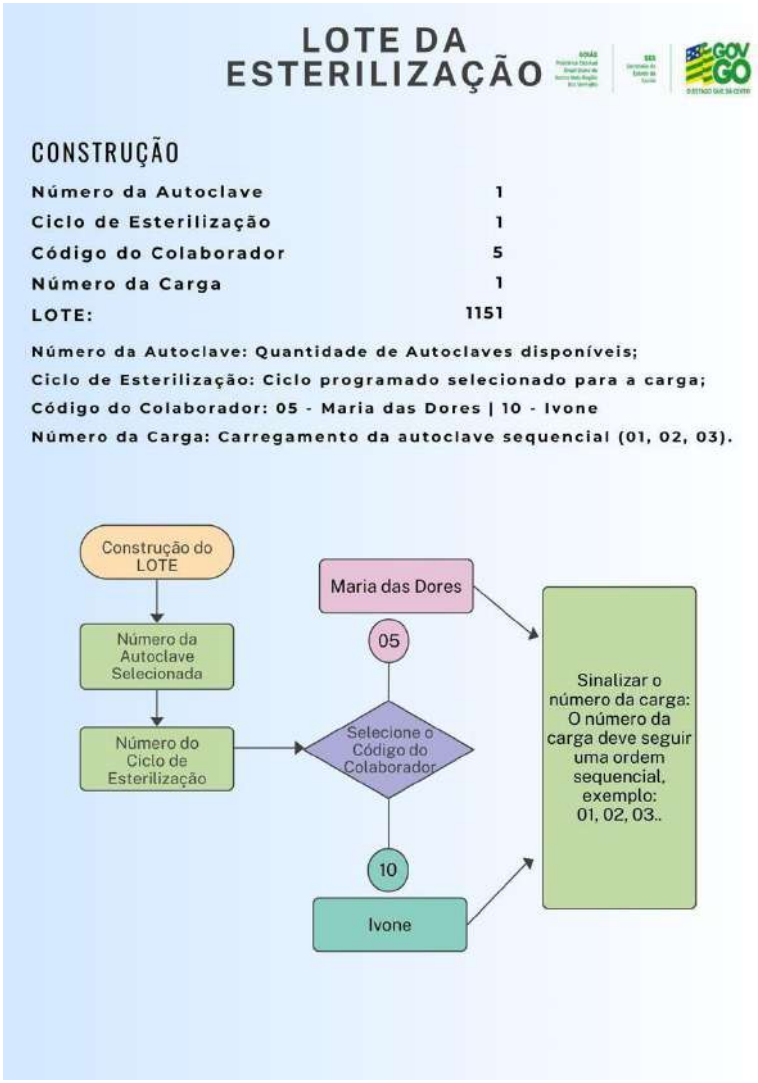
III. Descrição dos passos da atividade

1. O técnico de enfermagem colocará os integradores químicos classe 5 em todas bandejas e kits de instrumentais. Nas caixas com conjunto de duas ou mais bandejas deverá ser colocado 1 integrador em cada bandeja;

2. A leitura do integrador é simples: verificar se o agente químico atingiu a cor de referência (MARROM) na unidade circular rosa, para posterior utilização do material esterilizado, segue figura abaixo:

3. Na abertura dos materiais na sala de procedimento solicitar ao técnico que o integrador químico seja visualizado antes da abertura do kit, afim de constatar que o material esta realmente esterilizado evitando contaminação do campo;
4. Ao término do procedimento o integrador deverá ser anexado ao protocolo de procedimento seguro do paciente;
5. Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material, número de peças, nome de quem preparou, ciclo, lote da carga que identifica o número da autoclave, do programa (tipo de garga), do plantão e número da carga do dia, dia de esterilização e validade

conforme invólucro escolhido, via etiqueta de rastreabilidade, conforme figura abaixo (exemplo):



IV. Siglas e Definições

Não se aplica.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Carregamento da autoclave			
Responsável: Técnicos de Enfermagem	**Código**: POP CME 003	**Revisão**: 00	**Data**: 19/08/2024

I. Objetivos

Realizar o correto carregamento das autoclaves para garantir o processo de esterilização dos pacotes.

II. Materiais

Gorro, máscara, pranchetas, formulário de carregamento das autoclaves impresso, materiais de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Realizar o carregamento adequado das autoclaves para garantir a passagem do vaporesterilizante nos pacotes cirúrgicos;
2. Ocupar somente 80% da câmara da autoclave;
3. Separar as cargas de acordo com a classificação dos materiais;
4. Nossas autoclaves estão programadas para realização de 1 tipos de Ciclo:

Programa 1: Intrumentais metais - orienta-se a esterilização de metais, kits de pinças, bandejas, materiais não termossensíveis;

Programa 2: Bowie Dick: ciclo próprio para realização do teste de Bowie Dick;

5. Lavar as mãos;
6. Utilizar gorro e máscara para manuseio dos pacotes;
7. Carregar a autoclave inspecionando cada pacote antes do acondicionamento no rack/ cesto da autoclave, avaliando integridade dos mesmos e selagem adequada;
8. Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor esterilizante nos pacotes favorecendo a secagem;
9. Dispor os pacotes em grau cirúrgico de forma a ficar a posição de filme transparente paralela a filme transparente e papel paralelo ao papel;
10. Registrar em impresso próprio toda a carga realizada na autoclave anotando: Data/ Número da autoclave/ Lote/ Número do código da carga/ Quantidade/ Nome do material/ Hora do início do processo/ Assinatura e carimbo do funcionário que fechou a carga/ Assinatura e carimbo do funcionário que armazenou os materiais.
11. O número do código da carga que é pedido na planilha faz referência a qual programa da autoclave é realizado no momento daquela carga. Na própria planilha existe a legenda dos 2 possíveis códigos.
12. Na segunda carga do dia e em todas as cargas colocar um pacote de Teste Biológico, além do pacotede teste desafio com integrador químico classe 5 com lote e data da carga;
13. Fechar a porta da câmara da autoclave;
14. Realizar os devidos registros e lavar as mãos;

15. Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo de esterilização para providenciar manutenção corretiva das mesmas.

16. O LOTE é elaborado a cada carga onde:

1º número: corresponde ao número da autoclave selecionada (1);

2º número: é o número do ciclo que está sendo realizado (1 ou 2);

3º corresponde: ao número do colaborador que realizou o carregamento (05 ou 10) 05: Maria das Dores 10: Ivone;

4º número corresponde: ao número da carga que esta sendo feita (1,2,3...10).

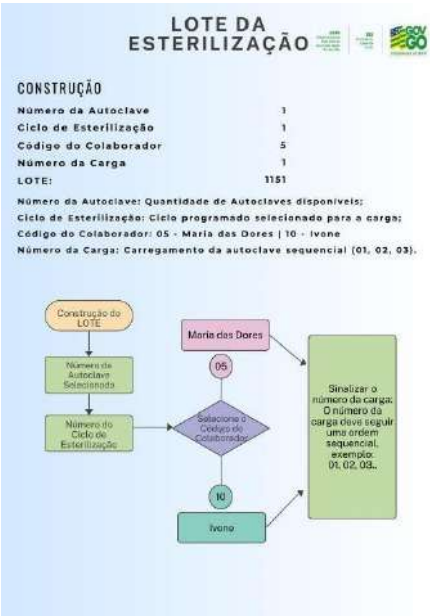
Deste modo fica definido conforme abaixo:

LOTE: 1151 ou 11101

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos



VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Descarregamento da autoclave			
Responsável: Técnicos de Enfermagem	**Código**: POP CME 004	**Revisão**: 00	**Data**: 19/08/2024

I. Objetivos

Realizar o correto descarregamento da autoclave mantendo a integridade dos pacotes e manuseando com segurança..

II. Materiais

Gorro, máscara, luvas de proteção térmica, formulário de carregamento das autoclaves impresso, materiais de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Lavar as mãos ou realizar fricção com álcool gel a 70%;
2. Utilizar EPIs: máscara, gorro, luvas de proteção térmica.
3. Descarregar a autoclave manuseando os pacotes com cuidado e delicadeza verificando: Se houve a viragem das listas das fitas de autoclave e ou tarja das etiquetas duplo adesivas (indicador classe I), lembrando que, quando o mesmo fica escurecido nos demonstra apenas uma leitura visual do material que passou pelo processo de esterilização; Integridade dos pacotes, avaliando fechamento dos mesmos, selagem eficaz, microfissuras e ou rasgos; Se o material está úmido ou molhado;

4. Se o material não estiver conforme, deverá retornar para área de preparo e submeter uma nova embalagem e posterior esterilização;
5. Se estiverem em perfeitas condições, dispor os pacotes em superfície coberta com campos duplos evitando condensação;
6. Armazenar os pacotes esterilizados no armário próprio da CME para posterior distribuição;
7. Os materiais deverão ser armazenados respeitando as datas de validades dos

mesmos, dispostos no sistema PEPS (o primeiro que entra é o primeiro que sai), afim de realizar a dispensação ordenada por data de validade;

8. Conferir e preencher o campo na planilha de descarregamento de autoclave com a hora de término do ciclo, assinatura e carimbo do funcionário que retirou e acondicionou a carga no lugar descriminado para tal;
9. Lavar as mãos;
10. Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo, inadequação de pacotes e materiais utilizados na CME.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

Formulário de Carregamento de Autoclave

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO			
Título: Planilha de Carregamento de Autoclave		**Data:**	
Ciclo da Autoclave:	**Ciclo de Esterilização:**	**Início** _____:_____ _____:_____	**Término**
Material:	**Quantidade:**	**Carga montada por:**	**Carga liberada por:**
Título: Planilha de Carregamento de Autoclave		**Data:**	
Ciclo da Autoclave:	**Ciclo de Esterilização:**	**Início** _____:_____ _____:_____	**Término**
Material:	**Quantidade:**	**Carga montada por:**	**Carga liberada por:**

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Protocolo de limpeza, desinfecção e esterilização			
Responsável: Equipe de Enfermagem	**Código**: POP CME 005	**Revisão**: 00	**Data**: 19/08/2024

I. Objetivos

Padronizar os processos realizados pela equipe de enfermagem permitindo direcionar o trabalhode limpeza e esterilização, removendo a sujidade visível, reduzindo a carga microbiana natural e extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos, além de manter segurança e qualidade no reprocessamento dos materiais utilizados na unidade.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luvas de cano longo, calçados fechados e avental impermeável.

III. Descrição dos passos da atividade

- O técnico de enfermagem após paramentar-se com EPIs necessários irá iniciar o processo de limpeza dos materiais;
- A limpeza dos materiais é realizada no Expurgo da CME, consistindo em limpeza manual e mecânica;
- Sempre atentar para a orientação do fabricante impressa no rótulo do enzimático antes de proceder com a diluição.

Definições:

- DESCONTAMINAÇÃO: remoção de microrganismos patogênicos na forma vegetativa de objetos e superfícies contaminados com matéria orgânica fazendo com que os mesmos fiquem seguros para serem manuseados durante o processo de limpeza manual. O processo pode ser químico (soluções germicidas) ou físico (lavadoras automática ultrassônica).
-LIMPEZA: completa remoção de toda sujidade e material orgânico dos objetos e é o mais eficiente meiode redução da carga microbiana dos artigos. O processo pode ser feito com água, detergente e ação mecânica manual, lavadoras ultrassônicas ou de túnel ou por imersão em solução enzimática. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização.
- DESINFECÇÃO: processo que elimina formas vegetativas de microrganismos patogênicos de objetos inanimados. Pode ser feita através de processos químicos (soluções germicidas) ou físicos (fervura e máquinas lavadoras - desinfetadoras). A atividade antimicrobiana de qualquer solução germicida pode ser alterada por erros na diluição e presença de matéria orgânica.
- ESTERILIZAÇÃO: processo que utiliza métodos químicos (óxido de etileno) ou físicos (esterilização em autoclave) para destruir todas inanimados.

A efetividade dos processos de esterilização e/ou desinfecção depende do tipo e do volume estimado de contaminantes no objeto, temperatura, tempo de contato, concentração do produto e naturezado objeto.

- LIMPEZA:

A limpeza é o primeiro passo para o processamento de artigos, e está intimamente ligada à qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Consiste na retirada da sujidade depositada em superfícies inanimadas, incluindo a matéria orgânica, por meio de uma ação mecânica, com o objetivo de garantir a eficácia do processo de desinfecção ou esterilização e preservar o artigo.

- Todo artigo para ser submetido à desinfecção deve primeiro ser adequadamente limpo, facilitando assim o contato do agente desinfetante. A falha em procedimentos de limpeza pode comprometer os procedimentos seguintes (desinfecção e esterilização).

- Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis,para que se efetue uma boa Limpeza manual: é um procedimento realizado manualmente, onde a sujidadeé removida por meio da ação física com auxílio de detergente, água e artefatos como escova e esponjasde preferência vegetal não abrasiva.

Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção. Não utilizar artefatos abrasivos, ou seja, utilizar escovas de cerdas macias e esponjas e após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente utilizado. As escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas.

- É fundamental para o processo de limpeza a utilização de detergente neutro e ou enzimático que não danifique o material. Detergentes domésticos contêm lipídeos, que podem formar biofilme, dificultando o processo de limpeza e a desinfecção / esterilização. A solução deve ser trocada de acordo comorientação do fabricante sempre que estiver saturada. A limpeza manual oferece maior risco de contaminação ao profissional de saúde, seja por respingos de matéria orgânica em mucosas, seja pelos acidentes com material perfurocortante, portanto, o uso de equipamento de proteção individual (luvas de cano longo, óculos de proteção, aventais impermeáveis e máscara) se faz necessário. Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes.

DESINFECÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES:

Desinfecção é um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção dealto número de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos.as formas de vida microbiana (vegetativas ou esporuladas) e aplica-se especificamente para objetos

Classificação de artigos:

Para a escolha do tipo de processamento ao qual será submetido o artigo, é utilizada a classificação proposta por Spaulding (1968), com objetivo de racionalizar sua indicação. Segundo Spaulding (1968) os artigos podem ser classificados em três categorias segundo o grau de risco de infecção envolvido no uso dos mesmos, ou seja, em artigos críticos, artigos semi-críticos e artigos não críticos.

- Artigos críticos: são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e, portanto possuem alto risco para aquisição de infecção. Estes artigos devem ser esterilizados para o uso. Nesta categoria estão incluídos os cateteres venosos, as agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, cateteres urinários, etc.

- Artigos semi-críticos: são artigos que entram em contato com membrana mucosa íntegra ou pele nãoíntegra, e normalmente devem ser livres de todos os microrganismos, com exceção de elevado númerode esporos bacterianos. Requerem desinfecção de alto nível entre pacientes. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamentos de terapia respiratória, etc.

- Artigos não críticos: são aqueles que entram em contato apenas com pele íntegra, ou não entram emcontato com pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção, pois a pele do paciente é barreira efetiva a microrganismos. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Requerem apenas limpeza com água e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível. Como exemplos nesta categoria estão comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelhos de pressão, termômetros, etc.

Níveis de ação de germicidas:

Segundo Rutala desinfetante é um germicida que inativa virtualmente todos os microrganismos patogênicos reconhecidos, mas não necessariamente todas as formas microbianas (por exemplo esporos bacterianos) em objetos inanimados. Os desinfetantes podem ser classificados de acordo com sua capacidade de eliminar microrganismos em:

- Desinfecção de alto nível: destrói todos os microrganismos com exceção de alto númerodeesporos.

- Desinfecção de nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, a maioria dos vírus e fungos e micobactérias.

- Desinfecção de baixo nível: elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas nãoelimina micobactérias.

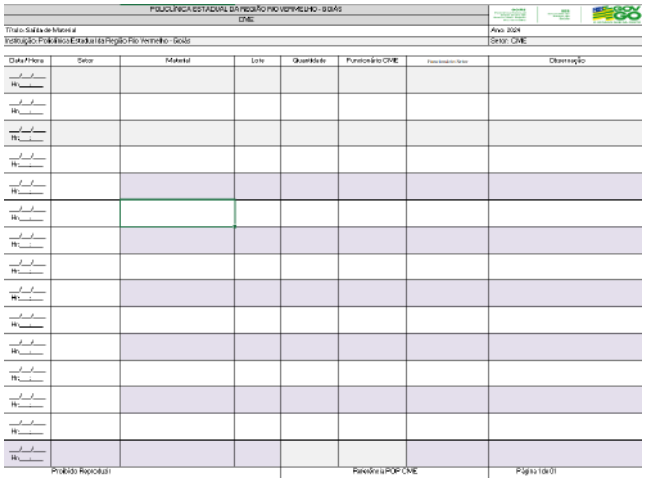
Figura 1: Fluxo de processamento de artigos

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

Anexo 1- Formulário de Saída de Matérial do CME



VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas parao processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DAUNIDADE DE SAÚDE

Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PGRSS

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Cidade de Goias - GO

2024

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Identificação do Empreendimento

Razão Social: Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Empresa Administradora: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
CNPJ: 21.583.042/0028-92

Localização do Empreendimento

Endereço: Avenida Nossa Senhora Aparecida
Município: Goias – Goáis
Telefone: (32) 9 8886-0663
E-mail: gestaoambiental@hmtj.org.br

Caracterização do Empreendimento

Área total do terreno: 25.0000 m²
Área construída: 3.775 m²
Atividades exercidas: Atenção Ambulatorial Especializada (atenção secundária)
Horário de funcionamento: 07:00 horas ás 19:00 horas.
Número de leitos Geral: Não apresenta leitos, mas 22 consultorios e 20 salas de exames e diagnosticos.
Número de funcionários: 75 funcionários, aproximadamente
Propriedade: Pública
Responsável Técnico pelos Estudos e Elaboração do
PGRSSNome: Laiane dos Reis Oliveira.
Identificação Profissional: Engenheira Sanitarista e Ambiental.
Registro profissional: CREA/MG – 282849 – CREA/GO – 1419076841/V

Responsável pela Manutenção e Controle do PGRSS

Nome: Isabella Cristina Batista Camargo
Identificação Profissional: Enfermeiro Assistencial
Registro profissional: COREN-GO - 799983

COMISSÃO DE APOIO AO GERENCIAMENTO DO PGRSS

A comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde tem como finalidade orientar quanto ao gerenciamento, descarte correto, armazenamento, recolhimento, transporte final dos resíduos, além de definir ações que visam a implantação e manutenção do PGRSS. A CGRSS é constituída por representantes de todas as áreas abrangidas por esse documento como mostra a seguir:

Presidente

Secretário

MEMBROS

- RT da Elaboração do PGRSS;
- Coordenadora Administrativa;
- Técnica Segurança do Trabalho;
- Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial;
- Coordenadora Assistencial;
- Supervisora do Serviço de Higiene e Limpeza;
- Qualidade;
- Farmácia.

SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas;

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

ART: Anotação de Responsabilidade Técnica;

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

CONAMA: Conselho Nacional de Meio Ambiente;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

FISPQ: Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos;

SCIA: Serviço de Controle Infeção Ambulatorial;

SCIRAS: Serviço de Controle Infeção Relacionada à Assistência à Saúde

NBR: Norma Brasileira Registrada;

PEP: Profilaxia Pós Exposição;

SMO: Serviço Médico Ocupacional;

NR: Norma Regulamentadora;

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

RDC: Resolução de Diretoria Colegiada;

RSS: Resíduos de Serviços de Saúde;

SESMT: Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SHL: Serviço de Higiene e Limpeza;

MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos;

FEAM: Fundação Estadual do Meio Ambiente;

COVID-19: Corona Vírus Diseas

1. INTRODUÇÃO

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), comumente associados à denominação à “LIXO HOSPITALAR”, representam uma fonte de riscos à saúde e ao meio ambiente, devido principalmente à falta de adoção de procedimentos técnicos adequados no manejo das diferentes frações sólidas e líquidas geradas como materiais biológicos contaminados, objetos perfuro cortantes, peças anatômicas, inflamáveis e radioativas. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento legal que visa estabelecer normas que proporcionam condições seguras à saúde do trabalhador, à saúde pública e à preservação do meio ambiente minimizando ageração de resíduos. Está ancorado na RDC ANVISA Nº222/18, RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/05 e LEI Nº 12.305/2010. A aplicação e a sustentação do PGRSS são imprescindíveis, uma vez que o sucesso do programa está fortemente centrado na mudança de atitudes de todos os profissionais daunidade geradora. O manejo inadequado dos RSS pode causar situações de risco ambiental, podendo gerar doenças e perda da qualidade de vida à população que, direta ou indiretamente, chegue a ter contato com o material descartado de forma incorreta. Os RSS podem abrigar organismos produtores de doenças, tornarem-se poluentes do ar e da água e apresentar sérios riscosà segurança, tanto para o público em geral como para os profissionais envolvidos em seu manejo. A divulgação e adesão ao PGRSS são fundamentais para a conscientização e difusão dasideias e atitudes que o sustentarão, assim como a capacitação dos colaboradores de cada setor quedeverão atuar como multiplicadores.

2. OBJETIVO

- Atender as legislações vigentes (RDC nº 222/2018 de março de 2018 e Resolução CONAMA 358 de 29 de Abril de 2005);
- Minimizar a geração de resíduos na fonte;
- Reduzir o volume e toxidade na geração dos resíduos;
- Adequar à segregação na origem;
- Contribuir para minimizar e controlar os riscos de acidentes de trabalho;
- Controlar e reduzir riscos ao meio ambiente;
- Controlar e reduzir riscos para a saúde pública;
- Contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção relacionada à assistência à saúde;
- Assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria contínua do PGRSS.
- Promover a educação ambiental.

3. APLICAÇÃO

O PGRSS aplica-se a todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e equipe multidisciplinar. O manejo inadequado dos RSS não só pode criar situações de risco, como também ameaçar a saúde da comunidade, colaboradores e profissionais dos estabelecimentos de saúde e de limpeza urbana, principalmente no manuseio com os perfuro- cortantes, resíduo infectante e químico, além dos riscos para o meio ambiente.

4. IMPACTO NA SAÚDE E NO AMBIENTE

Vários são os agravos relacionados aos resíduos sólidos que podem causar efeitos indesejáveis com possível repercussão na saúde.

Embora do ponto de vista sanitário a importância dos resíduos sólidos como causa direta de doenças não esteja com provada, com o fator indireto, os resíduos sólidos exercem grande importância na transmissão de doenças como, por exemplo, por meio de artrópodes (moscas, mosquitos, baratas, etc.) e roedores, que encontram, nos resíduos sólidos, alimento e condições adequadas para proliferação.

Gerados e manejados de forma inadequada no ambiente, os resíduos sólidos podem contribuir para a poluição biológica, física e química do solo, da água (subterrânea e superfícies) e do ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental, além do contato direto ou indireto com vetores biológicos e mecânicos. Os resíduos de Serviços de Saúde, apesar de representarem uma pequena parcela dos resíduossólidos, são compostos por diferentes frações geradas nos estabelecimentos de saúde, compreendendo desde os materiais perfuro cortantes contaminados com agentes biológicos, peças anatômicas, produtos químicos tóxicos e materiais perigosos (solventes, quimioterápicos ,produtos químicos fotográficos, formaldeído, radionuclídeos, mercúrio, etc.), até vidros vazios, caixas depapelão, papel de escritório, plásticos descartáveis e resíduos alimentares que, se não foremgerenciados de forma adequada, representam fontes potenciais de impacto negativo no ambiente ede disseminação de doenças, podendo oferecer perigo para os trabalhadores dos estabelecimentosde saúde, bem como para os pacientes e para a comunidade em geral.

Por em prática essa nova forma de gerenciamento dos RSS é um grande desafio e exige mudança tanto na compreensão e hábitos dos envolvidos, quanto na concepção e

funcionamento do estabelecimento de saúde.

5. IMPACTO INTRAESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nos estabelecimentos de saúde, o gerenciamento inadequado dos RSS pode propiciar aumento do número de funcionários acometidos por acidentes de trabalho, principalmente devido ao incorreto acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes, além de contribuir para o aumento da incidência de infecção em ambiente de saúde.

PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS IDENTIFICADAS NAS PRÁTICAS DE MANEJO DOS RSS SÃO: A falta de segregação dos resíduos biológicos, ou sua execução inadequada, aumenta a quantidade de resíduos contaminados. Os resíduos comuns, ao entrarem em contato com os contaminados, são contagiados, aumentando o risco para o pessoal que os manuseia e para a população em geral;

A falta de segregação adequada dos resíduos perfuro cortantes é causa direta do maior número de acidentes;

A prática de lançar os RSS em vazadouros junto com os resíduos urbanos cria um grave risco para a saúde dos catadores de lixo, para a saúde pública em geral e para o meio ambiente.

PRINCIPAIS PROBLEMAS GERADOS PELO MANEJO INADEQUADO DOS RSS:

Lesões infecciosas provocadas por objetos perfuro cortantes no pessoal de limpeza e nos que manejam resíduos sólido;

Risco de infecção fora dos ambiente de saúde para o pessoal que maneja resíduos sólidos, os recuperadores de materiais do lixo e a população em geral;

Infecções devido ao manejo inadequado de resíduos, entre outras causas.

6. RISCO OCUPACIONAL

O principal objetivo do manejo adequado dos RSS é diminuir os riscos. Entende-se por risco a probabilidade que tem um indivíduo de gerar ou desenvolver efeitos adversos a saúde, sobcondições específicas, em situações de perigo próprias do meio. Esta explicação de risco permite definir ameaça e vulnerabilidade como fatores que o compõe:

A ameaça é qualquer situação que pode representar um perigo, como a presença de RSS contaminados por produtos químicos, radioativos ou agentes patogênicos;

A vulnerabilidade é representada pelas condições específicas de exposição a uma situação de perigo na qual se encontra o indivíduo (segregação inadequada dos RSS, falta de capacitação, de normas, etc.). Quanto ao manejo externo, existe um risco inerente à atividade de coleta de resíduos sólidos por parte dos trabalhadores do serviço de limpeza pública, como quedas, ferimentos e cortes, devido à logística de funcionamento da coleta. Tais lesões, quando em contato com os RSS, têm o potencial de contaminação aumentado. Entre as principais enfermidades ocasionadas pelo manejo incorreto dos RSS contaminados podemos mencionar: hepatite B e C, AIDS, tuberculose e febre tifoide.

7. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) é de suma importância por todo e qualquer colaborador envolvido em alguma das etapas do processo de gerenciamento dos RSS. Os colaboradores do serviço de higiene e limpeza estão envolvidos diretamente nas atividades de manejo dos resíduos, sendo assim são capacitados quanto a adequada utilização dos EPI's: luva de borracha de cano médio, capote, manga e/ou avental impermeável, máscara, botas antiderrapantes cano longo e óculos de proteção. Os EPI's são higienizados a cada processo e guardados em locais apropriados.

8. HIGIENE, SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL

O serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SESMT) é o responsável zelar pela segurança e pela saúde dos colaboradores, buscando reduzir ou eliminar os riscos existentes no ambiente laboral. Para que esta ação seja efetiva são elaborados alguns documentos para mapear riscos e indicar ações de prevenção e promoção à saúde dos Trabalhadores, segue abaixo os principais:

Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) que tem como objetivo levantar os riscos ocupacionais existentes de acordo com o cargo e função dos colaboradores.

O PGR indica medidas a serem executadas de forma a garantir a preservação da integridade do colaborador.

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que possui como base os riscos identificados no PGR, tem como objetivo implementar as medidas de promoção e prevenção da saúde e de integridade física dos trabalhadores tendo como base os exames ocupacionais.

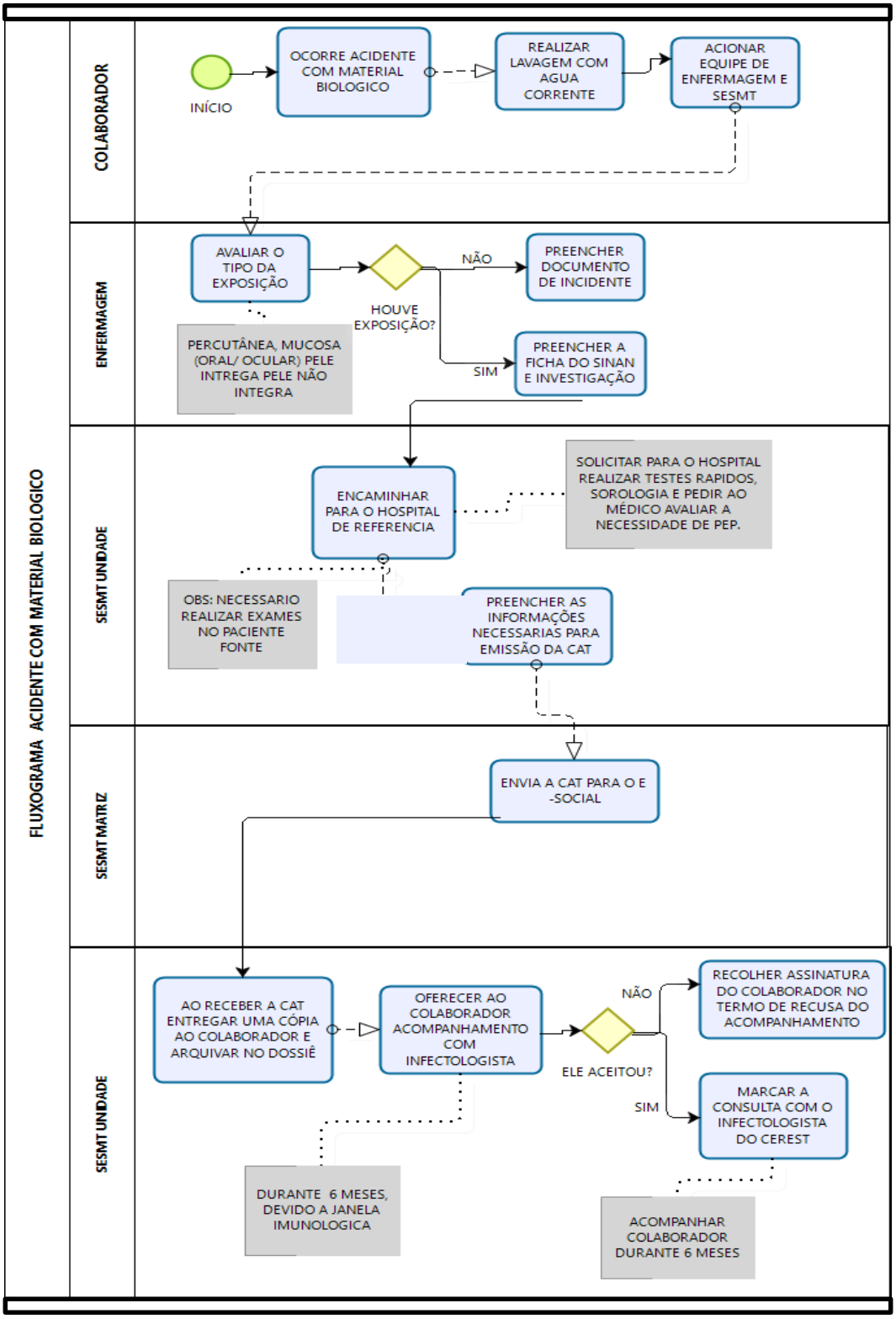
Temos também como base a norma regulamentadora 32 que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviço de saúde, as quais são observadas e cumpridas pela Policlínica.

O Serviço de Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial (SCIA) atua em parceria com os programas de segurança e saúde do trabalhador, reforçando e conscientizando as boas práticas para higienização das mãos a fim de prevenir as infecções cruzadas e preservando também a saúde ocupacional dos colaboradores e equipe muticiplinar.

9. IMUNIZAÇÃO

A imunização ocupacional tem como objetivo realizar a prevenção das doenças que interferem diretamente na capacidade produtiva do trabalhador, prevenir doenças frequentemente encontradas na comunidade e que podem afetar o trabalhador em seu ambiente de trabalho, reduzir as doenças infecciosas e suas graves consequências, promovendo assim a saúde do trabalhador. Atendendo às exigências da norma regulamentadora 32 e ao PCMSO, foram implementadas ações de controle da vacinação dos colaboradores, para que seja feito o exame ocupacional admissional o candidato deverá apresentar o cartão de vacina atualizado contendo as vacinas Hepatite B, dT (Difteria Tétano), Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e Covid 19. Posteriormente é feito o controle e acompanhamento da situação vacinal dos colaboradores fica sob responsabilidade do técnico em segurança do trabalho e SCIA da unidade.

10. FLUXO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM RISCO BIOLÓGICO



11. ASPECTOS LEGAIS

O Conselho Nacional de Meio Ambiente, órgão consultivo e deliberativo do Sistema Nacional de Meio Ambiente, criado por meio da Lei Federal nº 6.938, de 31/08/81, aprovou a Resolução nº 5, em 05/08/93, que dispõe sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários.

Este PGRSS seguirá as instruções da normatização técnica composta pela RDC 222/2018 da ANVISA, RESOLUÇÃO CONAMA 358/2005 e DN 15 do CONDEMA. É importante salientar que os Resíduos de Serviços de Saúde não se restringem apenas aos resíduos gerados nos hospitais e ambulatórios, mas também a todos aqueles gerados em estabelecimentos como laboratórios patológicos e de análises clínicas, clínicas veterinárias, centros de pesquisas, banco de sangue, consultórios médicos, odontológicos e similares.

12. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas:

Quanto aos riscos potenciais ao meio ambiente: perigosos (classe I) não perigosos (classe II). Quanto à origem e natureza: domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.

Os resíduos podem ser classificados ainda por sua natureza física (seco ou molhado) e por sua composição química (matéria orgânica e inorgânica). Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá-los em dois grandes grupos: O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.

O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange: resíduos industriais; resíduos

da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

De acordo com a RDC/Anvisa nº 222/2018, os resíduos de serviço de saúde podem ser subdivididos em cinco diferentes grupos.

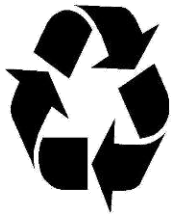
Figura 1:

Infectantes					Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduo Comum	Perfuro cortante
A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	D	E

13. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE RCD N°222/2018

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	Resíduo do grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. **A1:** Culturas e estoques de microorganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agente da classe de risco 4, microorganismos com relevânciaepidemiológica e risco de disseminação ou causadores de doença emergenteque se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Bolsas transfusionais contendo sangue ouhemoderivados rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou comprazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta. Sobrasde amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientese materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangueou líquidos corpóreos na forma livre. **A2:** Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevânciaepidemiológica e com risco de disseminação que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

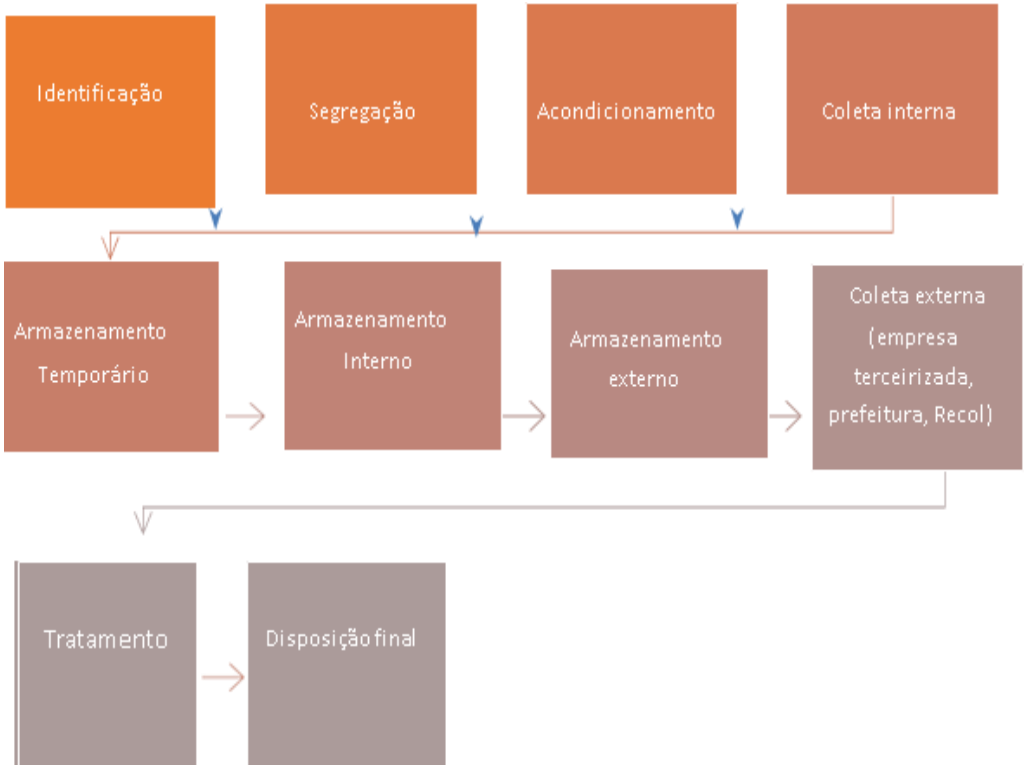
SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	A3: Peças anatômicas (membros) do ser humano; produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares. **A4:** Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. Filtros de ar e gases aspirados de áreas contaminadas; membrana filtrante de equipamentos médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismos causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons. Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo- patológicos ou de confirmação diagnóstica. Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de procedimentos de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão. **A5:** Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	Resíduo do grupo B: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de sua característica de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxidade. Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálico; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácia, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atribuições. Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes. Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores). Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas. Demais produtos considerados perigosos, conforme NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).
	Resíduo do grupo C: Rejeitos radioativos. Quais quer materiais resultantes de atividades que contenham radio nucleotídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.
	**Resíduo do grupo D:** Não recicláveis: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (copos descartáveis, papel toalha, papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário; resto alimentar de pacientes, sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resto alimentar de refeitório; material utilizado e mantissepsia e, equipamentos de soro e outros similares não classificados como infectante; resíduos provenientes das áreas administrativas; resíduos de varrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde).

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	Recicláveis: Papel (exceto documentos confidenciais), papelão, plásticos em geral, sucatas, eletrônicos inativos e outros similares.
	Resíduo do grupo E: Materiais perfuro cortantes ou escarificastes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta de sangue e placas de Petri) e outros similares.

14. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL DAS ETAPAS DO PGRSS

Segundo a Resolução ANVISA RDC nº 222/18, o manejo dos RSS é entendido como a ação de Gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e etra estabelecimento, desde as geração até a Disposição final. O manejo dos resíduos contempla as seguintes etapas:



15. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS NA UNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DOS RESIDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	**CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO**									
	A1	**A2**	**A3**	**A4**	**A5**	**B**	**C**	**D**	**E**	**CLASSE I**
Especialidades Médicas (Ambulatório/ consultório)										
Ambulatório Indiferenciado 1								x		
Ambulatório Indiferenciado 2								x		
Ambulatório Indiferenciado 3								x		
Ambulatório Indiferenciado 4								x		
Ambulatório Indiferenciado 5								x		
Ambulatório Indiferenciado 6								x		
Ambulatório Indiferenciado 7								x		
Ambulatório Indiferenciado 8								x		
Ambulatório Indiferenciado 9								x		
Ambulatório Indiferenciado 10								x		
Ambulatório Diferenciado 1				x				x		
Ambulatório Diferenciado 2				x				x		
Ambulatório Diferenciado 3	x			x				x		
Ambulatório Diferenciado 4	x			x				x		
Ambulatório de Procedimentos				x				x	x	

LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
Especialidades Multiprofissional										
Avaliação Global								x		
Ambulatório de Fisioterapia								x		
Ambulatório de Fonoaudiologia								x		
Ambulatório de Nutrição								x		
Ambulatório de Psicologia								x		
Ambulatório de Serviço Social								x		
Ambulatório de Terapia Ocupacional								x		
Ambulatório de Enfermagem								x		
Sala de Curativo				x				x		
Sala de Estabilização				x				x		
Sala de Injetaveis				x				x		
Sala de Gesso								x		
PICS- praticas integrativas e complementares em saúde								x	x	

LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
Especialidades Diagnósticas										
Audiometria								x		
Cistoscopia/ Colposcopia				x				x		
Endoscopia/ Colonoscopia				x				x	x	
Densitometria								x		
Eletrocardiograma								x	x	
Eletroencefalografia								x		
Eletroneuromiografia								x		
Holter/ Mapa								x		
Laboratório de Análise Clínicas	x			x				x		
Mamografia								x		
Radiologia				x				x		
Teste Ergométrico								x	x	
Tomografia				x				x		
Sala de comando tomografia								x		
Ultrassonografia / Doppler Vascular / Ecocardiograma				x				x		

LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
Centros de Custos Auxiliares e Administrativos										
CME - Central de Material Esterilizado				x		x		x	x	
Ouvidoria								x		
SCIA / NQSP								x		
Acolhimento - Triagem						x		x	x	
Manutenção Predial								x		
Engenharia Clínica								x		
Almoxarifado								x	x	x
Farmácia Central						x		x		x
Call Center								x		
Recepção Central								x		
Recepção de Cadastro								x		
Recepção de Imagem								x		
Recepção do Ambulatório Médico								x		
Recepção do Laboratório e Multidisciplinar								x		
N.I.A - Núcleo Interno de Agendamento								x		
T.I - Tecnologia da Informação								x		
Gerência de Enfermagem								x		
Gerencia Operacional								x		

LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
Centros de Custos Auxiliares e Administrativos										
Diretoria Geral								x		
Diretoria Tecnica								x		
Sala de laudos								x		
Recursos humanos e departamento pessoal.								x		
Aréas comum								x		
Segunda Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n°04/2020, todo resíduo gerado na assistência de pacientes confirmado ou com suspeita de covi-19 devem ser enquadrados na categoria A1 e acondicionado em sacos vermelhos. Segunda Nota Técnica nº 96/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS, todo resíduo gerado na assistência de pacientes confirmado ou com suspeita de MONKEYPOX devem ser enquadrados na categoria A1 e acondicionado em sacos vermelhos.										

16. SEGREGAÇÃO

Em cada um dos serviços do estabelecimento da saúde, os responsáveis pela prestação de serviços (médicos, enfermeiros, técnicos, laboratoristas, auxiliares, etc) descartam materiais como algodões, seringas usadas, papéis e amostras de sangues. Também os pacientes ou visitantes descartam resíduos de vários tipos. Estes materiais devem ser separados de acordo com a classificação estabelecida na RCD n° 222/2018, em recipientes adequados para cada tipo de resíduo.

A segregação feita na fonte geradora é de grande importância para possibilitar a coleta e o tratamento diferenciado dos RSS, bem como todos os procedimentos decorrentes até a redução, reutilização e/ou reciclagem de resíduos.

A segregação corresponde à operação de separação dos resíduos e deve ser feita no momento e local de sua geração, conforme as características físicas, químicas, biológicas, seu estado físico e riscos envolvidos, acondicionando-os imediatamente, de acordo com a sua espécie e grupo.

Importância da separação dos resíduos de serviços de saúde:

- Impedir a contaminação dos resíduos comuns pelos resíduos infectantes;

- Redução do volume de resíduos contaminados pelo contato por outros;

- Diminuir os recursos necessários a adequada coleta, tratamento e destinação final tanto dos resíduos infectantes como dos resíduos comuns;

- Facilitar o socorro em caso de acidentes;

- Permitir a melhor identificação dos resíduos perigosos,proporcionando melhores condições de segurança no trabalho.

Após a segregação dos resíduos, eles serão devidamente acondicionados, levando em consideração seu Grupo e Classificação conforme as normas da legislação em vigor. Todos os colaboradores da Policlínica, responsáveis pelo gerenciamento de resíduos, possuem a capacitação necessária para realizar a segregação de forma apropriada, seguindo as diretrizes estabelecidas no PGRSS.

17. ACONDICIONAMENTO

Os resíduos, ao serem gerados, são inicialmente acondicionados em lixeiras de material lavável e resistente ao tombamento, posicionadas próximo ao local de geração. Cada

unidade geradora de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) está equipada com recipientes em quantidade adequada para cada tipo de resíduo produzido.

Para garantir a segurança, os recipientes são fechados de maneira a evitar vazamentos quando atingem 2/3 de sua capacidade. Além disso, a identificação segue as diretrizes da RDC ANVISA - N° 222/2018 , assegurando a conformidade com padrões regulatórios.

Os recipiente para segregação dos resíduos na unidade são definidos por identificação na tampa contendo sacolas coloridas.

GRUPO A – BIOLOGICO

Subgrupo A1

Acondicionamento: São acondicionados em sacos plásticos cor vermelha. Estes sacos são resistentes, impermeáveis e devidamente identificados com desenho e contorno preto, contendo o símbolo de substância infectante. Os sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. Sendo proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

Tipo: Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta. Covid –19.

Subgrupo A3

Acondicionamento: Devem ser acondicionados em sacos vermelhos e identificados com a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS". Os sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. Sendo proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

Tipo: Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

Subgrupo A4

Acondicionamento: São acondicionados em sacos plásticos leitosos de cor Branca. Estes sacos são resistentes, impermeáveis e devidamente identificados com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, contendo o símbolo de substância infectante. devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia

da substância infectante. Sendo proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

Tipo: Algodão, gases, filtros de ar e tecidos contendo secreções.

GRUPO B

Acondicionamento: São acondicionados em sacos plásticos de cor laranja. Estes sacos são resistentes, impermeáveis e devidamente identificados com rótulo de fundo laranja, desenho e contorno preto, contendo o símbolo universal de substância tóxica. Os resíduos químicos no estado líquido são acondicionados nas embalagens originais, dentro de recipiente inquebrável e envolvidos em sacos plásticos na cor laranja, etiquetado com o símbolo universal de substância tóxica e a inscrição “Risco originais, dentro de recipiente inquebrável e envolvidos em sacos plásticos na cor laranja, etiquetado com o símbolo universal de substância tóxica e a inscrição “Risco Químico”Os frascos de vidro são armazenados em descarpak laranja.

Tipo: Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade. - Produtos farmacêuticos - Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes. - Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores). - Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas. - Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos e inflamáveis.

Resíduos líquidos - devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com suas especificações.

As **lâmpadas fluorescentes** usadas devem ser acondicionadas em sua embalagem original, ou idêntica a esta, e ser depositada em contêiner próprio, separadamente do restante dos resíduos, para que sejam enviadas para o processo de descontaminação.

Resíduos eletroeletrônicos e seus componentes: Seus componentes internos podem possuir materiais de caráter tóxico. Caso esteja visível, remova baterias e pilhas dos equipamentos, e o descarte conforme orientação específica, em acrílico. Não devem ser armazenados a céu aberto ou em contato com água e ou outros líquidos. Devem ser encaminhados ao setor do almoxerifado, para que o mesmo faça o armazenamento interno temporário correto até a etapa de coleta para tratamento externo, a empresa licenciada faça o transpote e descarte.

Pilhas e baterias: Possuem em seu interior chumbo metálico, peróxido de chumbo e ácido sulfúrico. Tendo em vista o significativo impacto à saúde humana. No seu manuseio as baterias devem estar inclinadas para que não ocorra vazamentos, fora da exposição ao calor, e devidos cuidados para que a movimentação não ocorra pelos polos. As baterias que apresentarem vazamento, devem ser acondicionadas em recipientes fechados, à prova d'água e resistente a ácidos. Podem ser usadas embalagens de polietileno,

polipropileno, ebonite, resina em fibra de vidro, sendo expressamente proibido recipientes metálicos, pois estes reagem com ácido. Ao realizar o transporte de baterias, isolar os terminais utilizando fita isolante. Todas as pilhas inservíveis devem ser depositadas em coletores internos de cor laranja e devidamente identificadas. O transporte e tratamento deve ser efetuado por empresa devidamente licenciada para tal atividade.

GRUPO E

Acondicionamento: Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Art. 87 Os recipientes de acondicionamento dos RSS do Grupo E devem ser substituídos de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 (três quartos) da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

“**As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartadas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente” (anvisa, 2004).”**

Tipo: Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiras de micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

GRUPO D

Acondicionamento: Devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos órgãos locais responsáveis pelo serviço de limpeza urbana. A identificação dos RSS deve estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento e nos sacos que acondicionam os resíduos. Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não precisam ser identificados.

Tipo: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1.

- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos. - Resto alimentar de refeitório. - Resíduos provenientes das áreas administrativas.

- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins. - Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

- Forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado.

- Resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada.

- Pelos de animais**.**

Saco de cor Preta para resíduos comuns:

Explantes: Após a retirada do implante do paciente por procedimento cirúrgico, os materiais deverão ser encaminhados para a Central de Material e Esterilização (CME) para procedimento de limpeza, seguido de esterilização. Concluído essa etapa, são considerados sem risco biológico, químico e ou radiativo, podendo ser encaminhados para tratamento de acordo com a RDC 15/2012. Devem permanecer sob guarda responsável em local seguro, até a etapa de coleta para tratamento externo. Caso as peças venham ser requeridas pelo paciente, a entrega deverá ser feita através de solicitação formal e entregue mediante assinatura em Termo de Recebimento, de acordo com o art.110 da RDC 15/2012: “o material explantado poderá ser entregue ao paciente mediante solicitação formal”. Ao entregar o material requerido para o paciente, a embalagem de esterilização deverá ser rompida, conforme §2° da RDC 15/2012: “A entrega dos explantes deverá ser precedida de assinatura de termo de recebimento e responsabilidade e a embalagem de esterilização deverá ser rompida e retirada antes da entrega. Em hipótese alguma o material deverá ser encaminhado a cooperativas de catadores denominadas “ferro velho”, conforme RDC 15/2012. Os artigos constituídos por mais de uma peça, deverão ser desmontados de forma que inviabilize remontagem, conforme RDC 15/2012: “Os explantes constituídos de componentes desmontáveis, após a esterilização, não devem ser acondicionados na mesma embalagem, de forma a impedir remontagem do produto”. O material poderá ser enviado para reciclagem, desde que a empresa esteja devidamente licenciada para tal atividade e o estabelecimento de saúde mantenha registros dos itens que foram enviados para reciclagem.

18. COLETA INTERNA

Na coleta interna, os RSS são retirados da unidade geradora e são levados para o local de armazenamento temporário pelos auxiliares do Serviço de Higienização e Limpeza (SHL)

de acordo com horários pré-determinados, para que não ocorra cruzamentos com os materiais esterilizados. O transporte dos resíduos são realizados em carrinho provido de tampa identificados conforme o tipo e risco de resíduo transportado, para agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado ao abrigo final.

Os procedimentos são realizados de forma a não permitir o rompimento dos recipientes. Durante a coleta, em caso de derramamentos ou vazamentos, deve-se realizar a limpeza e desinfecção imediatamente.

Os sacos de acondicionamento são fechados de forma a não haver vazamentos; sendo que os recipientes são fechados quando 2/3 de sua capacidade estiverem preenchidos.

O excesso de ar tem de ser retirado com precaução para não aspirar o ar que sai, e o saco plástico tem de ser bem fechado, torcendo e amarrando sua abertura com nó.

19. TRATAMENTOS PRÉVIOS

Não haverá tratamento prévio, visto que todos os resíduos infectantes, químicos e perfuro-cortante são tratados fora do estabelecimento pela empresa terceirizada, onde serão incinerados e autoclavados.

20. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Os resíduos são coletados diariamentes pela equipe da higiene e limpeza em carrinhos proprio para este fim, e são depositando em local proprio, localizado na aréa interna da Policlínica. O abrigo interno esta identificado como armazenamento temporario, os resíduos acondicionados em sacos ou caixas devem estar identificados conforme o grupo.

A Sala de Resíduos é limpa e higienizada após cada coleta realizada pela equipe de

higienização e limpeza, podendo ser utilizados por duas ou mais unidades geradoras com a função de armazenar os RSS pelo menor tempo possível.

21. ARMAZENAMENTO EXTERNO

Consiste no armazenamento no próprio estabelecimento de saúde, em local identificado e específico para esse fim. O abrigo externo tem como objetivo principal garantir a guarda dos RSS em condições seguras até a realização da coleta final. O acesso aos abrigos é restrito aos colaboradores responsáveis pelo serviço de higienização e limpeza do estabelecimento. Os abrigos construídos são dotados de cobertura e portas metálicas com proteção, de ventilação adequada, de identificação com placas de advertência com o tipo de resíduo armazenado.

Possuem iluminação artificial interna e externa e área externa para lavagem e higienização dos carros coletores e dos contêineres de pedal.

Acondicionamento no abrigo:

O abrigo de **resíduo comum** e os contêineres nele situados são sempre limpos após cada coleta e sempre que necessário.

O abrigo de **resíduo infectante**, **quimico e perfurocortantes** são higienizados após cada coleta ou sempre que necessário. Os funcionários devem usar, obrigatoriamente, os EPI´s indicados pela Segurança do Trabalho conforme especificação do PGR.

22. TRANSPORTE FINAL

Consiste na remoção dos RSS do abrigo externo até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de

acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. A coleta e o transporte são realizados por serviços terceirizados contratados.

Durante a coleta externa o colaborador do serviço de higienização e limpeza acompanha o início e o término da pesagem dos resíduos, verificando juntamente a empresa contratada o peso dos resíduos coletados.

Após a coleta externa dos resíduos, o serviço de higienização é responsável por realizar limpeza e desinfecção dos abrigos.

A coleta e o transporte final são realizados por terceiros como mostra o quadro abaixo.

GRUPO	TIPO DE RESÍDUO	PERIODICIDADE	VEÍCULO	EMPRESA COLETORA
Grupo A1,A3 e A4	Biológico	A cada 15 dias	Baú	RECOL Ambiental Coleta e Tratamento de Resíduos -LTDA
Grupo B	Químico	A cada 15 dias	Baú	RECOL Ambiental Coleta e Tratamento de Resíduos -LTDA
Grupo D	Comun não recicláveis	Segunda a sabado	Compactador	Coleta Municipal
Grupo D	Comun recicláveis	Por demanda	Camionete/Baú	Coleta Municipal
Classe II B	Resíduos de construção civil	Por demanda	Caminhão	Contratação de serviço conforme demanda.
Grupo E	Perfuto-cortante	A cada 15 dias	Baú	RECOL Ambiental Coleta e Tratamento de Resíduos -LTDA
Classe I	Lâmpadas	A cada 15 dias	Baú	RECOL Ambiental Coleta e Tratamento de Resíduos -LTDA
Classe I	Pilhas e baterias	A cada 15 dias	Baú	RECOL Ambiental Coleta e Tratamento de Resíduos -LTDA

23. TRATAMENTO FINAL

O tratamento consiste na aplicação de processos térmicos, químicos ou biológicos, de eficiência comprovada, visando descontaminar, desinfetar ou esterilizar os resíduos infectantes e químicos, com alterações das suas características biológicas, químicas ou físicas e com a finalidade de minimização dos riscos à saúde pública e ao meio ambiente.

Os resíduos dos grupos A, B e E são submetidos ao tratamento térmico, isto é, ao processo de incineração pôr empresa contratada especializada.

Os resíduos do grupo D não são submetidos a tratamento, pois conforme a legislação vigente é dispensável tal processo. Seguem para disposição final em aterro sanitário, sendo realizado pelo município, ou quando permitido para reciclagem.

24. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES

Tendo em vista que determinados locais, como estabelecimentos de assistência à saúde são mais propensas a surgimento de pragas e vetores, o combate é realizado mensalmente através de desinsetização e desratização, por uma empresa especializada terceirizada:

Empresa: Impacto Imunizadora de Ambientes Ltda

CNPJ: 21.583.042/0028-92

São Utilizados produtos que atuam nas seguintes pragas: baratas, formigas, roedores, mosquitos, pernilongos, e outros semelhantes.

25. CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

A implementação de um PGRSS vai além da elaboração do plano em si, envolvendo a promoção de treinamentos contínuos para todos os envolvidos no manejo dos resíduos.

A redução e segregação adequada dos Resíduos de Serviços de Saúde são fundamentais para o sucesso na gestão desses materiais. Nessa etapa, um grande número de pessoas interage com os resíduos, muitas delas ocupadas em atender pacientes em condições urgentes. Para médicos, enfermeiras e auxiliares, a questão dos resíduos pode parecer de pouca importância, a menos que tenham sido devidamente capacitados.

Entretanto, é essencial compreender que a segurança e o bem-estar daqueles que lidam com os RSS dependem, em grande parte, da capacitação e motivação dos profissionais envolvidos, incluindo médicos, enfermeiros, e todos os que participam na geração desses resíduos. Os colaboradores da limpeza, por exemplo, desempenham um papel crucial em todo o estabelecimento de saúde e devem ser reconhecidos como parte importante da equipe. Por isso, é imprescindível que eles também recebam um treinamento cuidadoso para entender a relevância da limpeza no tratamento do paciente.

Para promover uma consciência coletiva, o PGRSS deve incluir a capacitação do pessoal, tanto direta quanto indiretamente envolvido com os RSS. É importante que todos compreendam os métodos utilizados e os possíveis riscos associados ao ambiente de trabalho e ao meio ambiente.

A capacitação e treinamento referentes ao PGRSS são realizados de forma inicial e contínua para todos os colaboradores. O treinamento inicial é considerado "introdutório", o que significa que todo novo colaborador admitido na instituição deve participar dessa capacitação no primeiro dia de trabalho.

Essa abordagem garante que todos estejam devidamente informados e preparados para lidar com os resíduos de forma segura, seguindo as práticas estabelecidas pelo PGRSS. Através do engajamento e conscientização de toda a equipe, é possível promover um gerenciamento eficiente dos Resíduos de Serviços de Saúde, contribuindo para a proteção

do meio ambiente, da saúde dos profissionais e da comunidade atendida.

"A capacitação reduz os acidentes de trabalho, diminui os custos operacionais e aumenta a eficiência do serviço."

26. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento contínuo e a avaliação periódica são essenciais para a eficácia do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). Nesse contexto, a colaboração entre o Setor de Segurança do Trabalho e o Serviço de Controle de Infecção Ambultaorial (SCIA) desempenha um papel fundamental.

Setor de Segurança do Trabalho: O Setor de Segurança do Trabalho desempenha um papel central na integração da segurança ocupacional ao PGRSS. Suas funções incluem:

Avaliação de Riscos: Identificação detalhada de riscos biológicos, químicos e físicos ligados à manipulação, transporte e descarte de resíduos de saúde.

Treinamento Especializado: Desenvolvimento de programas de capacitação para funcionários, abordando práticas seguras, uso correto de EPIs e prevenção de acidentes.

Inspeções Regulares: Realização de inspeções periódicas em áreas de manuseio e armazenamento de resíduos para garantir adesão a protocolos de segurança.

Gerenciamento de Incidentes: Registro e análise de incidentes ou acidentes relacionados aos resíduos, com recomendações para ações corretivas.

O SCIA complementa o trabalho do Setor de Segurança do Trabalho, concentrando-se em aspectos cruciais para a segurança dos trabalhadores e pacientes:

Supervisão das Práticas: Monitoramento direto das atividades de gerenciamento de resíduos para garantir a adesão às diretrizes de controle de infecções

Higienização Adequada: Verificação regular da limpeza das áreas de resíduos,

assegurando a ausência de contaminação e riscos à saúde.

Treinamento Especializado: Fornecimento de treinamento específico para funcionários que lidam com resíduos, enfatizando riscos de infecção e práticas seguras.

Análise de Tendências: Monitoramento de padrões de infecções e incidentes relacionados a resíduos, com vistas à melhoria contínua.

O monitoramento dos resíduos também recebem um controle rigoroso, seguindo um abordagem precisa.

Esse processo é conduzido atraves da pesagem dos resíduos sendo executada por uma empresa terceirizada e supervisionada pelo Setor de Higiene e Limpeza. Os quantitativos são registrados na plataforma institucional, como uma ferramenta de gestão e documento declaratório para a implantação e operacionalização do Plano de Gerenciamento de Resíduos. Com o monitoramento adequado garantimos uma gestão eficiente dos resíduos, assegurando que todas as etapas do PGRSS sejam cumpridas corretamente. Esse acompanhamento contínuo contribui para a prevenção de riscos à saúde e ao meio ambiente, bem como para a melhoria constante das práticas de manejo dos resíduos de serviços de saúde.

27. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 222, de 28 de Março de 2018. Dispõe sobre os procedimentos de petição e arrecadação eletrônica no âmbito da ANVISA e de suas Coordenações Estaduais e Municipais de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução CONAMA N° 358, de 29/04/05. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde

e dá outras providências.

Ministério do Meio Ambiente. Portaria Nº 280, de 29 de Junho de 2020. Regulamenta os arts. 56 e 76 do Decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010, e o art. 8º do Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020. Institui o Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR nacional como ferramenta de gestão e documento declaratório de implantação e operacionalização do plano de gerenciamento de resíduos. Dispõe sobre o Inventário Nacional de Resíduos Sólidos e complementa a Portaria nº 412, de 25 de junho de 2019. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de saúde.

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ELABORAÇÃO DO PGRSS

_____

Nome: Laiane Reis

Cargo/função: Engenheira Ambiental

Registro profissional: CREA - MG 282849 - CREA/GO 14719076841/V

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO MONITORAMENTO DO PGRSS

_____

Nome: Isabella Cristina Batista Camargo

Identificação Profissional: Enfermeiro Assistencial

Registro profissional: COREN-GO - 799983

Termo de Abertura

Este livro se destina a registro do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Cidade de Goiás, 20 de julho de 2024.

REGIMENTO INTERNO

OBJETIVOS:

Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade.

CAPITULO I

DA ORGANIZAÇÃO

Art.1° - A comissão será gerenciada por um Presidente e um Secretário indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão.

CAPITULO II

COMPETE AO PRESIDENTE

a) Coordenar as atividades e reuniões;
b) Convocar reuniões extraordinárias;
c) Representar oficialmente a comissão;
d) Prestar contas de atividades realizadas e ou pendentes.

CAPITULO III

COMPETE AO SECRETÁRIO

a) Organizar atas e listas diversas;
b) Responsabilizar-se pela guarda de livro, pastas e etc;
c) Comunicar reuniões;
d) Organizar apoio logístico;
e) Realizar anotações diversas das reuniões;
f) Anotar queixas ou reclamações.

CAPITULO IV

COMPETE A COMISSÃO

Art.2°- Visar uma correta gestão dos resíduos na instituição, proporcionar a saúde pública e ao meio ambiente e principalmente á unidade geradora, na medida que há redução dos riscos de acidente do trabalho, poluição, contaminação, além da contribuição para a saúde ocupacional dos colaboradores é um instrumento de gestão essencial para quem busca qualquer certificação.

CAPITULO V

DA COMPOSIÇÃO

I – A comissão terá a seguinte composição:

A. 01 Representante da Administração
B. 01 Representante do Setor Farmácia;
C. 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;
D. 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
E. 01 Representante de Setor de Segurança do Trabalho;
F. 01 Representante da coordenação Medica;
G. 01 Representante da coordenação Assistencial;
H. 01 Representante do setor de Qualidade;
I. Sendo um dos membros o Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

CAPITULO VI

DO PLANEJAMENTO

Art.3°- Todos os componentes da comissão irão se reunir sistematicamente de forma mensal, de acordo com a data, horário e local em anexo;

Art.4- Todos os componentes são diretamente responsáveis pela implantação, adaptação e aplicação do PGRSS, além de quaisquer correções cabíveis;

Art.5°- Todos os componentes serão treinados sobre quaisquer disposições dispostas no PGRSS.

CAPITULO VII

DA PARTICIPAÇÃO

Art.6°- É obrigação dos membros respeitarem a data e hora das reuniões, que se reunirá mensalmente, conforme calendário pré-estabelecido pela comissão;

Art.7°- É obrigação dos membros justificarem sua ausência com antecedência;

Art.8°- Após duas ausências consecutivas sem justificativa, tal membro estará automaticamente excluído da comissão.

Cidade de Goiás, 20 de julho de 2024.

ATO DE NOMEAÇÃO DA COMISSÃO PGRSS

O Coordenador Administrativo da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, localizado na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Davidópolis, 76600-000, Cidade de Goiás - GO no uso de suas atribuições e de acordo com o disposto na (**Resolução - RDC Nº 222, de 28 de março de 2018**, que **regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde** e dá outras providências. A mesma obriga a elaboração, instalação e execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde nos estabelecimentos de saúde, sendo assim, resolve nomear os seguintes membros para compor comissão:

ÁREA DE ATUAÇÃO	ASSINATURA
RT da Elaboração do PGRSS;	
Coordenadora Administrativa;	
Técnica Segurança do Trabalho;	
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;	
Coordenadora Assistencial;	
Supervisora do Serviço de Higiene e Limpeza;	
Coordenador Médico;	
Supervisor da Qualidade;	
Farmácia.	

_____

Eriany Leandra Borges de Queiroz Solorzano

Coordenador Administrativo

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Cidade de Goiás,20 de julho de 2024

Anotação de Responsabilidade Técnica - ART
Lei n° 6.496, de 7 de dezembro de 1977

CREA-GO

ART Obra ou serviço
1020240091638

Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Goiás

1. Responsável Técnico(a)

LAIANE DOS REIS OLIVEIRA RNP: **1419076841**

Título profissional: **Engenheira Sanitarista e Ambiental,** Registro: **MG0000248723LP**

2. Dados do Contrato

Contratante: **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus** CPF/CNPJ: **21.583.042/0028-92**

Avenida Av.Nossa Senha Aparecida, Nº S/N Bairro: Fazenda Palmeiras CEP: 76600-000

Quadra: 2A Lote: 16 Complemento: Policlinica Cidade: Goias-GO

E-Mail: laiane.reis@yahoo.com Fone: (32)988860663

Contrato: S/N Celebrado em: 04/04/2024 Valor Obra/Serviço R$: 1.800,00

Tipo de contratante: Pessoa Jurídica de Direito Privado

Ação institucional: Nenhuma/Não Aplicável

3. Dados da Obra/Serviço

Avenida Av.Nossa Senha Aparecida, Nº S/N Bairro: Fazenda Palmeiras CEP: 76600-000

Quadra: A2 Lote: 16 Complemento: Policlinica Cidade: Goiás-GO

Data de Inicio: 04/04/2024 Previsão término: 04/04/2025 Coordenadas Geográficas: -15.8272432,-50.265662

Finalidade: **Ambiental**

Proprietário(a): **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus** CPF/CNPJ: **21.583.042/0028-92**

E-Mail: laiane.reis@yahoo.com Fone: (32) 988860663 Tipo de proprietário(a): Pessoa Jurídica de Direito Privado

Possui arrendatário ?: NÃO

4. Atividade Técnica

ASSESSORIA, CONSULTORIA OU ASSISTENCIA	**Quantidade**	**Unidade**
EXECUCAO MEIO AMBIENTE	1,00	UNIDADES

O registro da A.R.T. não obriga ao CREA-GO a emitir a Certidão de Acervo Técnico (C.A.T.), a confecção e emissão do documento apenas ocorrerá se as atividades declaradas na A.R.T. forem condizentes com as atribuições do(a) Profissional. As informações constantes desta ART são de responsabilidade do(a) profissional. Este documento poderá, a qualquer tempo, ter seus dados, preenchimento e atribuições profissionais conferidos pelo CREA-GO.
Após a conclusão das atividades técnicas o(a) profissional deverá proceder a baixa desta ART

5. Observações

Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde - PGRSS.

6. Declarações

Acessibilidade: Sim: Declaro atendimento às regras de acessibilidade previstas nas normas técnicas da ABNT, na legislação específica e no Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.

7. Entidade de Classe

NENHUMA

8. Assinaturas

Declaro serem verdadeiras as informações acima

_____, _____de _____de _____
Local Data

_____
LAIANE DOS REIS OLIVEIRA - CPF: 121.415.546-40

_____
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - CPF/CNPJ: 21.583.042/0028-92

9. Informações

- A ART é válida somente após a conferência e o CREA-GO receber a informação do PAGAMENTO PELO BANCO.
- A autenticidade deste documento pode ser verificada no site www.creago.org.br.
- A guarda da via assinada da ART será de responsabilidade do(a) profissional e do(a) contratante com o objetivo de documentar o vínculo contratual.
- Não é mais necessário enviar o documento original para o CREA-GO. O CREA-GO não mais afixará carimbo na nova ART.

www.creago.org.br atendimento@creago.org.br
Tel: (62) 3221-6200

CREA-GO Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Goiás

Valor da ART: 99,64	**Registrada em** 04/04/2024	**Valor Pago** R$ 99,64	**Nosso Numero** 28320690124090079	**Situação** Registrada/OK		**Não possui Livro de Ordem**	**Não Possui CAT**

ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADOS AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EMCONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO

Implantação da Logística de Suprimentos

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

Na área da Saúde Pública, os processos logísticos, devido às suas características muito específicas, necessitam ser vistos com uma abordagem orientada não só para a racionalização de custos, mas também como elemento fundamental de apoio à prestação de cuidados de saúde aos pacientes.Porém, é preciso que haja um eficiente esquema de planejamento das atividades de compras, armazenagem e gerenciamento de materiais em estoque, assim como na distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares, uma vez que a falta de um mecanismo eficiente de controle impede a apuração das reais necessidades de abastecimento.

A logística de suprimentos proposta a seguir para a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa segue os preceitos da OSS HMTJ, sendo constituída pelo planejamento de compras de materiais e medicamentos, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, plano de contingência para desabastecimento, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento.

O HMTJ, adotara para a Policlinica Regional - Unidade Goias de uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contrataçao de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituicao na execução de suas ações.

A gestão de suprimentos, tem por objeto orientar e padronizar rotinas e procedimentos, permitindo a evidência e a transparência dos atos de gestão, desde o planejamento das aquisições até a movimentação de entrada e saída dos materiais médico-hospitalares, medicamentos e demais insumos de consumo do Almoxarifado, Farmácia Central e Farmácias Satélites, considerando os critérios de sustentabilidade. Consiste em colocar os recursos materiais necessários ao processo produtivo, principalmente a assistência farmacêutica, com qualidade e padrões determinados, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

O processo de produção de um hospital é muito complexo, podendo-se considerar como uma das mais intrincadas unidades de trabalho, porquanto ele constitui um centro de interação de várias disciplinas e profissões, incorporando tecnologias e gerando um modelo assistencial com uma variedade enorme de itens e graus de diversidade. Tudo istopara ser capaz de atender inúmeros procedimentos médico-hospitalares.

Assim, para toda a aquisição de bens, insumos e contratacao de servicos e utilizado um Regulamento de Compras e Contratações, que podera ser submetido a analise e aprovação de órgãos de controle, alem de adotar uma Politica de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Servicos, que normatiza os procedimentos adotados para avaliar e monitorar a performance das empresas contratadas, colaborando com o desenvolvimento dos fornecedores e a redução dos problemas relacionados na cadeia de suprimentos.

O presente Manual de Procedimentos de Logística de Suprimentos, ***objetiva padronizar as rotinas e procedimentos da operacionalização e gestão da Cadeia de Suprimentos***, composta por: Almoxarifado, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Central, bem como, estabelecer as atividades relacionadas à organização e coordenação das ações relativas ao planejamento, aquisições, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais, insumos e os pertinentes serviços, para a unidade. O Manual será atualizado pela unidade de saúde sempre que houver necessidade, especialmente quando ocorrer alteração na legislação pertinente ou quando a dinâmica da gestãoassim determinar.

Objetivos:

1. Proporcionar a reflexão sobre um fluxo mais dinâmico, racional e eficiente dos materiais emedicamentos no âmbito das áreas e Unidades da rede pública de saúde;
2. Promover a interação dos Sistemas de Internação e Logística, que permite a precisão dosinvestimentos, considerado pelo profissional da logística como um centro de custos;
3. Rastrear materiais e medicamentos para um controle real do consumo;
4. Racionalizar recursos;
5. Reduzir custos;
6. Eliminar desperdício de materiais e medicamentos;
7. Atingir níveis satisfatórios de estoque para o abastecimento regular da rede de
8. Serviços;
9. Assistir melhor a Unidade de saúde, com estoques bem gerenciados, melhor controlados,mais eficientes e seguros;
10. Padronizar materiais e medicamentos

Abrangência: Setor de Suprimentos e Todas as Unidades da OSS HMTJ.

A Gestão de Suprimentos da Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus deve atender à demanda de aquisição de forma planejada, integrada,eficaz e transparente e será orientada pelas seguintes diretrizes:

- Integração das unidades da OSSHMTJ, para que se tornem alinhadas às estratégias empresariais, no que se refere aos processos relacionados nesta política;
- Adequação às especificidades de cada unidade para a efetiva operacionalização desta política, fornecendo o suporte organizacional apropriado, de modo que a cadeia de suprimento opere dentro de um padrão de competência compatível com a responsabilidade da OSSHMTJ.
- Simplificação dos procedimentos de aquisição, visando à redução dos custos etempos

associados, realizando as melhorias necessárias nos processos correspondentes;

❖ Melhoria contínua dos processos de trabalho da cadeia de suprimento, por meio da racionalização dos métodos e do Sistema de Gestão da Qualidade;

A Gestão de Suprimentos das Unidades da Organização social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus será operacionalizada pelos seguintes processos:

1. Padronização de Materiais e Medicamentos

- Os materiais e Medicamentos utilizados na OSSHMTJ são validados pela Comissão de Padronização. A padronização tem como objetivos principais: a otimização do atendimento ao paciente através da seleção racional de medicamentos, a maior facilidade de vigilância farmacológica; a redução no custo da terapêutica, sem prejuízospara a segurança e a efetividade do tratamento;
- Sempre que detectado desvio de qualidade em materiais e medicamentos, os setores assistenciais devem imediatamente preencher o "Comunicado de Produto não conforme" e encaminhá-lo ao setor de suprimentos.
- Após a avaliação dos produtos não conformes e deferimento a favor da suspensão da aquisição do produto, o responsável pelo setor de suprimentos deverá informar no apoio cotação no nome do produto que o item em questão não deverá ser cotado.
- Periodicamente, os formulários de produtos não conformes deverão ser encaminhados à Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos para rever a padronização do mesmo.
- Os materiais e medicamentos não padronizados deverão ser solicitados via formulário de "Requisição de Compra" com a devida justificativa e aprovação do Diretor Técnico da OSS HMTJ.

2. Seleção e Qualificação de Fornecedores

- A Organização seleciona fornecedores para produtos com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos.
- Os fornecedores selecionados e qualificados devem ser definidos conforme especificação das normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação, NBR ISO 9001:2015 e atendimentos às especificações legais.
- Não será mantido nenhum tipo de relacionamento comercial com pessoas fisicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisorio, nao sendo permitidos conflitos de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação.

- Nenhum fornecedor poderá ser cadastrado apresentando pendência em relação aos documentos listados abaixo:

1 . Contrato Social ou alteração

2. Cartão CNPJ
3. Inscrição Estadual
4. Alvará Sanitário
5. Certificado de responsabilidade técnica (quando aplicável).
6. AFE – ANVISA (quando aplicável).

Obs: O certificado de boas práticas é exigido apenas para os fabricantes.

Os documentos dos fornecedores qualificados, que têm validade definida, deverão ser gerenciados pelo Software RM Nucleus, onde são gerados relatórios de vencimentos dos mesmos. O responsável pelo monitoramento deverá solicitar ao fornecedor a atualização do documento 30 dias antes do vencimento.

O resultado da qualificação do fornecedor terá as seguintes classificações:

1. **Aprovado** – quando o fornecedor atender todas as exigências contidas no formulário de seleção de fornecedores.
2. **Com restrição** – quando o fornecedor apresentar alguma documentação legal desatualizada.
3. **Reprovado** – quando o fornecedor deixar de apresentar alguma documentação legal.

- Para o fornecedor que for selecionado com restrição, o setor de suprimentos deve notificá-lo, concedendo prazo de até 90 (noventa) dias para regularização da restrição.
- Para o fornecedor reprovado, o mesmo será comunicado através do e-mail, solicitando a regularização para participar das futuras cotações. Quando o fornecedor regularizar a situação, o setor de suprimentos deve emitir novo formulário.
- Os fornecedores qualificados na Plataforma Apoio Cotações devem ser controlados através dos critérios para qualificação exigidos no ato do cadastro na plataforma.

Os documentos dos fornecedores que participam da plataforma Apoio Cotações ficam arquivados no servidor desta plataforma e o mesmo é acessado diretamente pelo site. O monitoramento da qualificação do fornecedor é feito pela própria empresa Apoio Cotações.

Caso o fornecedor tenha algum documento vencido, ele será notificado pela Apoio Cotações e seu status no site ficará como "Documento não encontrado". Se o fornecedor não apresentar a documentação solicitada em 30 dias, o mesmo será bloqueado na plataforma.

- **CLASSIFICACAO DE FORNECEDORES**

O HMTJ classifica os fornecedores e prestadores de serviços como:

- "Críticos" – fornecedores de produtos e/ou servicos cujo volume financeiro comprometa os maiores investimentos;
- "Nao-Criticos" - demais fornecedores de produtos e/ou servicos. Nao obstante a classificacao de fornecedores, não existe nenhum tipo de prioridade ou vantagens a quaisquer fornecedores ou prestadores de serviços.

3. Aquisição

- Os levantamentos de necessidades de aquisição de insumos na OSSHMTJ são de responsabilidade dos gestores de cada unidade, os quais devem utilizar ferramentas de gestão de estoque para análise de histórico e previsão de demanda.
- As decisões de aquisição devem levar em consideração a variação demanda da unidade, os relatórios de consumo e estoque e os recursos financeiros disponíveis.
- Os setores responsáveis pelo levantamento de necessidade de compras estão descritos na tabela abaixo:

Insumos	Responsável
Medicamentos	Farmácia
Materiais Hospitalares e de Expediente	Almoxarifado
Equipamentos Médico Hospitalares	Engenharia Clínica
Materiais de Higiene e Limpeza	Serviço de Higiene e Limpeza/Coordenação de Apoio
Materiais de Manutenção predial	Serviço de Manutenção Predial/Coordenação de Apoio
Nutrição	Serviço de Nutrição e Dietética/Coordenação

Todas as solicitações de compras devem ser validadas pelos gestores responsáveis da OSSHMTJ conforme apresentado abaixo:

Insumos	Aprovação
Medicamentos e Materiais hospitalares	Farmacêutico Central
Materiais de Expediente	Gerente de Apoio e Logística
Equipamentos Médico Hospitalares	Gerente de Apoio e Logística
Materiais de Higiene e Limpeza	Gerente de Apoio e Logística
Materiais de Manutenção predial	Gerente de Apoio
Nutrição	Gerente de Nutrição

✓ O coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos e serviços com verba mensal disponível no valor de R$ 1500,00, utilizando para tal o "caixinha da unidade", em caso de necessidade.

✓ As compras com valores superiores a R$ 1500,00 só poderão ser realizadas mediante solicitação ao setor de suprimentos. Salvo em casos de aquisições com autorização assinada pela Direção Administrativa da OSSHMTJ.

✓ O coordenador de Compras da OSSHMTJ tem autonomia para aprovação de aquisição de insumos no valor de até R$ 10.000,00.

✓ O Gerente de Compras da OSSHMTJ tem autonomia para aprovação de aquisição de insumos no valor de até R$ 20.000,00.

✓ As compras referentes a recursos de investimentos deverão ter a autorização da Diretoria Administrativa e Técnica.

✓ As solicitações de compras são realizadas pelos gestores das unidades conforme a necessidade de aquisição. A ferramenta utilizada para solicitação de compras em todas as unidades da OSSHMTJ é o Software RM Nucleus.

✓ No sistema são informados todos os dados referentes à solicitação: A descrição da unidade solicitante, o centro de custos, o plano orçamentário, o prazo desejado para entrega, os itens e as quantidades a serem adquiridas.

✓ Após ser gerada no sistema a solicitação fica pendente até ser realizado o processo de cotação e gerada a ordem de compra referente à mesma pelo setor de suprimentos.

✓ Ao receber a solicitação de compra, o setor de suprimentos utiliza duas plataformas para realizar o processo de cotação: as solicitações referentes a medicamentos e materiais médico-hospitalares são cotadas via porta da Plataforma Apoio Cotações, e as demais solicitações referentes a equipamentos, obras e materiais de manutenção predial, nutrição e dietética (no caso da matriz), materiais de escritório e papelaria são realizadas utilizando- se a plataforma do software RM Nucleus.

- ✓ Deverão ser realizadas no mínimo três cotações referentes ao item solicitado, com exceção de fornecedores com carta exclusividade.
- ✓ Dentre os critérios de seleção da melhor oferta deverão ser considerados: preço, prazo de entrega, condição de pagamento, qualidade do produto e data de validade superior a um ano.
- ✓ Após a cotação, o setor de suprimentos gerará a ordem de compra referente aos itens respondidos pelos fornecedores.
- ✓ Os itens não cotados deverão ser direcionados a outros fornecedores em um novo processo de cotação.
- ✓ No caso das solicitações de compra de urgência e/ou negociação com fornecedor para pagamento adiantado, deverá ser gerada ordem de compras no movimento de adiantamento de pagamento.
- ✓ As solicitações de adiantamento de pagamento via sistema são validadas pelo Gerente de Suprimentos enquanto houver recursos financeiros disponíveis para a unidade solicitante. No caso de falta de verba da unidade, a liberação do pagamento deverá ser validada pelo Diretor Administrativo da OSSHMTJ.
- ✓ O prazo para pagamento dessas solicitações ao fornecedor pelo setor financeiro é de 48 horas após a liberação da controladoria, com exceção dos casos emergências (24 horas).
- ✓ Depois de finalizado o processo, o pedido de compras é disparado ao fornecedor que atendeu a todos os critérios de seleção e que foi selecionado para fornecimento.
- ✓ O prazo para conclusão de todo o processo de aquisição desde a solicitação até o pagamento do pedido de compra é de 10 dias.
- ✓ O Acompanhamento dos pedidos de compra pode ser realizado pelos envolvidos no processo via RM Bis no relatório de "Monitoramento de suprimentos".
- ✓ No relatório estão as informações referentes à solicitação de compra, validação dos gestores responsáveis pelo segmento da OSS ordem de compra, liberação da controladoria, status de pagamento e status de recebimento do insumo.

4. Avaliação dos Fornecedores

A avaliação dos itens referentes ao processo de compras e entrega de produtos será realizada de acordo com o contrato firmado e a autorização de fornecimento (Ordem de Compra) encaminhada ao fornecedor/prestador de serviços.

Este processo consiste no monitoramento do desempenho da Qualidade e da Logistica de seus fornecedores no momento da entrega, sendo que os eventuais problemas detectados posteriormente a entrega serão notificados aos contratados para providências que se façam necessarias.

A cada entrega o setor que está recebendo o produto deve avaliar o fornecedor e registrar a avaliação destes quanto à conformidade os critérios estabelecidos abaixo:

a. Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;

a. Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;

b. Correspondência entre item e especificação;

c. Cumprimento dos preços acordados;

d. Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;

e. Integridade e condicoes de embalagem;

f. Produtos entregues dentro do prazo de validade;

g. Temperatura

✓ No ato do recebimento da nota fiscal, a mesma deve ser verificada com a ordem de compra para identificar as conformidades do produto entregue com o pedido de compra.

✓ Após, as não conformidades identificadas deverão ser preenchidas no campo complementar de avaliação da entrega no RM Nucleus.

✓ Caso o avaliador deseje notificar o fornecedor pelo descumprimento dos requisitos de entrega, deverá marcar a opção referente à notificação no sistema, especificando a falha e principalmente a correção que deverá ser adotada.

✓ Diariamente o assistente administrativo do setor de suprimentos deverá verificar o relatório de avaliação das entregas e encaminhar notificação de não conformidade para os fornecedores não conformes.

As não conformidades mais danosas bem como a continuidade de condutasreprováveis pelo mesmo fornecedor acarretarão em notificações padronizadas enviadas por e-mail com sansões progressivas:

1. A primeira carta terá intuito de informar ao fornecedor a existência do processo de avaliação, falhas ocorridas em sua atividade e disponibilizar-se para maiores informações.
2. A segunda notificação suspende o fornecedor das cotações por período indeterminado, devendo este retornar a participar preferencialmente após visita de seu representante.
3. A terceira notificação enviada desqualifica a empresa do rol de fornecedores, impedindo-a de participar de futuras cotações.

➢ O fornecedor bloqueado poderá voltar a participar das cotações desde que autorizado pela gerência do setor de suprimentos.

➢ Semestralmente deverá ser gerado e enviado relatório com o desempenho individual para cada fornecedor.

Documentação para Fornecedores de medicamentos insumos farmacêuticos e correlatos

Para o fornecimento deste grupo de insumos se faz necessário os seguintes documentos:

- ✓ Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

Fornecedores de Equipamentos Médico-Hospitalares

Documentos complementares que se fazem necessários para o fornecimento de equipamentos:

- ✓ Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

Disposições Gerais

Todos os documentos deverão ser encaminhados via correio, email ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor de compras.

Além das observações acima citadas, segue abaixo outras orientações para o cadastramento:

- ✓ No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, é necessária uma cópia do documento de isenção;
- ✓ Em casos de registros provisórios, é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;
- ✓ Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras, pelo período máximo de 01 ano.
- ✓ O HMTJ dará preferência àqueles fornecedores que possuírem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

Homologação do Fornecedor e/ou Prestador de Serviço

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado tão somente após apresentar todos os documentos ora já citados no capítulo anterior, bem como preencher e entregar a "Ficha de Cadastramento". Este formulário será fornecido pelo Setor de Compras quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado.
Para ser considerado homologado o fornecedor deverá:

- ✓ Estar com toda documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
- ✓ Receber parecer favorável junto a visita técnica (aplicável conforme o caso).

Para as visitas técnicas será gerado um relatório em formulário especifico, chamado Relatório de Visita Técnica onde será formalizado o parecer e assinado pelos responsáveis na execução da atividade, sendo que tal documento será arquivado na pasta do fornecedor.

Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

Cumprimentos das normas e portarias da ANVISA

Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO DE ENTREGAS DE MATERIAIS NA Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

O HMTJ irá planejar o manejo do estoque, conforme a demanda e disponibilidade de espaco. Para isso, poderá programar com os fornecedores prazos para entregas de grandes volumes, bem como para compras urgentes.

Esta programacao sera enviada aos fornecedores, com a devida antecedencia.

Ao fornecedor cabe a responsabilidade de analisar criticamente os critérios de compra estabelecidos pelo HMTJ – onde constará a Programação de Entregas. A não manifestação por parte do fornecedor indica a aceitaçao das condiçoes estipuladas neste documento.

Sendo aceita a Programacao de Entrega pelo fornecedor, as Ordens de Compra serão monitoradas pelos Indicadores de Avaliacao dos Fornecedores.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO ALMOXARIFADO LOCAL (POLICLINICA):

A operacionalização da logística de suprimentos pelo HMTJ na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa será realizada em sua totalidade de maneira informatizada através de um Sistema de Gestão, onde será possível, em tempo real, acompanhar e controlar, o consumo por unidade e quais os pontos de ressuprimento de estoque necessários.

Esse setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa de modo a garantir a disponibilização de todos os materiais, insumos e medicamentos necessários para a execução das respectivas atividades.

- Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos e redução das compras;
- Redução de perdas;
- Otimização dos recursos humanos;
- Redução de saldo imobilizado em inventário;
- Maior segurança do paciente;
- Maior agilidade no abastecimento e consequentemente redução de sub estoques.

Todos os itens acima, são necessários para garantir uma cadeia de abastecimento eficiente da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

O Almoxarifado local deverá assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo,quando necessário, Impedir que exista divergencia de inventario e

perda de qualquer natureza;Preservar a qualidade e as quantidades exatas;Possuir

instalacoes adequadas e recursos de movimentacao e distribuição suficientes a um atendimento rapido e eficiente.

No acondicionamento deve-se buscar a otimizacao das distancias entre o local de estocagem e onde sera usada, a adequacao do espaco de guarda com o melhor uso de sua capacidade volumétrica.

O recebimento dos materiais de saúde inicia na recepção junto ao fornecedor ate os estoques, integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e funcionando como suporte entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques fisico e contábil. No recebimento, e possivel observar quatro fases: entrada de materiais, conferencia quantitativa, conferencia qualitativa e regularizacao.

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras sao definidas de acordo com o sistema de instalacao e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

a. Verificacao das condicoes de recebimento do material
b. Identificacao do material
c. Guarda na localizacao adotada
d. Informacao da localizacao fisica de guarda ao controle
e. Verificacao periodica das condicoes de protecao e armazenamento
f. Separacao para distribuicao dos materiais, a qual e preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

Nas rotinas de trabalho do almoxarifado, os documentos utilizados frequentemente são: ficha de controle de estoque, ficha de localizacao, comunicacao de irregularidades, relatorio técnico de inspeção, requisição de material e devolução de material.

CONFERÊNCIAS DE MATERIAIS DE SAÚDE

Aqui temos as conferencias em duas frentes: quantitativa e qualitativa.

A Quantitativa certifica se a quantidade de materiais declarada pelo fornecedor na nota fiscal corresponde a quantidade recebida. A confrontacao do material recebido e do material faturado e efetuada posteriormente pelo regularizador que providenciará a recontagem. Essa recontagem pode seguir o metodo manual, para pequenas quantidades; por meio de calculos, em embalagens padronizadas com grandes quantidades; balanças contadoras pesadoras, em grande quantidade de pequenas peças; pesagem, quando forem materiais de maior peso ou volume; medicao por trenas.

A conferencia qualitativa garante a adequacao do material ao seu fim, com uma analise de qualidade efetuada pela inspecao tecnica, confrontando as condições contratadas na Autorizacao de Fornecimento com as consignadas na Nota Fiscal pelo Fornecedor. E para que o recebimento dos materiais seja de acordo com o contratado, sao examinados os seguintes itens: caracteristicas dimensionais, caracteristicas especificas e restricoes de especificacao.

ORGANIZAÇÃO INTERNA

A Unidade de Almoxarifado, no que se refere a sua organizacao interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuarios procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operacao, utilizacao do espaco e informação.

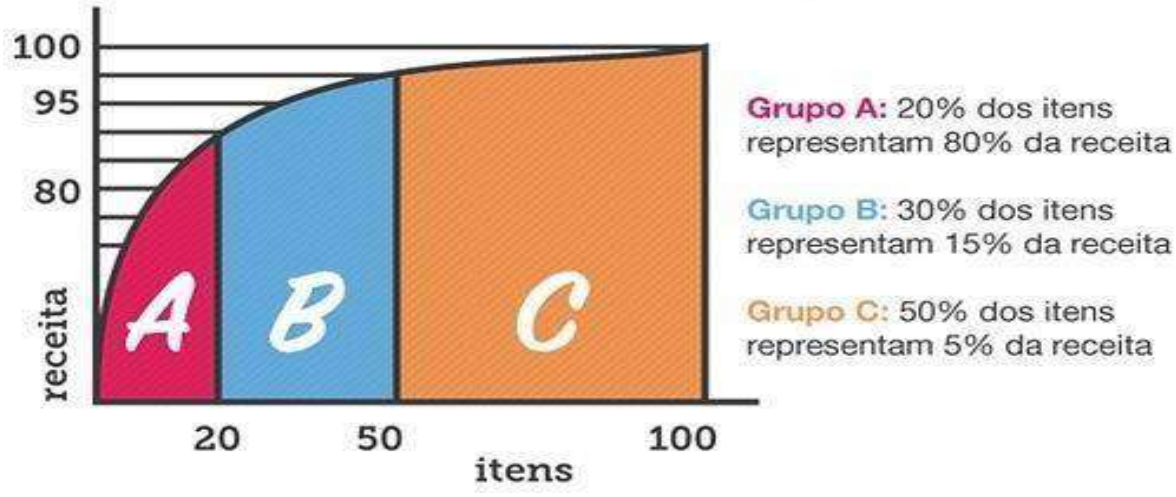
DEFINIÇÕES E MÉTODOS DE CONTROLE:

a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:
– Classe A: 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;
– Classe B: 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;
– Classe C: 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que: a CLASSE A é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A CLASSE B é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A CLASSE C é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são:

1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;
Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;
R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009).

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

• X: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;

• Y: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
• Z: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:
• Auxilia no processo de tomada de decisão;
• Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
• Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:
• Sofre influência de quem irá realizá-la;
• Necessita de avaliação criteriosa;
• Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
• Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
• Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização.

e)PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out. Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo. É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros a serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

F) Inventário de estoque

É uma listagem completa de todos os produtos armazenados no estoque de uma unidade. Esse inventário identifica, classifica e determina o valor de cada produto.

O inventário de estoque serve para certificar que o seu controle de estoque está de fato correto. Ou seja, se aquela entidade realmente possui o estoque que acredita possuir.

Dessa forma, caso a unidade tenha comprado produtos e materiais em excesso ou caso tenham ocorrido extravios e perdas do estoque, o inventário verifica as informações e permite que sua equipe haja de forma eficaz para solucionar o problema.

No Hmtj o inventário é realizado semestralmente, ou sempre que necessário, pela equipe central de auditores alocados no setor de Controladoria do HMTJ.

FUNCIONAMENTO

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.
Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Entrada com saida imediata

Para os bens com demanda liquida e certa, cuja funcao do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serao dadas entradas com saida imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saida do material.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.
A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;

- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda ao controle;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- Separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá serobservado o detalhamentoa seguir:

a. Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
b. Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
c. O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pós), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
d. Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
e. Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
f. Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados);
g. Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
h. Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
i. Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
j. Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e consequentemente minimiza o índice de perdas.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão em Saúde por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalcular o consumo real da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

Transporte

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme_indicacoes especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os_cuidados especiais para a manutencao da qualidade:

- Evitar exposicao dos produtos ao calor excessivo;
- Usar carro fechado;
- Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou a chuva;
- Manusear a carga com cautela;

Limpeza e Conservacao

Os locais de trabalho e a area de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de po e contaminacao, insetos e roedores. E proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados (local especifico para este fim).

Os residuos deverao ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverao ser esvaziados e limpos fora da area de armazenamento seguindo as especificacoes emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NA POLICLÍNICA REGIONAL

SETOR DE RECEBIMENTO	PERÍODO	HORÁRIO
Almoxarifado	Segunda a sexta-feira	07 as 17h

I. Objetivos

Efetuar corretamente a solicitação de compra para produtos específicos ou não padronizados na unidade através do sistema Fluig para validação do responsável técnico, análise do setor de suprimentos e autorização da direção.

II. Materiais

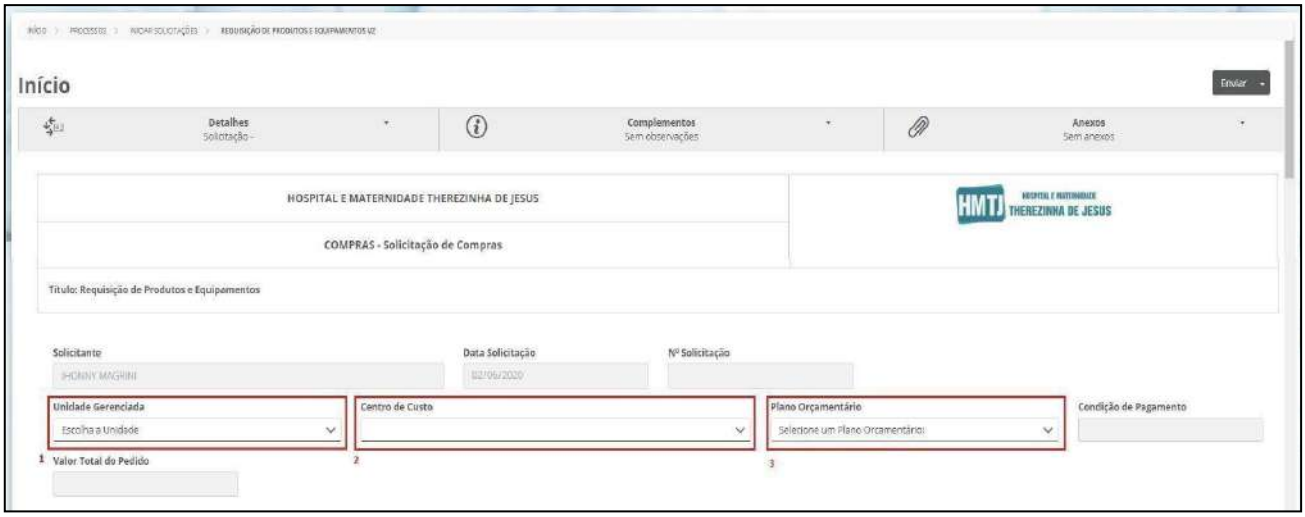
Acesso à internet por qualquer meio.

III. Abrangência

Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. As opções para preenchimento dos campos são ativadas à medida que o campo antecessor for preenchido. É imprescindível que os campos Centro de Custo e Plano Orçamentário sejam preenchidos de forma correta para evitar retardamento do processo. O setor de contabilidade e o setor de custos podem auxiliar no caso de dúvidas.



2. O requisitante deverá acrescentar os Produtos à solicitação conforme cadastro da instituição e, se necessário, acrescentar informações no campo Observação solicitante, bem como a justificativa da necessidade de compra.

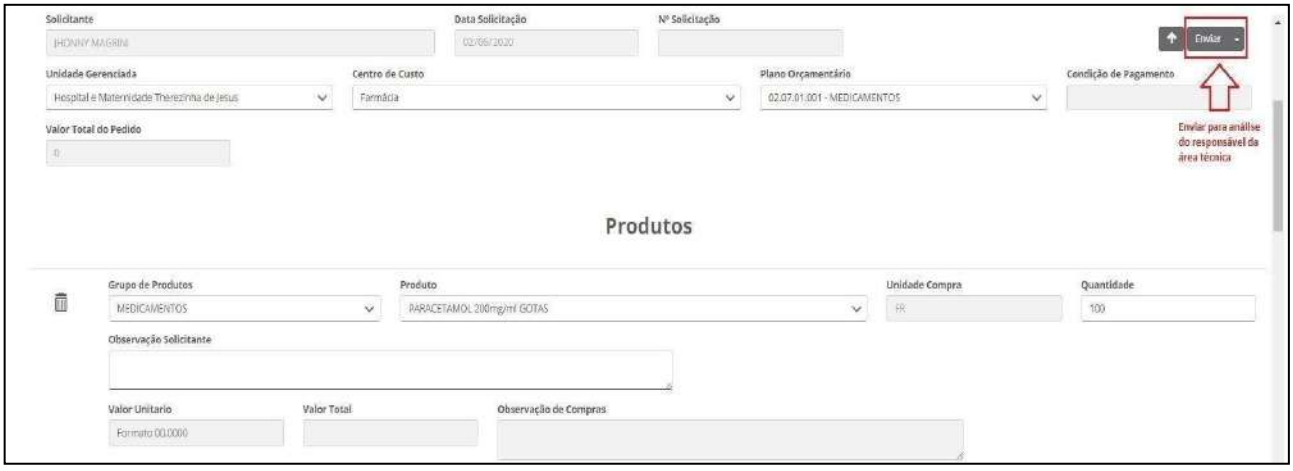
2.1. É possível acrescentar mais de um item a mesma solicitação desde que não seja repetido.

2.2. O solicitante poderá anexar arquivos ou indicar links que auxiliem a identificação do item desejado, caso necessário. Em casos específicos, quanto maior o detalhamento do item maior a probabilidade da aquisição ser assertiva.

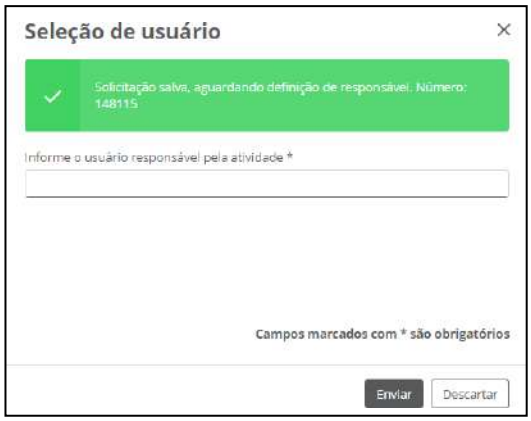
3. Após selecionar Adicionar produto, escolher o grupo em que ele se classifica, selecionar o item desejado e digitar a quantidade necessária.

4. Não estando o item disponível em nossa base de dados, deverá o cadastro ser solicitado conforme orientado em PRS

5. Preenchida a solicitação clicar em enviar para encaminhá-la ao setor de compras que, poderá dar seguimento a cotação, ou enviá-la para aprovação técnica do responsável da área antes de dar seguimento. Recomenda-se tomar nota do número da solicitação para consulta futura.

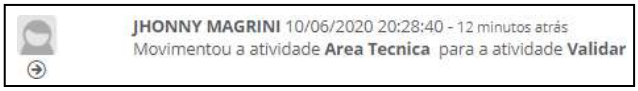


6. Sendo a solicitação destinada à área técnica, havendo necessidade de correção por parte do solicitante, após realizá-la ele deverá selecionar o mesmo responsável técnico definido pelo setor de compras anteriormente para nova análise do pedido.



8.1. O solicitante poderá consultar quem foi o eleito como responsável técnico pelo nome registrado como responsável no campo apropriado.

8.2. Ou no registro de movimentações da solicitação.



7. Após realizar a cotação do produto, setor de compras encaminhará o formulário para aprovação do gerente da unidade, diretor da unidade, gerente de controladoria e diretor da OSS.

8. Sendo a solicitação aprovada em todas as etapas, o setor de compras efetuará a aquisição informando ao setor financeiro quando necessário.

9. Tratando-se de produtos não padronizados pelos órgãos responsáveis de Administração Municipal contratante, caberá ao setor de compras antes de dar prosseguimento no processo, munir-se de autorização do órgão competente.

10. Em todas as etapas o pedido de compra poderá ser negado mediante justificativa e também ser solicitado correção/esclarecimentos aos responsáveis pelas etapas anteriores.

11. As solicitações que estiverem pendentes de correção do solicitante por mais de 30 dias serão canceladas.

12. O solicitante poderá acompanhar o andamento da sua solicitação na aba minhas solicitações na central de tarefas.

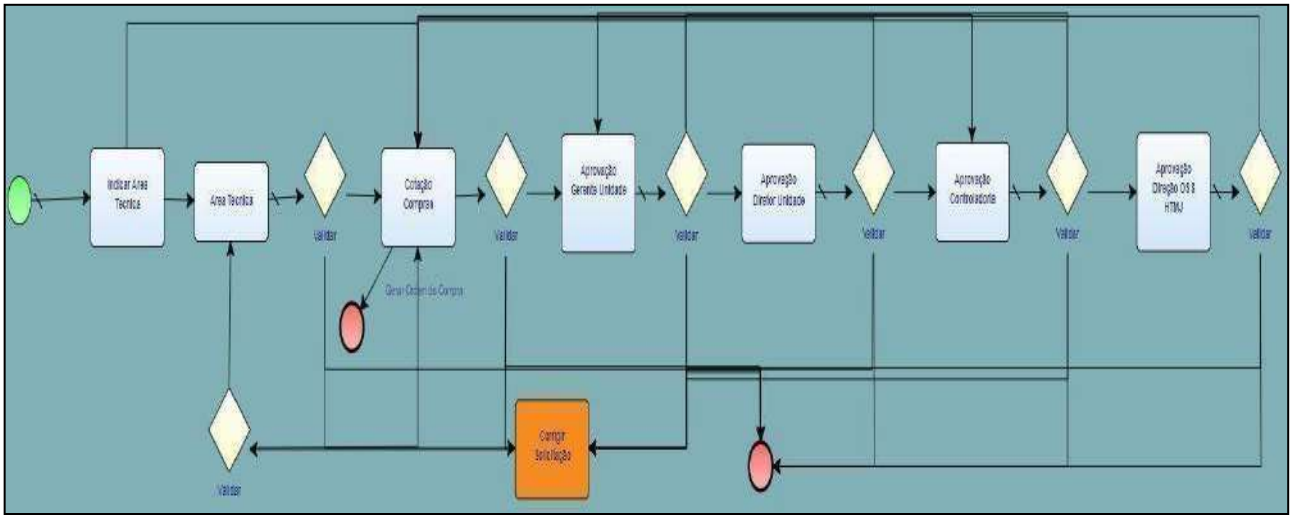
13. Mesmo após a conclusão do processo de compra, a solicitação fica disponível para consulta na plataforma através de pesquisa pelo identificador gerado.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Anexo I – Diagrama: Requisição de Produtos e Equipamentos (disponível no formulário de solicitação)



VII. Referências

Cadeia Cliente Fornecedor

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Realizar compras			
Responsável: coordenador e assistentes administrativos.	**Código:** POP CPR 001	**Revisão:** 09	**Data:** 24/02/2023

I. Objetivos

Comprar itens padronizados conforme solicitação de compra realizada via sistema RM, validada pela farmacêutica auditora quanto a padronização, quantitativo e orçamento, quando for o caso, além do gestor da unidade.

II. Materiais

Computador, impressora, telefone, internet e material de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

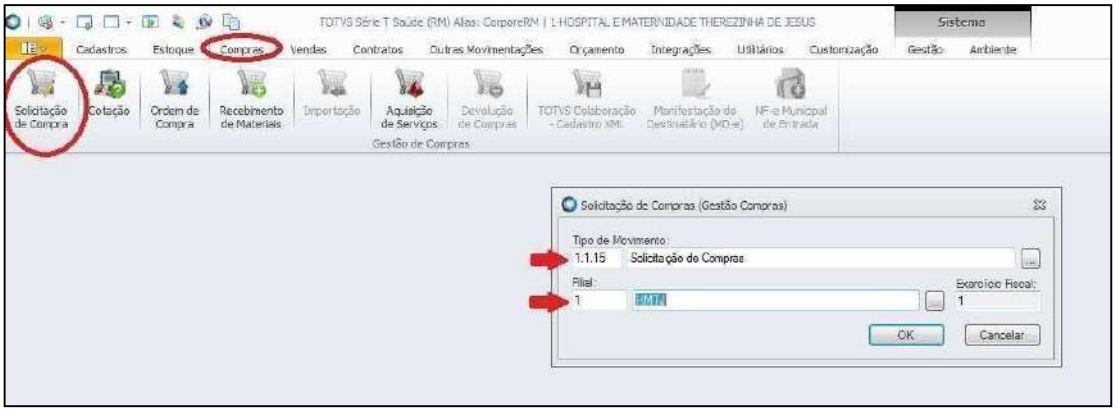
Verificar com a gerência/coordenação de suprimentos disponibilidade de recurso para execução da compra conforme Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos.

1. Efetuar análise dos orçamentos e gerar ordens de compra conforme abaixo:

2. Entrar no Sistema RM com login e senha individual.

3. Localizar solicitação validada

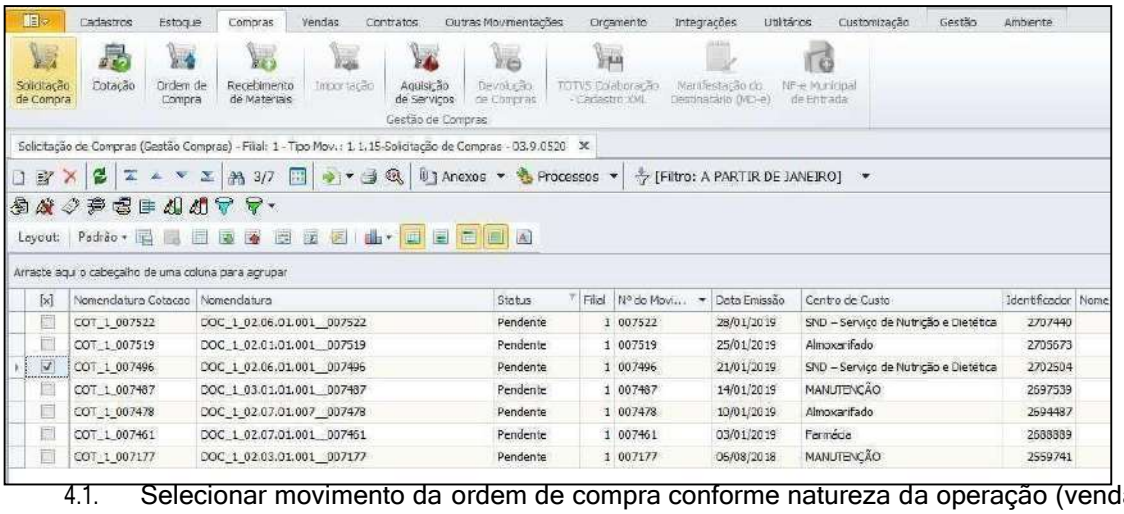
3.1. Acessar gestão de estoque / compras / faturamento.



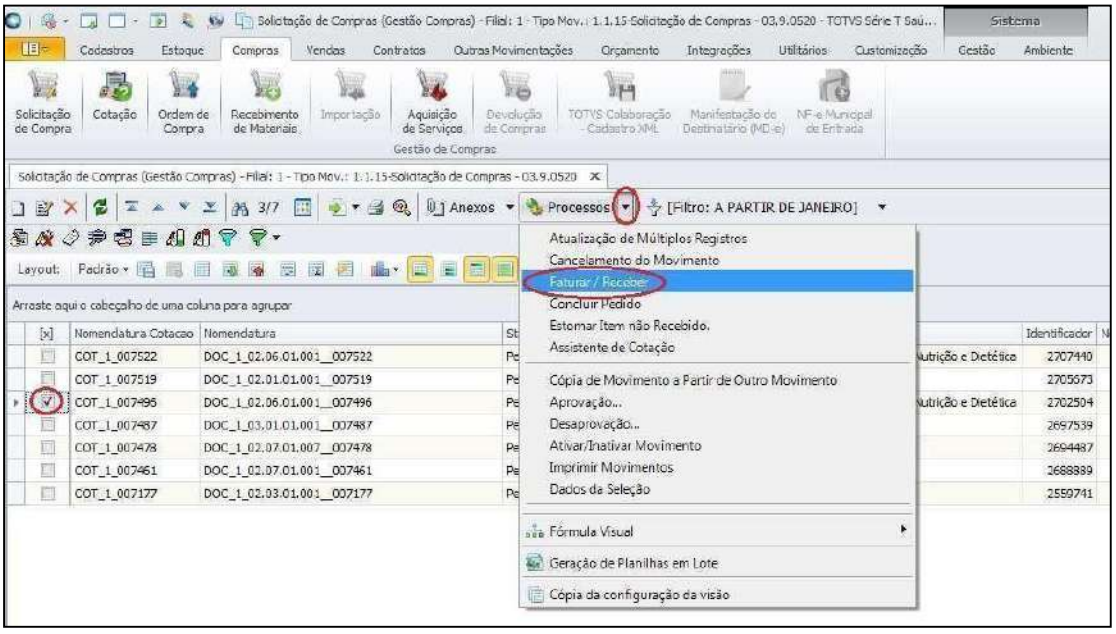
3.2. Selecionar movimento de Solicitação de Compra e unidade desejada

3.3. Executar o filtro desejado.

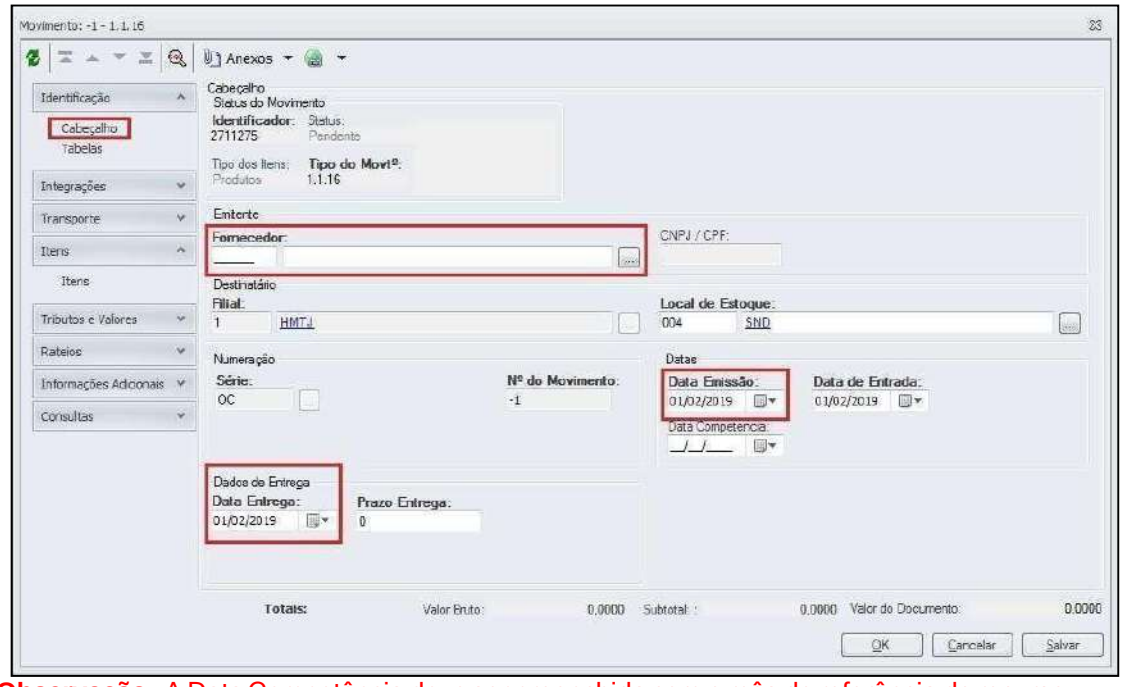
4. Selecionar a solicitação validada e iniciar o processo Faturar/Receber para gerar Ordem de Compra.



4.1. Selecionar movimento da ordem de compra conforme natureza da operação (venda ou serviço) e condição de pagamento (faturado ou antecipado).

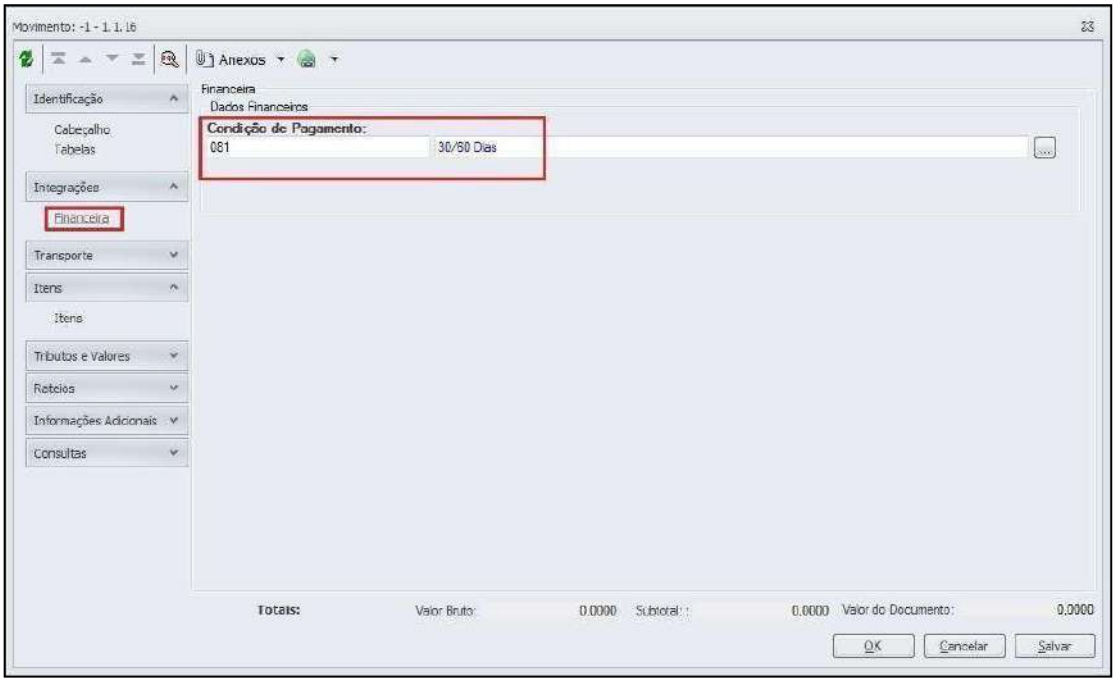


4.2. Preencher aba cabeçalho.

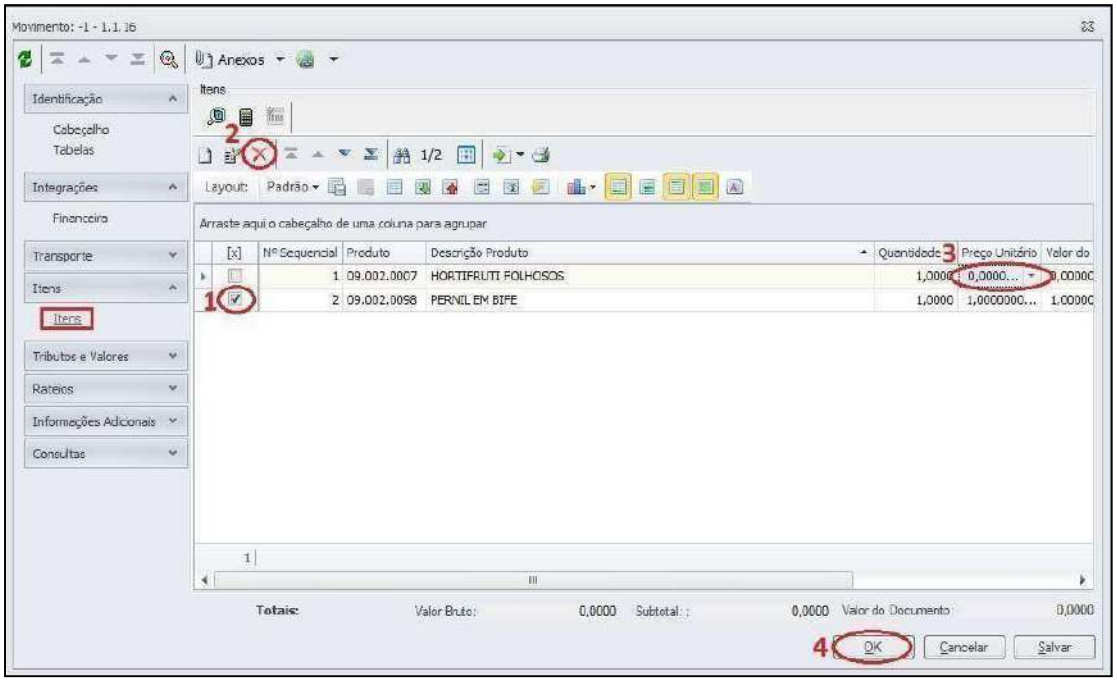


Observação: A Data Competência deve ser preenchida com o mês de referência do recurso.

4.3. Selecionar forma de pagamento na aba Integração financeira.



4.4. Na aba itens selecionar e excluir o que não será comprado com este fornecedor, digitar o valor unitário do que será comprado e finalizar.



IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronizar o processo de seleção e avaliação dos fornecedores no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

II. Materiais

Computador, planilha eletrônica, sistema RMNucleus, sistema Fluig, portal Bionexo

III. Abrangência

Compras, Manutenção Predial, Almoxarifado, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Processamento de Roupas.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Seleção de fornecedores

Os fornecedores de produtos serão selecionados com base na capacidade em atender os requisitos estabelecidos pela instituição, normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e legislação vigente.

2. Avaliação do fornecedor

O setor de compras deverá observar minimamente os seguintes critérios para avaliar a eficiência e relacionamento com o fornecedor crítico, através do atendimento e pós-venda a cada nota fiscal:

- Atendimento:
  - Preenchimento da proposta dentro do prazo estipulado na cotação;
  - Preenchimento da proposta nos termos das condições estabelecidas;
  - Itens da proposta de acordo com o solicitado;
  - Valores da proposta condizentes com a unidade de medida do produto;
  - Cordialidade nas negociações;

- Pós-venda
  - Tempo para confirmação do pedido e informação das faltas;
  - Justificativa plausível para cancelamento de itens ou do pedido;
  - Pró atividade no acompanhamento da entrega quanto ao prazo e assertividade;
  - Disponibilidade e resolutividade das não conformidades da entrega;
  - Envio de boletos ou facilidade de acesso para emissão;

Com base nisso, cada quesito será classificado como:

- Excelente: quando atender plenamente os critérios observados;
- Bom: quando atender parcialmente os critérios observados sem prejuízo a instituição;
- Regular: quando atender parcialmente os critérios observados e expor o processo de ressuprimentos a riscos indesejáveis;
- Ruim: quando não atender os critérios observados ou atender de forma parcial e causar prejuízos

ao processo de ressuprimentos;

Já os setores responsáveis pelo recebimento dos materiais são responsáveis por avaliar a competência do fornecedor através das entregas ao efetuarem o lançamento da nota fiscal no sistema:

- Se a quantidade recebida está de acordo com a nota fiscal e ordem de compra;
- Se a embalagem do produto está adequada ao seu acondicionamento e sem avarias;
- Se o prazo de pagamento está de acordo com a ordem de compra;
- Se a entrega foi realizada no prazo previsto na ordem de compra;

Tratando-se de produtos críticos (medicamentos e materiais médicos), deverão observar ainda:

- Se o produto apresente registro no ministério da saúde e responsável técnico, caso necessário;
- Se o veículo utilizado para o transporte é adequado ao tipo de carga bem como sua organização;
- Se o lote e a validade dos produtos estão de acordo com a nota fiscal
- Se os laudos de qualidade estão sendo entregues junto com o produto e dentro das exigências institucionais para recebimento de medicamentos manipulados, quando for o caso
- Se os medicamentos termolábeis estão em temperatura adequada, caso houver

Há ainda um campo de observações para registro de informações que se fizerem necessárias.

Aplicando-se o peso conforme importância de cada quesito, temos a avaliação de desempenho do fornecedor crítico, que, ao final de cada ano receberá a informação compilada.

QUESITO	EXCELENTE	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO	20	15	10	0
ENTREGA	45	40	20	0
PÓS VENDA	35	30	15	0

**Peso atribuído a cada quesito conforme avaliação*

3. Advertência

Os fornecedores críticos (material médico e medicamentos que recorrentemente reincidirem em não conformidades, culposamente gerarem dano grave a instituição ou forem avaliados com aproveitamento inferior a 80% serão notificados em caráter informativo, suspensivo ou eliminatório.

As não conformidades são registradas no portal Bionexo através do perfil consolidador podendo o fornecedor vir a ser impedido de participar das cotações de todas as unidades gerenciadas pelo HMTJ.

4. Indicador e análise crítica

As avaliações das entregas poderão ser acompanhadas através do sistema Fluig de forma geral ou específica por fornecedor, centro de custo, plano orçamentário e nota fiscal. Para tanto, deverá o usuário aplicar os filtros que lhe interessar

O indicador TAXA DE OCORRÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADE NAS ENTREGAS – CPR será alimentado mensalmente pelo setor de compras conforme período e filial a ser analisada. Resultado dos indicadores de outros setores relacionados a não conformidade das entregas deverão ser mensurados através do mesmo relatório de forma que preze pela coerência da informação.

V. Siglas e Definições

Fornecedores críticos: fornecedores de material médico e medicamento

VI. Anexos

Anexo I – Campos complementares do lançamento da nota fiscal

Anexo II – Relatório Avaliação de Fornecedor -
https://fluig.hmtj.org.br:8443/portal/p/1/power_bi_compras_avaliacao_fornecedor

VII. Referências

Matriz de risco

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Solicitação de compra de urgência			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	**Código:** PRS HMTJ 273	**Revisão:** 00	**Data:** 04/01/2023

I. Objetivos

Regular o fluxo de compras emergenciais diferenciando-as das demais solicitações, integrar as áreas de aprovação envolvida e possibilitar mensurarmos a causa das urgências, as áreas que geram tais demandas e a natureza dos pedidos para gerenciarmos o processo.

II. Materiais

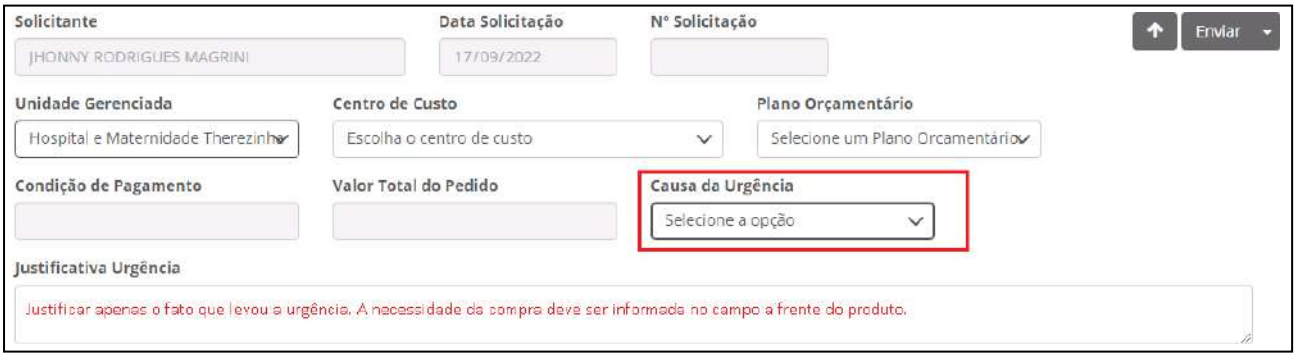
Acesso à internet por qualquer dispositivo.

III. Abrangência

Farmácia, Almoxarifado, Enfermagem, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Nutrição e Dietética, Manutenção, Engenharia Clínica.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. A solicitação de compra em caráter emergencial deve ser tratada como exceção ao cronograma de compras definido para a unidade, ciente que havendo necessidade de correção do pedido, o prazo para tal é de 3 dias corridos, sob passividade de cancelamento do pedido.
2. Deve-se informar em campo apropriado a causa da urgência conforme opções pré-estabelecidas e justificar a urgência da questão em campo apropriado:



3. O preenchimento indevido das informações acarretará em solicitação de correção por parte do setor de compras visto a importância dos dados adequados para gerenciamento do banco de informações. Após análise do setor de compras e mediação do setor de qualidade a persistência no envio incorreto das informações pode acarretar em reprovação do pedido e relato de não conformidade.

4. A justificativa da compra deverá ser efetuada no campo observação solicitante, sendo recomendada a análise das medidas de desabastecimento conforme PRS HMTJ 265, quando for o caso.

5. Os setores responsáveis por estoque de insumos ficarão encarregados de realizar as solicitações emergências destes materiais considerando o centro de custo que deu origem a urgência, se for o caso.

6. Quando aplicável, o prazo para análise da área técnica será de 3 dias, sendo o solicitante responsável por monitorar o pedido de compra, para evitar cancelamento automático da solicitação.

7. Ao setor de compras, no menor decurso de tempo possível, caberá o andamento da solicitação que se destacará das demais também no prazo de 3 dias, cabendo ao setor confirmar sua necessidade e responder sobre a ineficácia do atendimento, se for o caso.

8. Não há prazo estabelecido para análise da direção.

V. Siglas e Definições

Compra emergencial: situação fática que possa causar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, que se fizerem necessários para sanar a questão.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Requisição de Produtos e Equipamentos V2 (Emergencial)
CCF
PRS HMTJ 265

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Orientação para recebimento de mercadorias			
Responsável: Setor de compras	**Código:** PRS HMTJ 257	**Revisão:** 00	**Data:** 11/01/2022

I. Objetivos

Orientar sobre o que deve ser observado e avaliado no recebimento de mercadorias.

II. Materiais

Check-list de recebimento em formulário ou sistema

III. Abrangência

Farmácia, almoxarifado, SND, Hotelaria, SESMT, Manutenção, CSTI.

IV. Descrição dos passos da atividade

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, buscando garantir a qualidade dos insumos ministrados na unidade, consoante a RDC 304 de 17 de setembro de 2019, adota como precaução a conferência dos aspectos administrativos e técnicos para avaliação das entregas recebidas orientando seus colaboradores a avaliarem os seguintes quesitos:

a) **Aspectos administrativos:** relacionados ao pedido de compra, buscam atender os requisitos administrativos estabelecidos no processo de aquisição quanto às quantidades a serem entregues, prazos e preços.

- Documentação fiscal − os medicamentos só deverão ser recebidos acompanhados de documentação fiscal devidamente emitido para o CNPJ da unidade. A falta de tal documento além de impedir o recebimento deve ser comunicada ao setor de compras imediatamente para sua regularização.
- Quantidade – a quantidade recebida deve estar em conformidade com a quantidade solicitada. Para maior segurança na conferência, a recepção deve dispor de cópias de todos os pedidos de compras efetuados
- Prazos de entrega - os medicamentos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos.
- Preços (unitário e total) e condição de pagamento - verificação dos preços constantes na nota fiscal e condição de pagamento para saber se estão de acordo com ordem de compra emitida.

O não atendimento de qualquer dos critérios estabelecidos deve ser relatado em formulário de avaliação e comunicado ao setor de compras imediatamente que a critério irá autorizar o recebimento, recomendar sua suspensão, suspender ou ainda orientar quanto a ou recusar da recepção.

b) **Especificações Técnicas:** são aquelas relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação) em relação a:

- Especificações dos produtos - os medicamentos devem ser entregues em conformidade com a solicitação: forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade.
- Registro sanitário do produto - os medicamentos recebidos devem apresentar nas embalagens o número do registro no Ministério da Saúde.
- Medicamentos manipulados deverão vir acompanhados do Certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade emitido pelo fabricante do produto.
- Responsável técnico - deve ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número do Conselho Regional de Farmácia e a unidade federativa na qual está inscrito.
- Embalagem - os medicamentos devem estar em suas embalagens originais, devidamente identificadas e sem apresentar sinais de violação ou avaria, aderência ao produto,

umidade e inadequação em relação ao conteúdo. Devem estar de acordo com o estabelecido na legislação vigente (Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98).

- Rotulagem – deve estar de acordo com o que estabelece a legislação vigente (Artigo 3° da Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98).
- Lote/validade – produto e nota fiscal devem dispor da mesma informação.
- Transporte – verificar se o transporte dos medicamentos foi realizado em condições satisfatórias considerando a identificação e temperatura do veículo, bem como da embalagem em que é transportado, ventilação e exposição a luz, possibilidade de alteração da estabilidade do produto devido ao tempo em transporte (características físicas, químicas e farmacológicas) e acondicionamento conforme orientações na embalagem do produto.

Qualquer alteração identificada deve ser comunicada imediatamente ao farmacêutico responsável que conforme viabilidade técnica irá colocar a mercadoria em quarentena enquanto averigua a garantia da qualidade do produto de forma que, sendo útil e/ou necessário requisitará auxílio do setor de compras.

Não sendo possível a garantia supracitada, deverá a mercadoria ser recusada ou devolvida conforme estágio do processo em que se encontrar.

Cabe ressaltar os critérios acima citados foram definidos partindo do princípio que segundo a portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 editada pelo Ministério da Saúde, concomitante a RDC 16, de 1° de abril de 2014 editada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os operadores logísticos dedicados ao transporte de medicamentos e materiais médicos devem contar em seus quadros com farmacêutico responsável, devidamente registrado no Conselho Regional, para identificar as necessidades dos produtos conforme suas características de conservação e acondicionamento adequando dentro do veículo evitando ainda o contato com itens que podem ser tóxicos ou radioativos.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Checklist de Recebimento

VII. Referências

- RDC 304 de 17 de setembro de 2019 - Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.
- Portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 - estabelecer normas para a concessão de Autorização de Funcionamento para empresas que exerçam a atividade de transporte de produtos farmacêuticos e farmoquímicos, sujeitos à vigilância sanitária
- RDC 16 de 01 de abril de 2014 - Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Procedimento adotado em caso de não conformidade na entrega			
Responsável: Setor de compras	**Código:** PRS HMTJ 246	**Revisão:** 01	**Data:** 12/09/2022

I. Objetivos

Orientar os responsáveis por recebimento de mercadorias e avalição de entrega como procederem em determinadas situações.

II. Materiais

Computador, sistema RM, Fluig,WhatsApp, telefone,

III. Abrangência

Setor de compras e todos os envolvidos no recebimento de mercadoria, avaliação de entrega e lançamento de NF.

IV. Descrição dos passos da atividade

FATO	ONDE SINALIZAR	AVALIAÇÃO
CNPJ HMTJ ERRADO	NÃO SINALIZAR	VERIFICAR COM COMPRAS ANTES DE EFETUAR RECEBIMENTO
CNPJ FORNECEDOR ERRADO	NÃO SINALIZAR	• OC DO MOVIMENTO 1.1.16: SOLICITAR AO COMPRAS A ALTERAÇÃO DO FORNECEDOR ANTES DO LANÇAMENTO. • OC DO MOVIMENTO 1.1.29 (ADIANTAMENTO): SOLICITAR AO COMPRAS CARTA/JUSTIFICATIVA PARA SER ANEXADA A IMAGEM DA NF
NÚMERO DE VOLUMES EM DESACORDO COM NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	• SE TRANSPORTADORA IDENTIFIOU A FALHA E FOR ENTREGAR O VOLUME POSTERIORMENTE: RECEBER MERCADORIA E ENTREGAR CANHOTO/CONHECIMENTO DE TRANSPORTE ASSINADO APENAS APÓS O RECEBIMENTO DO VOLUME FALTANTE • SE TRANSPORTADORA NÃO IDENTIFICOU A FALHA: RECEBER MERCADORIA, RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NF. EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 10 VOLUMES A MENOS, DO TOTAL DE 35 ESTÃO SENDO ENTREGUES APENAS 25, CARIMBO, ASSINATURA E DATA.
CAIXAS AVARIADAS	AMBALAGEM ADEQUADA	• RELATAR NO CONHECIMENTO DE TRASNPORTE E NF QUALQUER DANO APARENTE COMO CAIXAS AMASSDAS, MOLHADAS OU VIOLADAS. SE POSSÍVEL FOTOGRAFAR.
QUANTIDADE FÍSICO MENOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	• IDENTIFICADO NO RECEBIMENTO: CONFIRMAR SE A QUANTIDADE DE VOLUMES ESTÁ CORRETA; RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE; CONTATAR SETOR DE COMPRAS E AGUARDAR ORIENTAÇÕES EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 100 AMPOLAS DE DIPIRONA 2 ML A MENOS, EMBORA O NÚMERO DE VOLUMES ESTEJA CORRETO. CARIMBO, ASSINATURA E DATA. • IDENTIFICADO APÓS RECEBIMETNO: EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E CONTATAR SETOR DE COMRPAS PARA ALINHAR COM FORNECEDOR SE A DIFRENÇA SERÁ ENVIADA OU SE TEREMOS QUE ARCAR COM O PREJUÍZO VISTO QUE O RECEBIMENTO JÁ FOI ATESTADO

QUANTIDADE FÍSICO MAIOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OCE NF	VERFICAR COM SETOR DE COMPRAS SE SERÁ EMITIDA NOVA NF, SE SERÁ EMTIDA NF DE BONIFICAÇÃO OU SE A MERCADORIA SERÁ RECOLHIDA
QUANTIDADE FÍSICO/NF MENOR QUE OC (RECEBIMENTO PARCIAL)	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS SOBRE A ENTREGA DOS ITENS PENDENTES
QUANTIDADE FÍSICO/NF MAIOR QUE OC	QUANTIDADE CONFORME OCE NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS ADEQUAÇÃO DA OC E ALINHAR SE A MERCADORIA FICARÁ NA UNIDADE OU SE SERÁ RECOLHIDA PELO FORNECEDOR
DIVERGENCIA DE VALORES UNITÁRIOS	FINANCEIRO CONFORME OC	• RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMRPAS ANTES DO LANÇAMENTO. • TRATANDO-SE DE COBRANÇA DE IPI, PROPORÇÃO CX/UND OU DÍZIMA MAIOR QUE 4 CASAS DECIMAIS, **NÃO SINALIZAR** COMO NÃO CONFORME
DIVERGENCIA NO PRAZO DE PAGAMENTO	FINANCEIRO CONFORME OC	RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMRPAS ANTES DO LANÇAMENTO
NF COM PRAZO PARA PAGAMENTO EM OC DE ADIANTAMENTO	NÃO SINALIZAR	APENAS EFETUAR O LANÇAMENTO E DAR CONTINUIDADE NO PROCESSO
COBRANÇA DE FRETE NA NF EM DESACORDO COM OC	FINANCEIRO CONFORME OC	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS A INCLUSÃO DO VALOR. SINALIZAR COMO NÃO CONFORME APENAS SE O SETOR DE COMRPAS CONFIRMAR ESTAR EM DESACORDO
NF SEM COBRANÇA DE FRETE CONFORME OC	NÃO SINALIZAR	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS A EXCLUSÃO DO VALOR
PRODUTO DANIFICADO	EMBALAGEM INADEQUADA	SE IDENTIFICADO NO ATO DO RECEBIMENTO, REGISTAR NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NOTA FISCAL. ENTRAR EM CONTATO COM SETOR DE COMPRAS
PRODUTO EM DESACORDO COM OC	PRODUTO CONFORME SOLICITADO	VERIFICAR SE IRÃO FICAR COM O PRODUTO OU DEVOLVE-LO ANTES EFETIVAR O RECEBIMENTO E COMUNICAR AO SETOR DE COMPRAS
ENTREGA POSTERIOR A PREVISÃO DE ENTREGA DA OC	ENTREGA REALIZADA NO PRAZO	EM CASOS EXTREMOS SOLICTAR A NOTIFICAÇÃODO FORNECEDOR
FALTA DE REGISTRO NO MINISTÉRIDO DA SAÚDE OU RESPONSÁVEL TÉCNICO	REGISTRO NO MS E RT	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS RECOLHIMENTO DOPRODUTO E NOVA AQUISIÇÃO
DIVERGENCIA DE LOTE OU VALIDADE ENTRE PRODUTO E	LOTE E VALIDADE CONFORME NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS CARTA DE CORREÇÃO DO FORNECEDOR

NF OU FALTA DE INFORMAÇÃO		
MEDICAMENTO MANIPULADO SEM LAUDO DE QUALIDADE	MEDICAMENTO MANIPULADO COM LAUDO	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS ENVIO DOS LAUDOS PELO FORNECEDOR
VEÍCULO INADEQUADO PARA O TIPO DE MERCADORIA OU TRANSPORTANDO PRODUTOS DE NATUREZA DIVERSA QUE COMPROMETAM SUA INTEGRIDADE	TRANSPORTE ADEQUADO	NÃO ESTANDO A INTEGRIDADE DA MERCADORIA COMPROMETIDA, RECEBER A ENTREGA E SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS QUE REQUEIRA O FORNECEDOR A NOTIFICAÇÃO DA TRANSPORTADORA
TEMPERATURA INADEQUADA	MEDICAMENTO TERMOLÁBIL	CONTATAR SETOR DE COMPRAS ANTES DE EFETUAR O RECEBIMENTO

V. Siglas e Definições

OC: ordem de compra

NF: notafiscal

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Matriz de risco

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Desabastecimento			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	**Código:** PRS HMTJ 265	**Revisão:** 00	**Data:** 03/03/2022

I. Objetivos

Garantir a integralidade do atendimento aos pacientes por meio de contingencia em caso de desabastecimento de produtos críticos.

II. Materiais

Computador, telefone e material de escritório.

III. Abrangência

Setor de compras, farmácia e almoxarifado.

IV. Descrição dos passos da atividade

O desabastecimento pode ocorrer em virtude das determinantes abaixo:

1. Irregularidade no fornecimento em virtude do número reduzido ou único fornecedor de matéria-prima para diversos fabricantes;

2. Interrupção da produção pelo fabricante único ou de maior domínio para adequação às boas práticas da ANVISA ou outro motivo relevante;

3. Recolhimento de medicamentos, por determinação da ANVISA ou decisão interna ligada ao controle de qualidade, por exemplo.

4. Alteração da linha de produção e distribuição por estratégia de mercado adota pelos fornecedores.

5. Aumento inesperado da demanda em virtude de surtos, epidemias e pandemias.

6. Gestão ineficiente de estoque.

7. Restrição de crédito e indisponibilidade de recurso para concluir processo de compra com pagamento antecipado.

Em qualquer dos casos acima ou ainda naqueles não previstos que ocasionem o desabastecimento, o setor de suprimentos junto ao coordenador responsável pela área afetada define a estratégia a ser utilizada para garantir a reposição considerando tempo hábil e custo.

Estratégia 1: Negociação de pagamentos.

Sendo a entrega impossibilitada por conta de títulos em aberto ou restrição de crédito, negociar o pagamento e liberação da mercadoria ou realização da compra com outro fornecedor sem desconsiderar o prazo de entrega, custo, forma de pagamento, tempo necessário para execução do processo e tempo de entrega.

Estratégia 2: Compra emergencial.

Não sendo viável a compra pelos meios comuns, efetuá-la com recurso do fluxo de caixa da unidade em fornecedores locais.

Estratégia 3: Substituição.

Analisar possibilidade de substituição por produto equivalente.

Estratégia 4: Empréstimo ou troca.

Solicitar empréstimos ou troca às instituições de saúde da região.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

NA

VII. Referências

NA

ÁREA DE ATIVIDADE

Proposta para Regimento Interno da Unidade

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Regimento Interno da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** é formado pelo Código de Conduta e Ética da OSSHMTJ, voltado a todos os colaboradores e usuários, bem como pelas Instruções Normativas, que regem situações específicas dentro da Unidade.

O Regimento Interno da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado a estrutura organizacional aprovada pela direção do HMTJ.

A Policlínica tem papel diferencial como unidade de saúde na retaguarda das unidades da atenção Primária e atenção terciaria em saúde. Nossa proposta é acolher a população, prestar um atendimento de qualidade e redirecionar as queixas avaliadas como fora do perfil atendido por esta unidade, garantindo a inserção do usuário as redes de atenção.

O presente regimento interno visa assegurar a qualidade e a segurança das práticas assistenciais, assim como legitimar e padronizar as ações executadas nesta unidade de saúde.

Este Regimento se apresenta como um instrumento de fundamental importância para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações entre os diversos públicos da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa gerida pela OSS HMTJ. O intuito é sensibilizar e mobilizar, individual e coletivamente, para transparência nas relações, a integridade e respeito mútuo como princípios fundamentais, na busca da humanização e da qualidade de vida.

É obrigação de todas as pessoas que trabalham nesta Unidade observarem e cumprirem as regras e responsabilidades estabelecidas neste documento, nas diversas situações em que estejam envolvidos os interesses da Policlínica. A violação de qualquer preceito constitui-semotivo suficiente para o rompimento de contrato firmado com a OSS HMTJ.O presente regimento interno visa assegurar a qualidade e a segurança das práticas assistenciais, assim como legitimar e padronizar as ações executadas nesta unidade.

1- HISTÓRIA

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é uma unidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO), gerida pela organização social Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A unidade tem a finalidade de atender as demandas da Atenção Secundária, devido ao seu perfil de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). A policlínica funciona como suporte e retaguarda para os demais níveis de atenção, sobretudo a Atenção Primária, realizando procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e complexidade.

A policlínica funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. A unidade oferta consultas médicas, atendimento especializado interdisciplinar com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, de forma integrada, com a atenção centrada no usuário e com estímulo ao autocuidado e à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

A Policlínica é uma unidade regionalizada, localizada na Cidade de Formosa, sua localização busca facilitar o acesso das populações de 31 municípios na Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II do Estado de Goiás aos serviços da Rede de Atenção à Saúde com maior qualidade, resolubilidade e de acordo com os princípios da universalização, integralidade e equidade.

2- DIRETRIZES ORGANIZACINAIS

MISSAO:

A missão da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** é promover e prestar assistência à saúde com excelência, além de contemplar programas de ensino e pesquisa

VISÃO:

Ser referência em gestão da saúde com foco na excelência da prestação dos serviços de Atenção Secundária, de acordo com seu perfil de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

VALORES:

ÉTICA: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE E SEGURANÇA: Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas. Cuidado centrado paciente.

HUMANIZAÇÃO: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade de forma universal.

INOVAÇÃO: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

3- ORGANOGRAMA

Sobre as descrições de cargo das lideranças:

- Compete à **Diretoria geral.** Gerenciar e supervisionar serviços, custos, Coordenadores, Ouvidor e outros colaboradores designados sob sua responsabilidade hierárquica, desenvolver líderes de equipes, liderar e estimular colaboradores que prestam serviços; planejar e coordenar todas as questões administrativas, definindo rotinas de trabalho, técnicas de abordagem para o desenvolvimento da unidade, usuários, estratégias para cumprimentos de metas e prazos, identificando prioridades e suprindo materiais e equipamentos para execução dos serviços, bem como o seu desenvolvimento profissional, fazer cumprir diretrizes,

Proibido Reproduzir

protocolos, sendo o representante, responsável legal por toda unidade.

- Compete à **Direção Técnica** da unidade ser a responsabilidade técnica da unidade, supervisionar coordenação assistencial, e Especilaidades médicas, liderar e estimular a equipe de colaboradores que prestam serviços de atendimento ao público; planejar e coordenar o trabalho da equipe, definindo rotinas de trabalho, estabelecer protocolos assistenciais, e técnicas de abordagem ao pacientes, desenvolver estratégias para cumprimentos de metas e prazos, identificando prioridades, bem como o seu desenvolvimento profissional.

- Compete ao **Coordenador Assistencial** dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de enfermagem e Multiprofissional, incluindo atividades técnicas e auxiliares. Conferir a competência legal dos profissionais e fazer cumprir as normas dos Conselho de Classe Federal e Regional de Enfermagem. Acrescenta-se ainda a esse cargo a coordenação assistencial que engloba a coordenação e avaliação dos setores de Nutrição, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia e Radiologia.
- Compete ao **Coordenador Administrativo** supervisionar rotinas administrativas, chefiando diretamente equipe de assistentes e auxiliares administrativos. Coordenar serviços gerais de malotes, mensageiros, transporte; administrar recursos humanos, bens patrimoniais e materiais de consumo; organizar documentos e correspondências; gerenciar equipe. Controlar rotinas financeiras, monitorando pequeno caixa, verbas, contas a pagar, fluxo de caixa e conta bancária, conferindo notas fiscais e recibos, prestando contas e recolhendo impostos.
- Compete a **Qualidade** coordenar a implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, contribuindo para a melhoria contínua dos processos, sistemas de informação e qualidade dos produtos/serviços da unidade com base no Manual Brasileiro de Acreditação – ONA e Programa SGQ 5S.
- Compete ao **Médico** efetuar exames físico, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente. Coordenar equipe multidisciplinar do seu setor afim de oferecer assistência e segurança aos pacientes. Tomar decisões técnicas obedecendo aos padrões e protocolos institucionais. Estar subordinado a coordenação médica imediata, consequentemente a direção da unidade.

Proibido Reproduzir

- Compete ao **Enfermeiro** prestar assistência ao paciente, realizando consultas, procedimentos de maior complexidade e promovendo ações. Coordenar e auditar serviços de enfermagem e implementar ações para a recuperação da saúde.
- Compete ao **Farmacêutico RT** planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar as ações de saúde e serviços de farmácia, definindo estratégias para suas respectivas unidades. Administrar recursos financeiros; gerenciar recursos humanos e coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais.
- Compete ao **Assistente Social** prestar assistência aos usuários, familiares, sociedade e equipe com intuito de garantir direitos referentes a Seguridade Social (Saúde, Assistência e Previdência Social). Trabalha com fortalecimento de vínculos na perspectiva de incentivar o usuário, sua família e sociedade a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, democratizando informações e fortalecendo o exercício da cidadania. Envolvimento em ações e participações em grupos no âmbito hospitalar (GTH, Grupo de queda, CIPA e outros) e externos (Reuniões da REDE).
- Compete ao **Encarregado de Limpeza** Organizar e executar trabalho rotineiro de limpeza em geral, lavando dependências, utensílios e instalações, para manter as condições de higiene e conservação de todos os setores da unidade; supervisionar, liderar e estimular a equipe de colaboradores que prestam serviços de higienização e processamento de roupas; planejar e coordenar o trabalho da equipe, definindo rotinas de trabalho, técnicas de abordagem de clientes, usuários estratégias para cumprimentos de metas e prazos, identificando prioridades e suprindo materiais e equipamentos para execução dos serviços, bem como o seu desenvolvimento profissional. Implanta e adapta os serviços de Hotelaria, tornando-os verdadeiros instrumentos de apoio para os cuidados de enfermagem e, principalmente, para os serviços médicos que visam ao bem-estar dos clientes de saúde.

4- CÓDIGO DE CONDUTAE ÉTICA DA OSS HMTJ

CAPÍTULO I – INTEGRIDADE PROFISSIONAL E PESSOAL

Art. 1º: A integridade profissional e pessoal deve fazer parte de todas as ações das pessoas que trabalham na **Policlínica** e, para garantir a veracidade das informações aos pacientes, os

Proibido Reproduzir

colaboradores devem atuar com honestidade, competência, descrição e sinceridade, sempre em equipe e em defesa dos interesses da Instituição.

Art. 2º: A Diretoria está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas que visem ao aprimoramento dos serviços e da Instituição e das relações de trabalho.

.

Art. 3º: Com objetivo de zelar pela boa imagem da Policlínica e pelo bom clima organizacional, **não serão aceitos**:

I. A demonstração de atitudes que descriminem pessoas em decorrência da cor, do sexo, da religião ou da falta dela, da origem, da classe social, da idade e da incapacidade física ou mental;

II. A prática de comércio ou de prestação de serviços particulares no recinto da Unidade;

III. A utilização para fins particulares ou para repasse de terceiros, de tecnologia, metodologia ou knowhow, bem como de outras informações de propriedade da Unidade ou por ele obtida;

IV. A utilização de equipamentos ou outros recursos para fins particulares;

V. As conversações sobre assuntos inadequados de caráter institucional ou não, em locais de circulação de pessoas, na Unidade ou fora dele;

VI. A má utilização do tempo de trabalho, mediante conversas não relacionadas a este, ou mediante permanência fora do local de trabalho, sem justificativa;

VII. O desrespeito às orientações do Trabalho da Medicina do Trabalho, bem como as instruções normativas em anexo, os dispositivos que normatizam a segurança e a proteção de todos os que trabalham na Unidade, de seus pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II – DO PATRIMÔNIO

Art. 4º: A utilização dos objetos, do material e de equipamento que constituem o patrimônio da Unidade deve ser feito com atenção e cuidado pelos usuários.

Art. 5º: Cuidados maiores devem ser tomados com o material perfuro cortante ou contaminado, conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos e Serviços de Saúde (PGRSS), que visa uma segregação e acondicionamento correto, além do destino final do resíduo à responsabilidade

Proibido Reproduzir

socioambiental da instituição.

Art. 6º: Não é permitido usar componente do patrimônio em benefício próprio, retirá-lo sem autorização do local de trabalho, nem omitir informações sobre seu extravio.

CAPÍTULO III – DA RELAÇÃO COM OS PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES

Art. 7º: A finalidade da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Art. 8º: Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

I. A omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazem a opção de trabalhar em uma Unidade de Saúde, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;

II. A negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;

III. Opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora da Unidade com pessoas que não estejam envolvidas no respectivo caso.

IV. Que as críticas ou sugestões de nossos pacientes sejam consideradas, encaminhadas, analisadas, tratadas e respondidas;

V. O paciente maior de 60 anos, com 18 anos incompletos, gestantes, lactentes, mulheres e portadores de necessidades especiais, têm garantido por lei o direito à acompanhante durante seu ingresso na unidade, os demais serão avaliados pela equipe de saúde;

Proibido Reproduzir

CAPÍTULO IV – DAS RELAÇÕES COM OS COLEGAS DE TRABALHO

Art. 9º: As relações com os colegas de trabalho devem ser fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na cortesia e na lealdade, uma vez que o princípio básico de relacionamento profissional da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** é o trabalho de equipe integrado em um ambiente harmonioso.

Art. 10°: Na relação com os colegas de trabalho não serão aceitos:

I. Denegrir a imagem de colegas, fazendo comentários e críticas sobre sua conduta pessoal ou sobre seu desempenho profissional;

II. Iniciar boatos, falsas informações e similares, ou dar continuidade a eles;

III. Boicotar ou dificultar procedimentos de trabalho, bem como a execução de serviços levados a efeito por colegas de trabalho e omitir informações que facilitem ou ajudem o colega a executar suas.

CAPÍTULO V – DO AMBIENTE DE TRABALHO

Art. 11°: Como hábito prejudicial à saúde, o fumo é proibido em locais públicos, auditórios, reuniões, transporte coletivo, ambiente fechado e instituições de saúde. Em algumas localidades, o fumo é disciplinado por normas legais. Fica estabelecido que é permitido fumar apenas fora das dependências da Policlínica;

Art. 12°: A alimentação deve ser feita nos locais adequados, tais como copas e refeitórios, sendo vedada em outros locais, como (nos locais onde haja pacientes e nos setores Administrativos).

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 13°: Nos termos do que dispõe a normatização do sigilo médico, assim como da LGPD, constitui obrigação de todos, dentro e fora da Unidade, manter sigilo sobre todas as informações relativas ao pacientes e colaboradores, quer mediante dados pessoais, diagnóstico e exames, quer obtidas mediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional.

Proibido Reproduzir	

CAPÍTULO VII – DAS RELAÇÕES COM O MEIO AMBIENTE

Art. 14°: Sendo a preservação ambiental um dos pilares do conceito de saúde, todos os profissionais que trabalham na Policlinica deverão empreender ações que tragam resultados favoráveis à preservação ambiental e dos recursos ambientais, bem como responsabilizar-se pelo cumprimento das normas pertinentes, tais como coleta seletiva e consumo consciente de água e energia, evitando danos à sociedade e à imagem da Unidade.

CAPÍTULO VIII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 15°: A ação, a omissão ou conveniência que apliquem em desobediência ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética e demais normas da Policlínica será considerado infração à ética. As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

I. Advertência verbal;
II. Advertência por escrito;
III. Suspensão;
IV. Emissão por justa causa.

Art. 16°: A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa conta com um Comitê de Ética Médica, Enfermagem e Multiprofissional presidido por um membro da diretoria e composto pelos coordenadores das áreas administrativas, produtivas, assistencial e apoio.

Art. 17°: As reuniões do Comitê de Ética são realizadas por convocação de seu presidente.

Art. 18°: Os casos omissos nesse Código serão resolvidos pelo Comitê de Ética ou, em situações que demandem urgência pelo diretor do mesmo Comitê ou de seu substituto.

CAPÍTULO IX – DEFINIÇÃO DOS USUÁRIOS E SERVIDORES

Art. 19º: Para efeito desta Instrução Normativa, considera-se usuário toda pessoaque necessite dos serviços disponibilizados pela Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, bem como seus acompanhantes eaqueles que por qualquer motivo realizem visita a Unidade.

Art. 20º: Consideram-se servidores todos os empregados e prestadores de serviço, que realizam atividades na Unidade.

Proibido Reproduzir

CAPÍTULO X – DO ACESSO AO ESTACIONAMENTO

Art. 21º: Apenas será permitido o acesso dos servidores com a apresentação de crachá fornecido pela OSS HMTJ.

Art. 22º: Colaboradores, serviços terceirizados e visitantes a serviço devem ingressar identificados assim como entrega de materiais,recolhimento de lixo, ambulância e demais serviços de entrega.

Art. 23º: Há vagas disponíveis para colaboradores no estacionamento, assim como para carros de serviço e coordenações. As cargas e descargas de materiais e equipamentos serão realizadas, entretanto, através do portão do estacionamento, sendo responsabilidade dos controladores de acesso. É permitido o estacionamento de carros de clientes/ pacientes, visitantes ou acompanhantes no interior da unidade, assim como será disponibilizado vagas de recarregamento de veiculos eletricos.

CAPÍTULO XI – DO VESTUÁRIO

Art. 24°: O início da jornada de trabalho apenas deverá ocorrer, quando o colaborador estiver composto com o uniforme completo, conforme orientado no treinamento básico introdutório.

.

CAPÍTULO XII – BIOMETRIA

Art. 25°: O horário de funcionamento da unidade 07h e às 19h, todos os colaboradores celetitas deverão estar devidamente registrados no departamento de pessoal.

Art. 26°: O registro do ponto biométrico no relógio deverá ocorrer no máximo 10 minutos antes ou depois do horário de início da jornada.

Art. 27°: O ponto deverá ser registrado somente após a troca do uniforme tanto no início quanto depois da jornada de trabalho.

Art. 28°: Todos os colaboradores deverão ter por jornada quatro registros no ponto biométrico, constando:

I. Início da jornada;

II. Saida de intervalo;

Proibido Reproduzir

III. Retorno de intervalo;

IV. Final da jornada

CAPÍTULO XII – DA ESTRUTURA FÍSICA

Art. 31°: A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é um estabelecimento de saúde público Estadual de Baixa e média complexidade, com atendimento de demanda referenciada, compartilhamento do cuidado, que oferta serviços 100% SUS, tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Primária.

Art. 32°: A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos; promove serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospital/dia, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas como: Alergologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Reumatologia, Hematologia, e outros profissionais de Nível Superior: Biomédico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional.

Art. 33°:Atua no desenvolvimento das atividades da Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento ao Usuário; na produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos técnicos e científicos; na pesquisa e produção de produtos que visem à melhoria da qualidade de vida do beneficiário do atendimento; no exercício de atividades, seja no campo médico, multiprofissional e social; na promoção e manutenção da saúde da comunidade dentro da filosofia de consulta diagnostica em contando com participação de outros órgãos municipais e regionais de assistência à saúde; na elaboração e o desenvolvimento de programas específicos de assistência à comunidade com a participação de instituições e/ou entidades interessadas.

Proibido Reproduzir

Art. 35 º A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa faz parte do complexo de unidades ambulatoriais de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades da rede estadual visando assistência à saúde de referência e contra referência,com gestão por meio da Organização Social Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Art. 36º No desempenho de suas atribuições institucionais a POLICLINICA REGIONAL - CIDADE DE GIOÁS sob a gestão do HMTJ, atenderá as determinações da SES/GO estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparências e outras a serem definidas pela SES/GO.

CAPÍTULO XVII – DOS DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES

Art 37° O direito a acompanhante é destinado a pacientes menores de 18 anos, mulheres, e maiores de 60 anos. Em caso de necessidade de acompanhante para pacientes entre 18 a 60 anos, é necessária avaliação e autorização por escrito do Serviço Social ou da Supervisão de Enfermagem do setor, com período de validade da autorização.

Art 38° Das Regras**:**

i Preservar o ambiente da Policlinica;

ii Apresentar documento de identificação original com foto;

iii Portar permanentemente o crachá de visitante ou pulseira de acompanhante;

iv Não entrar com alimentos sem prévia autorização;

v Não utilizar Macas/poltronas desocupados;

CAPÍTULO XVIII – DO PROCESSO SELETIVO

Art 39°: O processo seletivo se dará através do recrutamento para as vagas pelo site da instituição (www.osshmtj.org.br). Os interessados em participar do processo de seleção, deverão fazer a inscrição até a data informada no site. Sendo que cada candidato só poderá concorrer a uma vaga, que será escolhida pelo mesmo no ato da inscrição. Antes de se inscreverem os candidatos deverão verificar se cumprem os requisitos de escolaridade necessários para cada vaga, conforme informado na tabela de especificação dos cargos.

Proibido Reproduzir

Art 40°: O referido processo será dividido em etapas por meio de convocações realizadas via site, ao qual o candidato deverá comparecer no local, dia e horário marcado referenciado na convocação:

I Triagem e análise curricular: Nesta etapa serão realizadas leituras dos dados inseridos nos cadastros e triados o número de candidatos que serão convocados para aplicação da prova técnica através da verificação de informações completas, especializações, experiênc ias na área, perfil para a vaga.

II Aplicação de prova técnica da área: nesta etapa serão aplicadas as provas para avaliação e apuração do conhecimento técnico de cada candidato referente á área de sua concorrência.

III Entrevista técnica e comportamental. Nesta etapa, os candidatos aprovados na prova técnica, serão submetidos às entrevistas técnicas e comportamentais, com os referidos profissionais das áreas assistenciais, administrativas e de RH, que visam identificar, por meio de perguntas, uma investigação de competências no repertório comportamental do avaliado. Neste modelo de entrevistas, usam-se perguntas situacionais e técnicas ao qual o avaliado consiga demonstrar a competência investigada sejam elas relacionadas a conhecimentos e habilidades inerentes a área, sejam elas avaliadas por meio da descrição situacional de atitudes comportamentais vivenciadas pelo avaliado.

IV Entrega de documentos: Nesta Etapa, os candidatos selecionados e aprovados do processo seletivo, deverão realizar cadastros e separar documentação necessária para processo de admissão conforme orientação. Vale ressaltar que a falta de documentação completa destes candidatos nas datas mencionadas, ou mesmo falta de irregularidades dos documentos solicitados, podem ocasionar desclassificação do candidato no processo.

V Treinamento de Integração: Nesta etapa, serão distribuídos uniformes, EPI, manual do colaborador e realizado treinamento de integração, munindo-o o novo colaborador de informações a respeito das políticas institucionais, dos process os e escalas de trabalho na unidade bem como normas e deveres a serem seguidos.

Art 41°: É OBRIGATÓRIO o comparecimento de todos os colaboradores convocados na data e horário mencionados para assinatura da carteira de trabalho, contrato de trabalho, entrega de EPI (as funções cabíveis), entrega de uniforme e treinamentos introdutórios institucionais.

Proibido Reproduzir

Qualquer eventualidade *deverá ser comunicada* ao setor de RH da unidade, pelos telefones já disponíveis no site.

CAPÍTULO XIX – DO FLUXO ASSISTENCIAL INTERNO

O paciente entra pela recepção central e é acolhido por um colaborador de forma humanizada desde a chegada.

O fluxo de atendimento dos pacientes iniciará após a identificação e cadastro de atendimento onde será direcionado para o consultorio ou salas de exames. Ao entrar na unidade, o usuário deverá retirar uma senha para realizar a identificação recebedndo uma etiqueta de identificação com os seus dados, sendo eles: nome social, data de nascimento, nome da mãe, seja eles, paciente, acompanhante ou visitantes, a etiqueta deverá ser fixada na roupa em local de facil leitura. Na recepção de identificação o paciente receberá uma senha conforme o encaminhamento e horario do seu atendimento agendado previamente pela central de regulação estadual ou pela propia unidade quanto tratando-se de retorno e interconsultas, onde será possivel o atendimento conforme agendamento para o turno A (Matutino) ou turno B (Vespertino).

Logo a pós na recepção de Cadastro irá inserir as informações no sistema de prontuário MV PEP e MV SOUL, assim como confirmar seus dados no sistema SERVIR, o paciente receberá uma pulseira de identificação com seus dados impressos.

A pulseira será afixada pelo recepcionista que orientará ao usuário a mantê-la durante todo o período que estiverem em atendimento nas unidades.

Depois de realizar a Ficha de Atendimento e ser identificados pela pulseira, o paciente passará pelo Acolhimento, onde será verificado seus sinais vitais e para gantir a segurança do paciente no acolhimento o paciente será classificado recebendo bolinha vermelha para risco de queda, bolinha amarela para alegias, neste momento, o paciente é atendido por um Técnico de enfermagem, tendo em vista o tipo de assistencia prestada, no modelo atenção secundaria, unidade ambulatorial especializada. Após será direcionado para o consultorio de atendimento ou sala de exames, o paciente é orientado seguir faixa sinalizada azul, que leva para o ambulatorio, e faixa preta que leva ao setor SADT.

Após ser encaminhado para recepção ambulatorial ou recepção da SADT, o mesmo aguardará o atendimento. Quando atendido pela equipe médica, o paciente conforme sua patologia poderá ser encaminhado para outra especialidade seja ela médica ou para equipe multiprofissional, atraves da interconssulta, sendo possivel também realizar exames

Proibido Reproduzir

laboratorias ou exames de imagem, podendo ocorrer no mesmo dia conforme vaga disponivel e especialidades presentes, ou ser reagendado para retorno para conclusão do seu diagnostico, sendo que o objeitivo da unidade é ser o mais resolutiva possivel. Quando trantando-se referência, contrarreferência, compartilhamento ou transição do cuidado para uma Unidade Básica de Saúde ou para outro serviço especializado de Alta Complexidade, é considerado o risco e/ou agravo do usuário.

CAPÍTULO XX – INFORMAÇÕES GERAIS

Art. 42°: A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa busca a melhoria contínua dos processos internos, viabilizando um atendimento de excelência ao paciente.

Art. 43°: O Sistema de Gestão da Qualidade procura enfatizar a importância da padronização de todos os processos, em todos os níveis, liderada pela alta administração e gestores na conquista e melhoria contínua dessa padronização.

Art. 44°: As ferramentas da Gestão de Qualidade alinhadas ao Planejamento Estratégico proporciona o direcionamento dos objetivos da organização a um futuro de sucesso e com novas conquistas.

Art. 45°: A Policlinica participa do Programa SGQ:5S com o objetivo de melhorar a eficiência, segurança e a produtividade através da destinação adequada de materiais, através de novos hábitos, comportamentos e atitudes.

Art. 35°: Com o objetivo de melhorar a qualidade assistencial, a unidade conta com o apoio da as seguintes comissões:

I. Comissão de Ética Médica;
II. Comissão de ètica Multiprofissional
III. Comissão de Biosegurança
IV. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
V. Comissão de Riscos de Acidente com Material Biológico;
VI. Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde;
VII. Comissão de Farmácia e Terapêutica;
VIII. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes- CIPA;

Proibido Reproduzir

IX. Comissão de Proteção Rdiológica

X. Comitê de Compliance

XI. Comitê de Ética em Pesquisa

XII. Núcleo de Segurança do Paciente.

XIII. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT

XIV. Comissão de Humanização

XV. Nucleo de educação permanente.

Art. 36°: O SESMT zela pela integridade física do trabalhador, procurando eliminar os riscos que podem causar acidentes de trabalho;

Art. 37°: É função do SESMT, acolher o colaborador e ajudá-lo a solucionar problemas que ocorram no seu dia-a- dia e proporcionar um ambiente de trabalho saudável e amigável.

CAPÍTULO XXI – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38°: A alteração total ou parcial deste Regimento dependerá de proposta devidamente escrita e fundamentada;

Art. 39°: Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes;

Art. 40°: Todos os usuários devem respeitar o Regimento Interno, Código de Conduta e demais normas da OSS HMTJ.

Art. 41°: Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação

Formosa, 19 de Setembro de 2024

_____

Diretor Geral da Unidade

Proibido Reproduzir

ÁREA DA ATIVIDADE

Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II. No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN-GO), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência a saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Enfermagem englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço de Enfermagem na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidade:

I. Prestar Assistência de Enfermagem visando à proteção e promoção da saúde, recuperação e reabilitação do paciente e da família;

II. Promover o crescimento e desenvolvimento da Equipe de Enfermagem através do conhecimento técnico- científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando os princípios éticos com dedicação e compromisso;

III. Valorizar o Profissional de Enfermagem, através de estratégias e programas voltados à educação permanente e a organização profissional;

IV. Promover a educação em serviço, visando à manutenção da qualidade da Assistência de Enfermagem;

V. Manter a colaboração com os demais serviços de saúde;

VI. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Profissional e Institucional;

VII. Colaborar com a Direção do hospital, no sentido de melhoramento, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos trabalhos técnicos e administrativos.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está vinculada à Diretoria Geral e à Gerência Assistencial dirigido por um Enfermeiro Responsável Técnico.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

I. Enfermeiro Responsável Técnico;
II. Enfermeiro Assistencial;
III. Enfermeiro SCIA;
IV. Técnicos de Enfermagem;

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.
A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes, sendo estas a Lei nº 7.498/86, o Decreto Nº 94.406/87 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os Colaboradores do Serviço de Enfermagem as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**
RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º. A Comissão de Ética de Enfermagem compete:

I. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

II. Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional;

III. Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ÉTICA PROFISSIONAL;

IV. Participar de estudos e projetos visando à orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões ÉTICAS;

V. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões ÉTICAS de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário;

VI. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensando ao usuário pela equipe de Enfermagem;

VII. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ÈTICA;

VIII. Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas;

IX. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO, sempre que necessário;

X. Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN-GO.

Art. 5º. À Enfermagem da Central de Material e Esterilização compete:

I. Manter em perfeito estado de conservação e funcionamento os equipamentos destinados à esterilização e outros equipamentos do setor, conforme POP específico;

II. Manter estoque suficiente de materiais, equipamentos e instrumentais cirúrgicos e em condições que possibilitem o cumprimento rigoroso do programa cirúrgico;

III. Realizar testes de segurança de esterilização, conforme rotinas estabelecidas pelo setor e validadas pelo SCIA;

IV. Prover os setores e o centro cirúrgico de material estéril em tempo hábil;

V. Observar e executar as rotinas específicas no recebimento, conferência, limpeza, preparo esterilização, guarda e distribuição dos materiais para os diversos setores;

VI. Executar controle físico, químico, biológico de esterilizar conforme rotina;

VII. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho;

VIII. Identificar e priorizar as necessidades da unidade, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos, com base na previsão anual de materiais, equipamentos e pessoal;

IX. Sintetizar e organizar o processo operacional, viabilizando o desenvolvimento de trabalho cooperativo, interativo e seguro, incentivando o trabalho em equipe;

X. Manter o controle administrativo, técnico, operacional, ético e deontológico sobre as múltiplas e diversas atividades de Enfermagem desenvolvidas no setor, objetivando a consolidação das metas e resultados setorial e institucional;

XI. Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes internados;

XII. Estabelecer o controle efetivo de custos e geração de receita, mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção e uso inadequado de equipamentos;

XIII. Manter controles estatísticos e criteriosos dos pacientes, como instrumentos geradores de dados e informações necessárias à movimentação dos pacientes nas unidades, monitoramento do desempenho setorial e ações de âmbitos decisórios;

XIV. Emitir mensalmente o relatório de atividades da unidade, encaminhado à direção do serviço de Enfermagem;

XV. Preencher o prontuário da forma mais detalhada possível, fazendo constar todos os registros de controles e atividades da equipe multiprofissional que permitam subsidiar a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna

Art. 6º. À Enfermagem da Endoscopia compete:

I. Proporcionar assistência integral e personalizada aos pacientes considerando suas necessidades biopsicossociais;

II. Recepcionar o paciente preparando este para o procedimento;

III. Preparar materiais/frascos para a coleta de material durante o procedimento;

IV. Realizar a identificação do frasco do material coletado imediatamente após o procedimento;

V. Auxiliar o médico durante o procedimento;

VI. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo e auxiliar na monitorização da oximetria e atender o médico endoscopista nos procedimentos;

VII. Acompanhar o paciente até a recuperação completa e liberação do mesmo;

VIII. Realizar a limpeza e desinfecção dos endoscópicos;

IX. Controlar equipamento quanto ao seu armazenamento;

X. Oferecer recursos materiais, humanos e equipamentos necessários para garantia de uma assistência segura, qualificada e personalizada aos pacientes de procedimentos eletivos ou emergenciais, transmitindo confiança à equipe médica quanto ao êxito do procedimento;

XI. Elaborar sistema eficaz de agendamento prévio dos procedimentos endoscópicos, que possibilite o planejamento de preparação de salas, equipamentos e materiais;

XII. Sistematizar e organizar o processo operacional de preparação das salas para procedimentos;

XIII. Efetuar o registro fidedigno de todas os procedimentos, mantendo-os sempre atualizados para levantamentos estatísticos e outras eventuais exigências;

XIV. Recepcionar o paciente observando para que esteja rigorosamente acompanhado do respectivo prontuário, para sua completa identificação, antes do início do prodimento;

XV. Atender a equipe de endoscopistas e de anestesiologista durante o procedimento de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho;

XVI. Manter preparada a sala de recuperação anestésica, provendo-a com materiais e equipamentos necessários para atendimentos especifico;

XVII. Receber o paciente, prestando cuidados no período pós-exame até a recuperação da consciência e estabilidade dos sinais vitais;

XVIII. Solicitar a presença do acompanhante e ou familiar responsável pelo pacietne a permanecer junto ao mesmo na SRPA;

XIX. Orientar o acompanhante/familiar responsável quanto ao exame e cuidados pós-exames e também quanto as biópsias a serem encaminhadas e laudo do exame;

XX. Atentar para que os materiais a serem enviados ao Anátomo-patológico sejam devidamente protocolados, evitando-se qualquer tipo de extravio, seguindo POP específico;

XXI. Conferir a validade das soluções de glutaraldeído através de registros em planilhas próprias, a fim de garantir a segurança do paciente, do profissional médico e da instituição;

XXII. Realizar levantamento periódico de materiais e equipamentos sob sua guarda;

XXIII. Encaminhar ao Centro de Material Esterilizado os instrumentais e equipamentos utilizados, os quais, em casos de procedimentos sépticos, deverão sofrer desinfecção prévia, no próprio local;

XXIV. Zelar para que a limpeza e desinfecção das salas de exames sejam executadas, observando-se o cumprimento dos procedimentos recomendados pelo (SCIA) Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial para prevenir e controlar infecções;

XXV. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho;

XXVI. Manter o controle administrativo, técnico, operacional, ético e deontológico sobre as múltiplas e diversas atividades do setor;

XXVII. Colaborar com programas de treinamento do pessoal, bem com atualização do conhecimento;

XXVIII. Identificar e priorizar as necessidades da unidade, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos, com base na previsão anual de materiais, equipamentos e pessoal;

XXIX. Sintetizar e organizar o processo operacional, viabilizando o desenvolvimento de trabalho cooperativo, interativo e seguro, incentivando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar;

XXX. Emitir mensalmente o relatório de atividades da unidade, encaminhado à direção do serviço de Enfermagem;

XXXI. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho;

XXXII. Preencher o prontuário da forma mais detalhada possível, fazendo constar todos os registros de controles e atividades da equipe multiprofissional que permitam subsidiar a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna;

XXXIII. Manter prontuários e resultados de exames organizados;

XXXIV. Checar com assinatura legível, todas as medicações e procedimentos realizados.

Art. 7º. À Enfermagem do Serviço de Controle e Infecção Ambulatorial compete:

I. Coletar mensalmente os dados para a geração, interpretação, análise e divulgação de indicadores de qualidade;

II. Notificar à Vigilância Epidemiológica municipal as doenças transmissíveis de caráter compulsório de acordo com a ocorrência;

III. Participar anualmente de reuniões do comitê de padronização, atuando na na escolha de equipamentos, materiais, germicidas e insumos para a instituição de acordo com as legislações vigentes;

IV. Compilar mensalmente perfil epidemiológico e biológico;

V. Elaborar e Implementar anualmente o Programa de Controle de Infecção Ambulatorial;

VI. Validar Normas e rotinas técnico operacionais de acordo com a necessidade;

VII. Fornecer mensalmente a taxa de infecção hospitalar das unidades sob vigilância; , promover campanhas e treinamentos;

VIII. Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pelo serviço , diariamente de acordo com os resultados de exames;

IX. Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor conforme demanda;

X. Participar da elaboração e revisão de protocolos para prevenção e controle das infecções ambulatoriais de acordo com a necessidade;

XI. Participar mensalmente das reuniões da CSCIA e realizar as atas;

XII. Realizar auditoria semestralmente para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção.

XIII. Manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa diária dos casos;

XIV. Elaborar cronograma de coleta da água anualmente , acompanhar os laudos de análise microbiológica de e divulgar nos setores mensalmente.

Art. 8º. À Enfermagem do Ambulatório e do Consultório compete:

I. Prestar diariamente uma assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes, sob supervisão do enfermeiro, auxiliando no atendimento ambulatorial e de urgência/emergência/intercorrências;

II. Preparar clientes para consultas e exames quando necessário, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;

III. Encaminhar paciente para realização de exames quando necessário, com o preenchimento do Protocolo de Procedimento Seguro;

IV. Administrar medicamentos e tratamento aos pacientes, observando horários, posologia e outros dados, para atender a prescrições médicas, seguindo os Nove Certos; cumprir prescrições de assistência médica, nutrição e de enfermagem;

V. Manter diariamente equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando aos superiores eventuais problemas.

VI. Executar semanalmente atividades de limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos, sinalizando com a etiqueta de desinfecção a validade e quantidade disponível no setor;

VII. Realizar anotações de enfermagem no sistema MV PEP e SOUL, registrando todos os cuidados prestados e intercorrências e realizar checagem e assinatura;

VIII. Providenciar material de consumo da ortopedia, ginecologia e obstetrícia, dermatologia, cardiologia, oftalmologia, neurofisiologia, mastologia, diariamente devido atendimento ambulatorial;

IX. Manter todos os consultórios organizados diariamente com reposição de materiais após término do atendimento ambulatorial;

X. Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual durante o procedimento/cuidados com o paciente e realizando após o cuidado prestado a Higiene de mãos;

XI. Requisitar ou devolver diariamente os materiais na CME, CAF e ALMOXERIFADO conferindo e registrando no Sistema MV SOUL, observando a integridade do material;

XII. Reconhecer a técnica da lavagem das mãos como um dos procedimentos básicos no controle da infecção, executando-a antes e depois dos atendimentos prestados aos clientes/pacientes, assim como antes e depois de qualquer procedimento técnico.

XIII. Desempenhar diariamente atividades técnicas de enfermagem, realizando todo o procedimento de atendimento e cuidados com os pacientes, orientados e prescritos por médicos e enfermeiros, em todas as áreas assistenciais oferecidas pela Instituição.

XIV. Receber o paciente, prestando cuidados no período permanência no setor até a decisão de sua Internação/consulta e encaminhamento para os setor de destino;

XV. Realizar quando necessário, o preenchimento das planilhas/impressos padronizadas e disponibilizadas no sistema RM e SIGQUALI.

XVI. Oferecer recursos materiais, humanos e equipamentos necessários para garantia de uma assistência segura, qualificada e personalizada aos pacientes de procedimentos eletivos ou emergenciais, transmitindo confiança à equipe médica quanto ao êxito do procedimento;

XVII. Sistematizar e organizar o processo operacional de preparação das salas para procedimentos;

XVIII. Efetuar o registro fidedigno de todas os procedimentos, mantendo-os sempre atualizados para levantamentos estatísticos e outras eventuais exigências;

XIX. Recepcionar o paciente observando para que esteja rigorosamente acompanhado do respectivo prontuário, para sua completa identificação, antes do início do prodimento;

XX. Atender a equipe médica durante o procedimento de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho;

XXI. Receber o paciente, prestando cuidados no período permanência no setor até a decisão de sua internação e encaminhamento para os setor de destino.

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 9º. Requisitos por categoria profissional:

I. Enfermeiro Responsável Técnico:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética da Enfermagem, organização do processo de trabalho de Enfermagem do Hospital e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe;

f. Estar disponível pelo telefone celular 24 horas.

II. Enfermeiro Assistencial:

a. Registro profissional no Conselho Regional com jurisdição na área onde ocorre o exercício;

b. Desejável experiência profissional comprovada;

c. Capacidade de liderança e trabalhar em equipe;

d. Desejável possuir certificado de aprovação de cursos de capacitação de acordo com as unidades internas de atuação;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética e demais legislações, normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Ser pontual e assíduo;

g. Uso de crachá e registro de ponto eletrônico rigorosamente.

II. Enfermeiro SCIA:

a. Registro profissional no Conselho Regional com jurisdição na área onde ocorre o exercício;

b. Desejável experiência profissional comprovada;

c. Capacidade de gerenciamento de setor;

d. Desejável possuir certificado de aprovação de cursos de capacitação de acordo com as unidades internas de atuação;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética e demais legislações, normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Ser pontual e assíduo;

g. Uso de crachá e registro de ponto eletrônico rigorosamente;

h. Desejável experiência profissional na área de Serviço de Controle e Infecção Hospitalar/Ambulatorial.

IV. Técnico de Enfermagem:

a. Registro profissional no Conselho Regional com jurisdição na área de exercício;

b. Desejável experiência profissional comprovada;

c. Trabalhar em equipe;

d. Responder as demandas da coordenação de enfermagem e enfermeiro;

e. Ser pontual e assíduo;

f. Trabalhar de acordo com o Código de Ética e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

g. Uso de crachá e registro de ponto eletrônico rigorosamente.

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 10º. Ao Enfermeiro Responsável Técnico compete:

I. Ser responsável Técnico pelo Serviço de Enfermagem, Equipe Multiprofissional, Equipe de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT);

II. Fazer cumprir a Resolução COFEN nº509, de 15 de março de 2016;

III. Elaborar Diagnóstico Situacional do Serviço de Enfermagem e demais setores discritos, consequentemente plano de trabalho;

IV. Organizar o serviço de Enfermagem de acordo com a especificidade da instituição, elaborando e/ou fazendo cumprir o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem;

V. Coordenar os cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Equipe Multiprofissional e Equipe de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;

VI. Representar a Enfermagem nas relações com as demais equipes e junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN-GO);

VII. Administrar, planejar, organizar, supervisionar e avaliar o processo assistencial de Enfermagem, Multiprofissional e SADT alinhando-os com a gestão da unidade;

VIII. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem de modo multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar; incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais de saúde;

IX. Organizar a equipe de Enfermagem de acordo com as especificidades de cada serviço exercido;

X. Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos da unidade;

XI. Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na resolução vigente;

XII. Realizar e garantir as escalas de serviço dos setores discritos;

XIII. Realizar reuniões periódicas com a equipe, com registro em ata;

XIV. Promover e participar de aperfeiçoamento técnico da equipe de enfermagem através de Programas de Treinamento.

XV. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Legislação do Exercício Profissional de enfermagem, Código de Ética de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;

XVI. Melhorar o fluxo de pacientes com consequente redução do tempo de espera para ser atendido e da superlotação dos serviços de urgência e emergência;

XVII. Prever, prover, organizar e controlar os materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao bom desempenho do serviço de acordo com normas e rotinas vigentes;

XVIII. Manter o controle administrativo, técnico, operacional, ético e deontológico sobre as múltiplas e diversas atividades de Enfermagem desenvolvidas no setor, objetivando a consolidação das metas e resultados setorial e institucional;

XIX. Estabelecer o controle efetivo de custos e geração de receita, mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção e uso inadequado de equipamentos;

XX. Manter controles estatísticos e criteriosos dos pacientes, como instrumentos geradores de dados e informações necessárias à movimentação dos pacientes nas unidades, monitoramento do desempenho setorial e ações de âmbitos decisórios;

XXI. Identificar e priorizar as necessidades das unidades, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos, com base na previsão anual de materiais, equipamentos e pessoal.

Art. 11º. Ao Enfermeiro I Assistencial e Enfermeiro SCIA compete:

I. Planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem do turno, sob sua responsabilidade;

II. Participar na elaboração e execução de rotinas e protocolos assistenciais junto a gerência Assistencial;

III. Proporcionar assistência integral e personalizada aos clientes/pacientes/colaboradores considerando suas necessidades biopsicossociais;

IV. Atender prontamente todos os clientes/pacientes encaminhados às respectivas observações e que

necessitem de cuidados intensivos, aplicando procedimentos técnicos apropriados a cada caso;

V. Manter Equipe de Enfermagem especializada, com conhecimentos científicos, habilidades técnicas e identificada, capacitada a prestar atendimento à pacientes em estado crítico;

VI. Observar continuamente o funcionamento correto e rigoroso de todos os equipamentos instalados, inclusive fonte de energia alternativa, zelando pela conservação e controlando a manutenção preventiva e corretiva dos mesmos;

VII. Operar corretamente os equipamentos existentes no setor;

VIII. Participar, periodicamente, de cursos de atualização;

IX. Preencher o prontuário da forma mais detalhada possível, fazendo constar todos os registros de controles e atividades da equipe multiprofissional que permitam subsidiar a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna;

X. Prestar uma assistência de Enfermagem de forma humanizada e de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem;

XI. Desempenhar suas atividades de acordo com as Normas e rotinas do serviço de Enfermagem, bem como seguir os POPs e PRS da instituição;

XII. Cooperar com a equipe médica na realização de procedimentos e na assistência necessária ao paciente;

XIII. Manter observação continua dos pacientes, comunicando, imediatamente, qualquer alteração no estado geral do paciente;

XIV. Colaborar com os programas de formação e treinamento do pessoal, bem como de atualização de conhecimentos;

XV. Evoluir as atividades de Enfermagem realizadas em sistemas de registros determinados (prontuário, cadernos setoriais e etc...);

XVI. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho;

XVII. Manter os leitos em condições para o atendimento de emergências;

XVIII. Receber e passar plantão com demais integrantes da equipe de sua unidade de serviço;

XIX. Cuidar e zelar pela utilização dos equipamentos e materiais do setor;

XX. Contribuir de forma efetiva, para manutenção de um ambiente calmo, seguro e limpo;

XXI. Checar com assinatura legível, todas as medicações e procedimentos realizados;

XXII. Colaborar com os serviços de apoio no sentido de facilitar o desenvolvimento de suas atividades junto ao paciente ou para o mesmo;

XXIII. Manter e cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos e materiais, mantendo-os sempre em boas condições de uso, higienizados, providos de recursos materiais, medicamentos e equipamentos indispensáveis aos procedimentos médicos e de Enfermagem;

XXIV. Prever, prover, organizar e controlar os materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao bom desempenho do serviço de acordo com normas e rotinas vigentes;

XXV. Realizar preenchimento notificações compulsórias;
XXVI. Colaborar com programas de treinamento do pessoal, bem com atualização do conhecimento;
XXVII. Sintetizar e organizar o processo operacional, viabilizando o desenvolvimento de trabalho cooperativo, interativo e seguro, incentivando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
XXVIII. Manter prontuários e resultados de exames organizados;
XXIX. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho.
XXX. Realizar auditoria semestralmente para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção.

Art. 12º. Ao Técnico de Enfermagem compete, quando aplicável a função:
I. Exercer atividades de nível técnico;
II. Acompanhar e executar o trabalho de enfermagem em grau auxiliar, sob supervisão e orientação do enfermeiro, cabendo-lhe especificamente:
a) Executar ações da assistência de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro;
b) Participar da orientação do trabalho de enfermagem em grau médio;
c) Participar da programação da assistência de enfermagem.

III. Prestar cuidados integrais a usuários em unidades de maior complexidade técnica, sob supervisão do Enfermeiro;
IV. Executar as atividades determinadas pelo Enfermeiro responsável pelo setor da Unidade que não estejam aqui descritas, mas que façam parte de suas atribuições conforme estabelecido na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406de 8 de junho de 1987;
V. Realizar os cuidados conforme orientação ou prescrição de enfermagem (realizada pelo enfermeiro, quando aplicável);
VI. Acompanhar pacientes à emergência, ao setor de imagem, em transportes externos, quando necessário;
VII. Acatar solicitação de remanejamento sempre que for solicitado pela supervisão;
VIII. Coletar sangue venoso quando necessário;
IX. Preencher quadro de gestão de leito e placa de identificação beira leito de forma completa sempre que admitir paciente e quando houver necessidade;
X. Organizar a visitação de familiares e amigos, orientando em caso de dúvidas, bem como conferir objetos trazidos para os pacientes;
XI. Receber e passar plantão com demais integrantes da equipe de sua unidade de serviço;
XII. Realizar as anotações de Enfermagem realizadas no prontuário físico e/ou eletrónico ;
XIII. Administrar medicamentos conforme prescrição;
XIV. Imprimir os formulários utilizados nas atividades da enfermagem;

XV. Auxiliar nas refeições trazidas pela empresa responsável pela alimentação

XVI. Participar de atividades de educação continuada;

XVII. Atuar nas atividades do CME.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 13º. O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa manterá atendimento em horário comercial completando 40 horas semanais e 220 horas mensais, sendo:

I. Das 07:00h às 19:00h de segunda-seira a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal de serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala pausa de 1 hora e 12 minutos, para almoço.

§ Nos horários de almoço os colaboradores deverão se organizar de forma a não deixar o setor sozinho.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art.14º. Dentre os deveres da equipe de enfermagem destacam-se:

I. Respeitar hierarquia;

II. Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

III. Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da instituição;

IV. Informar a chefia imediata às irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;

V. Tratar com urbanidade as pessoas;

VI. Atender aos clientes/pacientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalva as de ordem médicas e as protegidas em sigilo;

VII. Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições seja referente ao usuário ou da instituição;

VIII. Realizar anotação de enfermagem com clareza, objetividade e que ofereçam condições legais para avaliação da qualidade e eficiência da assistência de enfermagem, de forma a facilitar a coordenação e continuidade do trabalho de enfermagem, e que sirvam como fonte de informação para pesquisa, estatística, educação e planejamento;

IX. Usar como traje de trabalho jaleco ou uniforme próprio oferecido pela unidade, roupas não transparentes, não apertadas, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmalte íntegro e não usar adornos, obedecendo a NR 32;

X. Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;

XI. Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

XII. Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pré-estabelecidos;
XIII. Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;
XIV. Usar o crachá.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15º. O colaborador de enfermagem não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 16º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Coordenação do Serviço de Enfermagem.

Art. 17º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa da Gerência Assistencial de Enfermagem.

Art.18º. A liberação/saída das atividades durante o horário de trabalho e ou atividade extra e pela Gerência poderão ser realizadas por meio de critérios estabelecidos pela mesma como: assiduidade, baixo absenteísmo, cumprimento das normas, rotinas e protocolos institucionais, bem como legislações vigentes.

Art. 19º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores de enfermagem, sem qualquer exceção.

Art. 20º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde
HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
CME - Centro de Material Esterilizado
RI - Regimento Interno
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
PEC - Perfil Estruturado por Competências
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRS - Procedimento Sistêmico
RH - Recursos Humanos
SCIA – Serviço de Controle e Infecção Ambulatorial
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ LEIS/L7498.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, COFEN, 1987. Disponível em: http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

Resolução nº 564, 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2017a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen no5642017_59145.html. Acesso em: 19 ago. 2024.

Orientações para elaboração de documentos utilizados no gerenciamento e assistência de enfermagem. Goiânia: COREN/GO, 2015. Disponível em https://www.corengo.org.br/wp

content/uploads/2015/06/Orientacoes-para-elaboracao-de-documentos-utilizados-no-gerenciamento- e-assistencia-de-enfermagem-Site.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.

ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

Os sistemas de informação são essenciais para a gestão hospitalar, desempenhando um papel fundamental no funcionamento eficiente das instituições de saúde. Em um ambiente complexo como o da assistência à saúde, a integração de dados, informações e processos por meio da tecnologia se torna vital para a melhoria contínua da eficiência assistencial, financeira e operacional. A automação de processos, como agendamentos, gestão de estoques, prontuários eletrônicos, gestão de custos e demais áreas tem papel fundamental para a administração hospitalar, permitindo maior agilidade e precisão nas operações cotidianas.

Uma das principais vantagens dos sistemas de informação é a capacidade de fornecer dados em tempo real, o que melhora significativamente a tomada de decisões. O acesso rápido e preciso a informações clínicas e administrativas possibilita que os gestores hospitalares façam escolhas baseadas em dados concretos, de forma mais rápida e eficiente. Além disso, a análise de dados históricos permite uma melhor previsão de demandas futuras, auxiliando na alocação mais eficaz de recursos, como leitos e equipamentos.

A tecnologia da informação traz consigo não somente uma melhoria nos processos, mas também a otimização dos mesmos. A gestão da assistência à saúde se torna cada vez mais desafiadora, afinal, tempo e informação podem determinar a vida de um paciente. Neste contexto, os sistemas de informação possuem papel fundamental, pois funcionam como facilitadores de processos, o que, consequentemente, diminui o trabalho operacional e aumenta o tempo dos profissionais para dedicação prática e analítica em suas determinadas áreas, seja o enfermeiro ou médico na assistência à saúde direta, ou seja os setores administrativos no apoio operacional indireto, garantindo assim um organismo altamente fluido, funcional e ágil.

Outro aspecto importante é o impacto que esses sistemas têm na gestão financeira. Eles facilitam o controle de receitas e despesas, o controle de custos, provisionamentos, contabilização, geração de relatórios de demonstrações contábeis e financeiras, garantindo um controle mais rigoroso dos custos operacionais, gerando sustentabilidade financeira, confiabilidade das informações e transparência dos gastos públicos.

A segurança das informações também é um ponto de extrema relevância nos sistemas de informação hospitalares. Com a digitalização de prontuários e informações dos pacientes, proteger esses dados se torna uma prioridade. A implementação de sistemas robustos com foco em segurança reduz consideravelmente o risco de vazamentos de informações sensíveis, como históricos médicos, garantindo a privacidade dos pacientes e cumprindo com as regulamentações de proteção de dados.

Além de trazer melhorias no gerenciamento administrativo e financeiro, os sistemas de informação também aprimoram a qualidade do atendimento ao paciente, sendo este o principal objetivo desta organização social de saúde. Ou seja, todos os esforços sistêmicos, operacionais, financeiros e de pessoal se resumem aos principais objetivos desta organização: salvar e postergar vidas e garantir atendimento de máxima qualidade à população. Ao integrar informações de diferentes setores, como exames, prescrições e histórico clínico, esses sistemas permitem que os profissionais da saúde tenham uma visão completa do quadro do paciente, resultando em diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, aumentando a segurança e a satisfação dos pacientes.

A gestão de recursos humanos também é beneficiada por esses sistemas, que facilitam o controle de escalas de trabalho, a gestão de equipes e o monitoramento de desempenho. Com isso, a alocação de profissionais se torna mais eficiente, permitindo uma cobertura adequada dos plantões e uma melhor organização das equipes. Esse gerenciamento mais eficiente dos recursos humanos melhora o ambiente de trabalho e reforça a importância e a valorização dos colaboradores para o HMTJ, que busca sempre a melhoria contínua nos sistemas de informação para que haja maior eficácia possível nos programas de treinamento, desenvolvimento, captação e manutenção de talentos e de valorização e motivação do quadro de pessoas.

Em resumo, os sistemas de informação são fundamentais para a gestão hospitalar, indo além da simples automação de processos administrativos. Eles garantem uma gestão mais eficiente, sustentável e segura, melhorando tanto o funcionamento interno quanto a qualidade do atendimento ao paciente. A integração tecnológica nas instituições de saúde se mostra, portanto, um elemento indispensável para o sucesso e modernização do setor.

O HMTJ conta com sistemas de informações eficientes, robustos e altamente confiáveis, integrados entre si, permitindo uma gestão eficiente, segura, fluida, assertiva e confiável das informações. A instituição também conta com equipe bem preparada, treinada, com vasta experiência nos diversos softwares e no funcionamento dos hardwares, garantindo pleno funcionamento de todas as vertentes da tecnologia da informação.

A seguir, apresentaremos os módulos dos sistemas de gestão da informação utilizados, os quais serão: MV Soul, TOTVS RM, TOTVS Fluig, TOTVS Meu RH, Sigquali, entre outros:

MÓDULOS DOS SISTEMAS DE GESTÃO:

1. MV Soul

1.1. Recepção, emissão de senha, cadastro e triagem:

- A unidade contará com sistema de disponibilização de senhas via totem, que seguirá os critérios de prioridades de acordo com as normas preconizadas;
- Ao passar pela recepção, o paciente será devidamente cadastrado no sistema, registrando todos os dados essenciais e complementares e sendo alocado corretamente para espera para o setor, tipo de atendimento, procedimento ou exame a ser realizado;
- Após registro sistêmico, o paciente será direcionado à triagem ou ao setor, exame ou procedimento destinado, de acordo com as especificações de cada tipo de atendimento;
- A unidade contará com a disponibilização de telas para visualização e chamada dos pacientes, sendo devidamente parametrizadas para apontar a identificação do paciente e o local correto de atendimento;
- As informações coletadas servirão como base para todo atendimento do paciente, mas seguirão as diretrizes legais da lei geral de proteção de dados, preservando internamente as informações do paciente.

1.2. Chamada e atendimento:

- O sistema define a fila de acordo com as prioridades urgentes, emergentes, prioritárias, pouco urgentes e não urgentes e também define a fila por setor, especialidade, de acordo com a triagem;
- Nos casos de consultas agendadas, o sistema permitirá a chamada por hora agendada, possibilitando o controle de agenda e a otimização do tempo de atendimento em decorrência de possíveis atrasos;
- A chamada dos pacientes será de forma sonora e visual, disponibilizando informações como o nome do paciente e o local onde o mesmo deverá ser direcionado para atendimento;
- O painel deve mostrar o tempo previsto de atendimento aos pacientes;
- Os painéis de chamada dos pacientes serão interligados com o sistema de chamada do paciente pelo computador do local de destino, permitindo aos profissionais

maior agilidade ao chamar os pacientes, controle de filas, otimização do atendimento e prévia das informações;

- O sistema permite a movimentação dos status de atendimento dos pacientes, permitindo a atualização do atendimento, o devido registro no(s) local(is) em que o paciente será atendido, bem como a otimização dos atendimentos em casos de pacientes com mais de um atendimento a ser realizado, permitindo assim o monitoramento do andamento do caso clínico do paciente e gerando maior agilidade no atendimento do mesmo;
- O sistema permite a atualização do status de atendimento do paciente, desde o início de seu pré-atendimento na recepção e triagem até a saída do paciente da unidade após finalização do atendimento.

1.3.Agendamento de Consultas, Exames e Procedimentos:

- O sistema possui recursos de funcionalidade e parametrizações para o correto agendamento de consultas, exames e procedimentos disponíveis conforme parametrização;
- O sistema possui funcionalidades para cadastro prévio das informações disponíveis, tais como:
  - Cadastro dos profissionais;
  - Cadastro de feriados nacionais e regionais, permitindo o bloqueio de agendamentos nos dias selecionados;
  - Cadastro das agendas e horários disponíveis de acordo com o tipo de atendimento;
  - Tipos de atendimento (exames, consultas, procedimentos, etc.);
  - Especificações e orientações por tipo de atendimento;
  - Cadastro de especialidades;
  - Cadastro de setores;
  - Definição de tempo médio de atendimento;
  - Dentre outras funcionalidades.
- Ao efetuar o agendamento das consultas, o usuário terá acesso à agenda disponível para marcação, bem como a disponibilidade de campos parametrizados com os tipos de atendimento, com as observações de cada tipo de procedimento, exame ou consulta, tempo previsto, etc.;
- Ao agendar um tipo de atendimento, o sistema disponibilizará ao paciente a confirmação do agendamento e as orientações necessárias para cada tipo de procedimento;

- O sistema também possui funcionalidade de confirmação multicanal de agendamentos (via SMS, e-mail, WhatsApp e telefone) de forma automatizada, de acordo com as informações registradas no cadastro do paciente, possibilitando ao paciente a confirmação ou cancelamento. Também é possível realizar o reenvio programado das informações;
- O sistema fará automaticamente as alterações de acordo com a seleção de opções que o paciente responderá através das confirmações multicanais;
- Além das confirmações, o sistema poderá ser parametrizado para realizar cancelamentos automáticos de acordo com a parametrização definida pelo usuário;
- O sistema possui gestão de agendas dos profissionais, bem como recursos disponíveis (salas, equipamentos, etc.). Também é permitido o bloqueio ou liberação de agendas dos profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, garantindo a fidelidade da disponibilidade;
- O sistema permite a gestão de filas de espera de acordo com os critérios estabelecidos, possibilitando, por exemplo, o agendamento de novos pacientes em decorrência de uma abertura de vaga;
- O sistema também oferece a possibilidade de remanejamento de agenda do profissional ou entre profissionais, possibilitando a alteração de datas, horários, local, especialidade, etc.;
- O sistema oferece a possibilidade de encaixes de horário dentro da grade de horários parametrizada, permitindo uma forma de otimização da agenda por parte da equipe responsável e de acordo com as demandas;
- Também está disponível o histórico de atendimentos do paciente, possibilitando o controle dos atendimentos agendados, realizados, cancelados e pendentes;
- Todas as informações dos pacientes estarão integradas com o prontuário eletrônico e com a prescrição médica eletrônica, permitindo maior fluidez ao agendar vários atendimentos em uma única solicitação, de acordo com a determinação do médico responsável.

1.4.Consulta Ambulatorial:

No que tange à consulta ambulatorial, o sistema compartilha das mesmas funcionalidades descritas no agendamento de consultas, tendo como destaque os seguintes pontos:

- **Agendamento de Consultas**: Marcação de consultas de forma centralizada, permitindo gestão de horários e agendas de profissionais, integrada com a central de agendamentos de consultas;

- **Agendamento de Exames e Procedimentos**: Integração com outros módulos para permitir o agendamento de exames e procedimentos ambulatoriais;
- **Confirmação e Cancelamento de Consultas**: Envio de lembretes e confirmações via e-mail, SMS, WhatsApp ou telefone, permitindo que os cancelamentos ou confirmações sejam feitos pelos próprios pacientes;
- **Gestão de Lista de Espera**: Criação automática de listas de espera para consultas e exames, com notificação de vagas disponíveis;
- **Remanejamento de Consultas**: Ferramentas para reagendamento rápido e remanejamento de consultas ou procedimentos;
- **Gestão de Faltas**: Controle de consultas não comparecidas, com envio de mensagens e bloqueio de novas marcações, conforme regras estabelecidas.
- **Cadastro Completo de Pacientes**: Registro de dados pessoais, históricos médicos, contatos e informações complementares.
- **Histórico de Consultas e Procedimentos**: Visualização completa do histórico do paciente, incluindo consultas, exames, laudos e prescrições.
- **Integração com Prontuário Eletrônico**: Sincronização automática dos dados do paciente entre o ambulatório e o prontuário eletrônico, com acesso direto durante as consultas.
- **Integração com exames e procedimentos:** Solicitação de exames diretamente pelo médico durante a consulta, com envio automático para o laboratório ou setor responsável. Integração para marcação de pequenos procedimentos (curativos, drenagens, biópsias) realizados no próprio ambulatório. Recebimento dos resultados de exames e procedimentos diretamente no prontuário eletrônico.

O sistema também possibilita a recepção acessar a relação de atendimentos agendados, cruzando as informações de acordo com o agendamento do paciente por meio da associação da senha gerada pelo agendamento, otimizando o tempo de cadastro e/ou conferência ou atualização das informações já cadastradas do paciente;

A recepção também poderá efetuar a consulta das informações dos pacientes por meio de documentação (CPF, data de nascimento, nome completo) e pelo prontuário. Poderão ser preenchidos um ou mais parâmetros, de acordo com a necessidade;

Além da pesquisa manual, o sistema também permite a pesquisa por biometria do paciente, desde que esteja previamente cadastrada. Caso não houver cadastro, a recepção poderá efetuar o novo cadastro após relacionar ao cadastro do paciente;

O sistema possuirá campos disponíveis com preenchimento obrigatório e opcional. Sempre que houver o cadastro ou atualização de cadastro, o sistema estará preparado para gerar bloqueios de alteração e salvamento de acordo com a parametrização de obrigatoriedade dos campos;

No ato do atendimento, o sistema já estará parametrizado para buscar todas as informações previamente preenchidas no prontuário do paciente, possibilitando ao médico o acesso a todas as informações disponíveis, gerando uma gama de informações para análise e tomada de decisão com base no histórico do paciente, estando diretamente ligado ao prontuário eletrônico do paciente;

À medida em que o paciente for atendido, o status de atendimento deverá ser atualizado no sistema, sendo devidamente parametrizado para gerar alertas em caso de esquecimento de finalização dos atendimentos, de forma a registrar toda a evolução do paciente durante o atendimento;

O sistema também dispõe de uma série de relatórios assistenciais e gerenciais, que possibilitam uma visão sistêmica dos setores e informação para tomada de decisões. Dentre os principais relatórios, constam os atendimentos por período, atendimentos por especialidade, atendimentos por médico, atendimentos por tipo de serviço, consultas agendadas x realizadas, consultas realizadas x faturadas, tempo de espera, dentre outros;

Além dos relatórios existentes, a T.I poderá criar novos relatórios de acordo com as necessidades identificadas dos responsáveis.

1.5.Farmácia/Estoque:

- O sistema permite o gerenciamento de dos setores de farmácia e almoxarifado, bem como o gerenciamento dos estoques das áreas, possibilitando integração sistêmica com o prontuário eletrônico do paciente. A seguir, apresentamos as funcionalidades permitidas pelo sistema para gestão e controle dos setores e dos estoques:

1.5.1. Gestão de Farmácia

- **Controle de Medicamentos**: Gestão completa dos medicamentos em estoque, incluindo entradas, saídas, transferências e baixas, marcas, aprazamento, classificação do tipo de medicamento, origem (nota fiscal, empréstimo, doação);

- **Receitas Eletrônicas e Prescrição Médica**: Integração com o prontuário eletrônico para receber prescrições diretamente dos médicos, agilizando a dispensação de medicamentos.
- **Automação da Dispensação de Medicamentos**: Processos automatizados para separar, embalar e distribuir medicamentos prescritos para os pacientes ou unidades de internação.
- **Controle de Lotes e Validades**: Monitoramento dos lotes de medicamentos, com alertas automáticos de vencimento e controle de rastreabilidade.
- **Prescrição por Dose Unitária**: Geração de prescrições e dispensação com base na dose unitária para otimizar o consumo de medicamentos e evitar desperdícios.
- **Gestão de Medicamentos Controlados**: Controle rigoroso de medicamentos controlados (psicotrópicos e entorpecentes), conforme as regulamentações da ANVISA, incluindo emissão de relatórios e controle de inventário específico.
- **Integração com Sistemas de Prescrição Médica**: Recebimento automático das prescrições feitas pelos médicos e envio para a farmácia, otimizando o fluxo de trabalho.
- **Dispensação para Pacientes Internos e Externos**: Possibilita o controle de medicamentos dispensados tanto para pacientes internos, ambulatoriais ou externos, se for o caso.
- **Fármacovigilância**: Registro e acompanhamento de reações adversas a medicamentos, com controle de farmacovigilância integrado ao sistema.
- **Farmácia Clínica**: Realização de registros sistêmicos para criação de histórico de medicações utilizadas, possibilitando a farmácia atuar diretamente junto aos pacientes, médicos e outros profissionais de saúde, garantindo que o tratamento farmacológico seja seguro, eficaz e adequado.

1.5.2. Gestão do Almoxarifado

- **Gestão de Estoque de Materiais Hospitalares**: Controle e gerenciamento de materiais hospitalares e insumos médicos, como seringas, agulhas, gaze, entre outros.
- **Gestão de Estoque de Materiais de Expediente, Limpeza e Escritório**: Controle e gerenciamento de materiais de expediente, limpeza e de escritório.

- **Gestão de Estoque de OPME (Órtese, Prótese e Material Especial)**: O sistema também possibilita a gestão dos estoques em comodato, como os OPME, caso a unidade de saúde disponha deste tipo de insumo
- **Controle de Entradas e Saídas de Materiais**: Registro de todas as movimentações de materiais no almoxarifado, desde recebimento até a entrega nas unidades de atendimento.
- **Gestão de Múltiplos Almoxarifados**: Gerenciamento simultâneo de diferentes almoxarifados dentro da instituição, permitindo controle de estoques separados por unidades ou setores.
- **Controle de Lotes e Validade de Materiais**: Gestão de lotes e datas de validade de insumos, com alertas para materiais próximos ao vencimento.
- **Inventário Físico e Conferências**: Ferramentas para realização de inventários periódicos, com comparação entre estoque físico e registro no sistema.
- **Integração com Compras e Fornecedores**: Conexão direta com os módulos de compras, facilitando o pedido de reposição de materiais e a gestão de fornecedores.
- **Histórico de Movimentação de Estoque**: Relatório detalhado de todas as movimentações de materiais e medicamentos, permitindo auditorias e rastreamento completo.
- **Controle de Custo por Setor**: Análise detalhada do consumo de materiais e medicamentos por setores, com relatórios de custo por centro de custo ou unidade de atendimento.

1.5.3. Controle de Estoque

- **Gerenciamento de Estoque em Tempo Real**: Visualização em tempo real dos níveis de estoque, entradas, saídas, transferências e baixas de materiais e medicamentos.
- **Controle de Estoque Mínimo e Máximo**: Definição de níveis mínimos e máximos de estoque para cada item, com alertas automáticos para reposição.
- **Controle de Inventário**: Módulos para realização de inventários periódicos de estoque, com integração direta para ajustes automáticos com base na contagem física.
- **Automação de Processos de Reposição**: Automatização do processo de reposição de estoque com base em critérios pré-definidos (estoque mínimo, consumo médio, etc.).

- **Relatórios de Consumo e Utilização**: Geração de relatórios detalhados sobre o consumo de materiais e medicamentos por setor, unidade ou paciente.
- **Distribuição por Centro de Custo**: Controle de movimentações e distribuição de materiais e medicamentos por centro de custo, com apuração de gastos por departamento.
- **Distribuição por Paciente**: Além da distribuição por centro de custo, também é possível emitir relatórios com o custo de Mat/Med por paciente, possibilitando uma melhor análise dos itens utilizados e propondo melhorias.
- **Gestão de Estoque por Localidade e Tipo de Item**: Gerenciamento de múltiplos estoques localizados em diferentes setores, com a possibilidade de transferências internas. A gestão de mais de um local de estoque possibilita o atendimento imediato a determinados locais que possuam maior necessidade de movimentação de determinados itens.
- **Baixa de Materiais por Utilização**: Registro automático da baixa de materiais conforme são utilizados em procedimentos médicos, tanto em cirurgias quanto em consultas ou procedimentos ambulatoriais.
- **Dispensação e baixa por bipagem**: Baixa de itens utilizados por sistemas de bipagem, aumentando a agilidade dos processos de controles internos e sistêmicos e evitando o registro incorreto de dispensações e utilizações dos itens.

1.5.4. Dispensação de Materiais e Medicamentos

- **Integração com o Prontuário Eletrônico**: Permite que os medicamentos e materiais prescritos durante consultas e procedimentos sejam automaticamente baixados no estoque de acordo com o registro de utilização feito em prontuário.
- **Controle de Dispensação por Dose Unitária**: Ferramenta para dispensação de medicamentos na quantidade exata necessária, evitando desperdícios e erros de dosagem.
- **Dispensação de Materiais e Medicamentos para Pacientes Internos e Ambulatoriais**: Gestão das dispensações de medicamentos e materiais tanto para pacientes internados quanto para pacientes de ambulatório.
- **Automação na Dispensação para Internação**: Otimização da dispensação de medicamentos e insumos para pacientes internados, com integração ao sistema de prescrição médica.

- **Acompanhamento de Consumo por Paciente**: Registro detalhado de todos os medicamentos e materiais utilizados por cada paciente, permitindo controle de custos e faturamento adequado.
- **Integração com Equipamentos Automatizados de Dispensação**: Suporte para integração com sistemas automatizados de dispensação, como robôs de farmácia hospitalar.

1.5.5. Relatórios e Indicadores

- **Relatórios de Consumo de Medicamentos e Materiais**: Geração de relatórios sobre o consumo de medicamentos e materiais por paciente, setor, ou tipo de atendimento.
- **Indicadores de Estoque**: Relatórios sobre o nível de estoque, materiais vencidos, materiais em ponto de reposição e inventários.
- **Inventário de Estoque**: Emissão de relatórios de posição de estoque inicial, listagem para contagem de itens por produto, lote e localidade, posição final de estoque, possibilidade de ajustes conforme contagem física dos estoques e emissão de relatórios com o comparativo entre estoque inicial, final e diferenças, tanto de forma sintética, por local de estoque ou tipo de produto, quanto de forma analítica, por item, localidade, lote, etc.
- **Análise de Consumo de Medicamentos por Especialidade**: Relatórios detalhados que mostram o consumo de medicamentos por especialidade médica, auxiliando na gestão e controle de custos.
- **Indicadores Financeiros**: Relatórios que ajudam a avaliar os custos com medicamentos e materiais em relação ao orçamento disponível, com análise por centro de custo ou unidade.
- **Análise de Gasto por Paciente e Procedimento**: Relatórios detalhados sobre o custo de medicamentos e materiais utilizados em cada procedimento ou durante a internação de pacientes.

1.5.6. Segurança e Auditoria

- **Controle de Acessos**: Permissões configuráveis para controlar o acesso de usuários aos diferentes módulos, garantindo a segurança na gestão de medicamentos e materiais.

- **Auditoria de Movimentações**: Registro completo e rastreável de todas as movimentações de estoque, desde a entrada até a dispensação ou baixa de materiais e medicamentos.
- **Registro de Prescrição e Dispensação de Medicamentos Controlados**: Controle rigoroso dos medicamentos controlados (psicotrópicos e entorpecentes), com relatórios para as autoridades competentes.

1.5.7. Integração com Outros Módulos

- **Integração com Prontuário Eletrônico**: Sincronização direta entre prescrições médicas e a farmácia, permitindo dispensação ágil e segura.
- **Integração com Módulos de Faturamento**: Garantia de que todos os materiais e medicamentos utilizados sejam corretamente faturados e enviados para cobrança na conta do paciente.
- **Integração com Módulos de Compras e Fornecedores**: Conexão direta entre o controle de estoque e as áreas de compras para reposição de medicamentos e materiais.

Essas funcionalidades sistêmicas possibilitam uma visão completa e integrada da gestão de farmácia, almoxarifado, controle de estoque e dispensação de materiais e medicamentos, garantindo eficiência, segurança e otimização dos recursos em instituições de saúde.

1.6.Gestão Patrimonial:

A Gestão Patrimonial oferece funcionalidades para o controle e administração dos ativos fixos e bens patrimoniais de instituições de saúde. Ela é essencial para garantir a organização, o acompanhamento e a gestão eficaz dos bens móveis e imóveis. Abaixo estão as principais funcionalidades desse módulo:

1.6.1. Cadastro de Bens

- **Cadastro Completo de Ativos**: Permite o registro detalhado de cada bem patrimonial, incluindo descrição, número de série, localização, responsável e outras informações relevantes.

- **Classificação de Bens**: Os ativos podem ser categorizados por tipo (móveis, imóveis, equipamentos médicos, veículos, etc.), facilitando a gestão e o controle.
- **Integração com Outros Módulos**: O cadastro de bens pode estar vinculado a outras áreas, como financeiro, compras, e estoque, permitindo uma visão integrada da instituição.

1.6.2. Controle de Depreciação

- **Cálculo Automático de Depreciação**: O sistema calcula automaticamente a depreciação dos bens, utilizando diferentes métodos (linear, soma dos dígitos, etc.), conforme as políticas da organização.
- **Histórico de Depreciação**: Armazena o histórico completo de depreciação de cada bem, permitindo acompanhar a desvalorização ao longo do tempo.

1.6.3. Movimentação de Bens

- **Transferência de Bens**: Possibilidade de transferir bens entre setores ou unidades da instituição, com registro detalhado de quem solicitou e aprovou a transferência.
- **Rastreamento de Localização**: Controle preciso da localização de cada ativo, ajudando a evitar perdas e melhorando a eficiência na alocação de equipamentos.

1.6.4. Manutenção e Vida útil

- **Registro de Manutenção**: Permite agendar e registrar manutenções preventivas e corretivas de equipamentos, garantindo que estejam sempre operacionais.
- **Controle da Vida Útil dos Bens**: Monitora a vida útil dos ativos e emite alertas sobre a necessidade de substituição ou manutenção.
- **Gestão de Contratos de Manutenção**: Controle de contratos com fornecedores de manutenção, garantindo que as obrigações sejam cumpridas dentro dos prazos.

1.6.5. Inventário Patrimonial

- **Inventário Físico**: Facilita a realização de inventários físicos, permitindo conciliar os registros do sistema com os ativos encontrados nas unidades.

- **Discrepâncias e Ajustes**: Registra discrepâncias encontradas no inventário e permite ajustes nos registros do sistema, com auditoria para garantir a integridade.

1.6.6. Controle de Aquisições e Baixas

- **Aquisição de Bens**: Integra o processo de compra de bens patrimoniais com o módulo de compras, automatizando o registro no sistema assim que a aquisição é finalizada.
- **Gestão de Baixas**: Facilita o processo de baixa de ativos, seja por obsolescência, venda, doação ou perda, com todos os registros financeiros e fiscais associados.

1.6.7. Relatórios e Indicadores

- **Relatórios Gerenciais**: Geração de relatórios detalhados sobre o estado dos bens patrimoniais, movimentações, depreciação e manutenção.
- **Indicadores de Performance**: Análise de dados para fornecer indicadores como o valor total dos ativos, custo de manutenção, taxa de depreciação, entre outros.

1.6.8. Integração com Contabilidade

- **Integração Contábil**: As informações sobre aquisição, depreciação e baixa de bens são integradas com o módulo de contabilidade, garantindo o registro contábil correto e a geração de relatórios financeiros precisos.

1.6.9. Auditoria e Segurança

- **Controle de Acesso**: Somente usuários autorizados podem realizar movimentações e ajustes nos bens patrimoniais, com um registro completo de cada ação realizada.
- **Rastreabilidade**: Todo o histórico de movimentações, depreciação e manutenção é registrado, garantindo que a auditoria seja facilitada.

1.6.10. Planejamento de Substituições

- **Previsão de Substituição de Ativos**: Com base na vida útil e nas condições dos bens, o sistema pode ajudar a planejar quando substituições serão necessárias, evitando surpresas e garantindo a continuidade dos serviços.

Essas funcionalidades tornam o módulo de Gestão Patrimonial do MV Soul uma ferramenta essencial para o controle eficiente dos ativos, garantindo que os equipamentos e instalações da instituição de saúde estejam sempre bem geridos e operacionais.

1.7.Exames de Imagens e Laboratório:

O sistema oferece uma gama de funcionalidades para a gestão de Exames de Imagens e Laboratório, otimizando os fluxos de trabalho. O módulo foi projetado para registrar as informações referentes aos exames vinculados ao diagnóstico terapêutico por imagem, quais sejam, raio-x, tomografia computadorizada, ultrassonografia, endoscopia, entre outros, sendo solicitados via sistema integrado com o prontuário eletrônico do paciente. A seguir, destacamos os principais pontos:

1.7.1. Agendamento de Exames

- **Agendamento Centralizado**: Permite marcar exames laboratoriais e de imagem em diferentes unidades, gerenciando a disponibilidade de salas e equipamentos.
- **Prioridade de Urgência**: Possibilidade de marcar exames de urgência com priorização, agilizando o atendimento.

1.7.2. Gestão de Resultados de Exames

- **Emissão de Laudos**: Geração e emissão de laudos de exames com a possibilidade de integração de assinaturas eletrônicas.
- **Integração com Sistemas de Imagem (PACS)**: Conexão com sistemas PACS para armazenar, visualizar e compartilhar imagens de exames radiológicos, como raio-X e tomografia.
- **Resultados em Tempo Real**: Envio de resultados diretamente para o prontuário eletrônico do paciente, permitindo que médicos tenham acesso imediato aos resultados para tomada de decisões rápidas.

1.7.3. Gestão de Fluxo de Trabalho

- **Integração com Prontuário Eletrônico**: Os exames solicitados pelos médicos são automaticamente registrados no prontuário eletrônico, facilitando o acompanhamento e a comunicação.
- **Controle de Status dos Exames**: Permite acompanhar o status de exames (agendado, em processamento, concluído, etc.), tanto por médicos quanto por pacientes.
- **Automação de Rotinas**: Automatiza a coleta de dados e resultados, desde a solicitação até a entrega final, reduzindo erros manuais e retrabalho.

1.7.4. Coleta de Amostras Laboratoriais

- **Gestão de Coletas**: Controle da coleta de amostras em laboratório, com rastreamento da amostra desde a coleta até a análise final.
- **Identificação e Etiquetagem automática**: Impressão automática de etiquetas de código de barras para identificação de amostras, garantindo segurança e rastreabilidade.
- **Controle de Tempo de Coleta**: Monitoramento do tempo adequado para coleta e transporte de amostras que demandam maior atenção, como sangue ou urina.

1.7.5. Análise de Exames Laboratoriais

- **Automação de Processos Laboratoriais**: Integração com equipamentos de laboratório, automatizando o processo de leitura, análise e registro de resultados.
- **Interface com Equipamentos de Laboratório**: Comunicação direta com analisadores clínicos para a importação automática dos resultados.
- **Validação de Resultados**: Ferramentas para a validação de resultados críticos antes de serem liberados para médicos e pacientes.

1.7.6. Controle de Qualidade

- **Monitoramento de Desempenho de Equipamentos**: Controle e acompanhamento de manutenções e calibrações dos equipamentos utilizados para exames de imagem e laboratório.
- **Controle de Qualidade de Resultados**: Verificação automática de resultados fora dos padrões e envio para revisão por especialistas.

- **Gerenciamento de Protocolos de Exames**: Padronização de procedimentos e protocolos clínicos para garantir que os exames sejam realizados de maneira correta e uniforme.

1.7.7. Faturamento e Auditoria de Exames

- **Integração com Faturamento**: Facilita o registro de exames realizados no sistema de faturamento, garantindo que todos os procedimentos sejam corretamente cobrados.
- **Auditoria de Exames**: Ferramentas para auditoria interna e externa dos exames realizados, identificando inconsistências ou possíveis fraudes.
- **Controle de Exames Não Realizados**: Rastreamento de exames agendados que não foram executados, com possibilidade de justificar cancelamentos e remanejamentos.

1.7.8. Remanejamento e Cancelamento de Exames

- **Remanejamento de Horários**: Flexibilidade para remarcar exames de acordo com a disponibilidade de salas, profissionais e equipamentos.
- **Cancelamento de Exames**: Opção para cancelar exames com registro automático dos motivos de cancelamento e notificação ao paciente.
- **Gestão de Ausências**: Controle de faltas de pacientes e reagendamentos, permitindo melhorar o fluxo e evitar desperdícios de tempo e recursos.

1.7.9. Integração com Sistemas Externos

- **Integração com Outros Laboratórios**: Envio de exames para laboratórios de referência, com retorno dos resultados diretamente ao prontuário do paciente.
- **Parcerias com Redes de Imagem**: Facilita a integração com clínicas de imagem para compartilhamento de informações e resultados.

1.7.10. Análise e Relatórios

- **Relatórios Estatísticos**: Geração de relatórios sobre a quantidade e tipos de exames realizados, tempo de resposta, e outros indicadores de desempenho.
- **Indicadores de Desempenho**: Análise do desempenho da equipe e da eficiência dos processos, com base em métricas como tempo médio de realização de exames e taxa de erros ou retrabalho.

- **Relatórios de Diagnóstico**: Ferramentas para gerar relatórios completos de diagnóstico para apoio à decisão médica e gestão clínica.

1.8.Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O PEP é uma ferramenta essencial para a prática da medicina moderna, permitindo que as informações do paciente sejam acessíveis em tempo real, com segurança e precisão. As informações das ações e cuidados registrados servem de base a pesquisa e ensino, controle de qualidade e auditoria clínica.

O sistema é uma ferramenta abrangente que facilita a gestão integrada da saúde do paciente, promovendo a eficiência, segurança e qualidade no atendimento.

O PEP engloba diversas funcionalidades, tais como a prescrição médica, solicitação de exames, anamnese, evolução médica, evoluções da enfermagem e alta médica, dentre outras. A seguir, estão listadas as principais funcionalidades e benefícios do PEP no sistema MV:

1.8.1. Registro Completo de Informações do Paciente

- **Histórico Clínico**: Registra todas as interações do paciente com o sistema de saúde, incluindo consultas, procedimentos, exames, internações e medicações.
- **Dados Demográficos**: Armazena informações pessoais do paciente, como nome, endereço, contato, e documentos pessoais.
- **Histórico de Doenças e Alergias**: Armazena dados sobre condições de saúde passadas, histórico familiar e alergias, oferecendo uma visão completa para os profissionais de saúde.

1.8.2. Integração Multidisciplinar

- **Acesso Multidisciplinar**: Permite que diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc.) registrem e acessem informações no prontuário, facilitando a comunicação entre equipes.
- **Interações em Tempo Real**: Os dados são atualizados em tempo real, permitindo que qualquer profissional com acesso veja as informações mais recentes do paciente durante o atendimento.

1.8.3. Prescrição Eletrônica

- **Prescrição Médica Eletrônica**: Facilita a prescrição de medicamentos, procedimentos e exames diretamente pelo PEP, com integração a farmácias e laboratórios.
- **Interações Medicamentosas**: O sistema alerta sobre possíveis interações medicamentosas e outras contraindicações antes de concluir a prescrição.
- **Assinatura Eletrônica**: Utiliza certificados digitais para garantir a autenticidade e segurança das prescrições e documentos médicos.

1.8.4. Segurança da Informação

- **Controle de Acesso**: Implementa diferentes níveis de acesso com base nas funções dos profissionais, garantindo que apenas usuários autorizados possam visualizar ou alterar determinados dados.
- **Criptografia de Dados**: Protege as informações dos pacientes com criptografia, tanto durante o armazenamento quanto durante a transmissão de dados.
- **Auditoria de Acessos e Alterações**: Mantém um registro detalhado de quem acessou ou alterou informações no prontuário, promovendo a rastreabilidade e segurança.

1.8.5. Gestão de Exames e Resultados

- **Solicitação de Exames**: Permite que médicos solicitem exames diretamente pelo prontuário, com integração a sistemas de imagem e laboratório.
- **Visualização de Resultados**: Resultados de exames laboratoriais e de imagem são integrados automaticamente ao PEP, disponíveis para revisão pelos médicos e acesso das equipes multidisciplinares.
- **Histórico de Exames**: O PEP armazena todos os exames já realizados pelo paciente, permitindo comparações ao longo do tempo.

1.8.6. Prontuário Completo e Unificado

- **Prontuário Longitudinal**: O sistema armazena todos os registros do paciente desde sua primeira interação com o sistema de saúde, fornecendo uma visão contínua de sua saúde ao longo do tempo.
- **Centralização de Informações**: Reúne todas as informações clínicas em um único local, facilitando o acesso e a tomada de decisões clínicas baseadas em dados completos.

1.8.7. Monitoramento e Acompanhamento Clínico

- **Alertas e Notificações**: O sistema pode gerar alertas automáticos para situações críticas, como resultados de exames anormais ou necessidade de revisão de medicamentos.
- **Planos de Cuidado**: Permite que equipes médicas criem e monitorem planos de cuidado individualizados, com metas, tratamentos e acompanhamentos adequados a cada paciente.
- **Fluxos de Trabalho Personalizados**: Automatiza parte do fluxo de trabalho clínico, como agendamento de consultas de retorno e pedidos de exames de rotina.

1.8.8. Evolução Clínica

- **Registro de Evolução**: Os profissionais de saúde podem registrar a evolução clínica do paciente, incluindo observações médicas, intervenções, diagnósticos e respostas aos tratamentos.
- **Compartilhamento de Informação**: Facilita a comunicação entre profissionais de saúde com acesso a registros completos e atualizados sobre a evolução do paciente.

1.8.9. Anotações de Enfermagem

- **Registros de Enfermagem**: Armazena as anotações e observações de enfermeiros, como sinais vitais, administração de medicamentos e intervenções realizadas.
- **Planos de Cuidado de Enfermagem**: Permite o desenvolvimento de planos de cuidado individualizados, que são atualizados em tempo real conforme a condição do paciente evolui.

1.8.10. Interoperabilidade

- **Integração com Outros Sistemas**: O PEP é compatível com diferentes sistemas hospitalares, permitindo a troca de dados entre unidades de saúde, farmácias, laboratórios, entre outros.
- **Padrões de Interoperabilidade**: O sistema utiliza padrões internacionais (como HL7 e DICOM) para garantir a comunicação eficiente entre diferentes plataformas de saúde.

1.8.11. Suporte à Decisão Clínica

- **Protocolos Clínicos Integrados**: O sistema pode fornecer recomendações baseadas em protocolos clínicos para apoiar a tomada de decisões pelos médicos.
- **Alertas de Protocolos**: Sinaliza ao médico se uma decisão clínica não está alinhada com protocolos estabelecidos ou quando há necessidade de ação imediata.

1.8.12. Histórico de Internações e Procedimentos

- **Registro de Internações**: Armazena informações sobre internações, incluindo diagnósticos, procedimentos realizados, duração da internação e evolução do quadro.
- **Procedimentos Cirúrgicos**: Mantém um registro completo de procedimentos cirúrgicos e intervenções, incluindo o acompanhamento pós-operatório.

1.8.13. Documentação e Assinatura eletrônica

- **Documentos e Formulários personalizados**: O sistema permite que médicos e equipes criem e preencham formulários específicos diretamente no PEP, como termos de consentimento, formulários de avaliação clínica e relatórios.
- **Assinatura Digital**: Garante a validade jurídica e segurança de todos os documentos eletrônicos, facilitando auditorias e garantindo a integridade dos dados.

1.8.14. Telemedicina e Acompanhamento à Distância

- **Consultas por Telemedicina**: Permite a realização de consultas a distância, com os registros sendo armazenados diretamente no PEP.

- **Monitoramento Remoto**: Possibilidade de acompanhar os pacientes fora do ambiente hospitalar, com registros de sinais vitais e outras métricas enviadas diretamente para o prontuário.

1.8.15. Relatórios e Indicadores Clínicos

- **Análise de Dados Clínicos**: Ferramentas para gerar relatórios baseados nos dados do PEP, como indicadores de qualidade, desfechos clínicos, tempos de internação e eficácia de tratamentos.
- **Estatísticas Populacionais**: Permite análises agregadas sobre grupos populacionais, gerando insights para a gestão da saúde pública e privada.

1.8.16. Atendimento Personalizado

- **Personalização de Cuidados**: O PEP facilita o atendimento personalizado com base no histórico completo de saúde, permitindo que os profissionais de saúde adaptem os tratamentos conforme as necessidades individuais de cada paciente.

1.8.17. Controle de Protocolos e Diretrizes Clínicas

- **Implementação de Protocolos**: Integração de protocolos clínicos e diretrizes de tratamento diretamente no prontuário, garantindo que as melhores práticas sejam seguidas por todos os profissionais.

1.8.18. Backup e Recuperação de Dados

- **Segurança e Recuperação**: Implementa procedimentos de backup automático para garantir que os dados dos pacientes estejam sempre protegidos e disponíveis em caso de falhas no sistema.

2. TOTVS RM

2.1.Gestão Financeira:

2.1.1. Contas a pagar: Permite o gerenciamento das obrigações financeiras da empresa, com funcionalidades como:

- Cadastro de fornecedores e suas informações detalhadas, incluindo dados contratuais e condições comerciais.
- Registro de contas a pagar com controle de vencimentos, parcelamentos e histórico de pagamentos.
- Fluxo de aprovação para garantir que os pagamentos sigam as políticas internas da organização.
- Integração com bancos para gerar remessas de pagamento e automatizar os processos bancários.

2.1.2. Tesouraria: Gerencia o fluxo de caixa e operações financeiras da empresa, oferecendo:

- Controle do fluxo de caixa, registrando entradas e saídas diárias e o saldo disponível.
- Gestão de aplicações financeiras e empréstimos, com registro e controle de movimentações.
- Projeções de fluxo de caixa futuro, baseadas em compromissos financeiros e receitas previstas.

2.1.3. Conciliação Bancária: Automatiza o processo de conciliação entre os extratos bancários e os registros financeiros da empresa:

- Importação automática de extratos bancários para facilitar a conciliação.
- Comparação automática entre lançamentos bancários e registros contábeis, identificando possíveis inconsistências.
- Geração de relatórios detalhados para auditoria e controle de divergências.

2.1.4. Relatórios e Indicadores financeiros: Oferece relatórios detalhados e ferramentas para análise financeira, incluindo:

- Relatórios de fluxo de caixa, permitindo a análise detalhada das entradas e saídas de recursos.

- Indicadores de desempenho financeiro, como inadimplência, liquidez e rentabilidade.
- Ferramentas de análise para tomada de decisões estratégicas, baseadas em dados financeiros precisos.

2.2.Gestão de Estoques, Compras e Faturamento

2.2.1. Solicitações de Compras

- Facilita a criação de solicitações de compra por departamentos ou setores, com aprovação automática baseada em regras predefinidas.
- Permite ao setor de Suprimentos a criação de ordens de compra de acordo com as compras realizadas com fornecedores externos.
- Permite a integração entre sistemas, para que a ordem de compra seja gerada automaticamente no sistema de acordo com as cotações realizadas em sistemas informatizados, evitando possíveis erros de digitação manual e otimizando o tempo de geração das demandas, possibilitando ao usuário a eliminação de trabalho manual e aumento do tempo de análise crítica das informações.
- Permite a criação de ordens de compra para entrada de notas fiscais.

2.2.2. Cotação de Preços

- A cotação de preços é realizada a partir da plataforma Apoio Cotações. Esta plataforma pode ser integrada ao sistema TOTVS RM, gerando ordens de compra de forma automatizada, de acordo com as cotações realizadas na plataforma.
- A plataforma gera relatórios de histórico de compras para identificar fornecedores com melhor desempenho em termos de custo e prazo de entrega.

2.2.3. Pedidos de Compras

- Transforma automaticamente as cotações aprovadas em pedidos de compra, com controle de quantidades, valores e prazos de entrega.
- Integração com o módulo financeiro para controle de contas a pagar e com o estoque para recebimento automático de mercadorias.

2.2.4. Recebimento de Mercadorias

- Registra o recebimento de mercadorias, integrando diretamente com o estoque para dar entrada nos itens e atualizar os níveis de estoque.
- Verificação automática de conformidade entre o pedido de compra e a mercadoria recebida, gerando notificações em caso de divergências.

2.2.5. Controle de Fornecedores

- Cadastro completo de fornecedores, com histórico de desempenho, como prazos de entrega, qualidade dos produtos e condições comerciais.
- Permite a avaliação contínua dos fornecedores, integrando com o módulo de compras para gerar relatórios de eficiência.

2.2.6. Apuração de Impostos

- Calcula automaticamente os impostos devidos em cada operação de venda ou prestação de serviço, com integração direta aos módulos fiscais e contábeis.
- Adequado às diferentes legislações estaduais e municipais, ajustando-se aos regimes tributários e facilitando a apuração e recolhimento dos tributos.

2.2.7. Importação automática de notas fiscais por meio de arquivo XML

- Permite a importação de notas fiscais de produtos e de serviços por meio de arquivo XML, onde as notas fiscais são lançadas de forma automatizada no sistema, gerando maior segurança das informações, evitando erros operacionais e agilizando o processo de lançamento e contabilização das notas fiscais, além de possibilitar um ganho de tempo para o colaborador poder investir mais em análise crítica das informações.
- Integração com o módulo de contas a receber e estoque para atualizar as informações financeiras e de produtos em caso de cancelamento.

2.3.Gestão de Pessoas

2.3.1. Cadastro de Colaboradores

- Armazena informações completas dos colaboradores, como dados pessoais, profissionais, históricos de salário, jornada, promoções, afastamentos, dentre outros, cargos, salários, setores, etc.
- Permite o gerenciamento de documentos, registros de admissão, contratos de trabalho, e outros documentos relevantes.

2.3.2. Folha de Pagamento

- Automatiza o processamento da folha de pagamento, calculando salários, férias, 13º salário, rescisão e outros benefícios.
- Realiza a integração com o módulo contábil e financeiro, facilitando o cálculo de encargos e tributos.
- Geração automática de arquivos para envio ao eSocial, atendendo às exigências legais.

2.3.3. Controle de Ponto Eletrônico

- Gerencia o controle de jornada dos colaboradores, integrando com sistemas de ponto eletrônico.
- Permite ajustes e correções manuais, além de cálculos automáticos de horas extras, adicionais noturnos, e banco de horas.

2.3.4. Gestão de Benefícios

- Gerencia benefícios como vale-transporte, vale-alimentação, plano de saúde, e outros.
- Integração com a folha de pagamento, permitindo descontos automáticos dos benefícios.

2.3.5. Treinamento e Desenvolvimento

- Facilita a gestão de programas de treinamento e capacitação dos colaboradores.

- Registra a participação dos funcionários em cursos e eventos, acompanhando o progresso e resultados dos treinamentos.

2.3.6. Avaliação de Desempenho

- Automatiza processos de avaliação de desempenho, permitindo a criação de formulários personalizados e relatórios de feedback.
- Integração com planos de carreira e desenvolvimento profissional, proporcionando uma visão completa das avaliações de cada colaborador.

2.3.7. Recrutamento e Seleção

- Gera e gerencia processos de recrutamento, desde a abertura de vagas até a seleção dos candidatos.
- Integração com o cadastro de colaboradores, permitindo a atualização automática dos registros quando um candidato é contratado.

2.3.8. Planejamento de Cargos e Salários

- Gerencia o plano de cargos e salários da empresa, permitindo o acompanhamento da estrutura de cargos, salários e promoções.
- Permite simulações de ajustes salariais e movimentações de colaboradores entre cargos.

2.3.9. Segurança e Medicina do Trabalho

- Gerencia as atividades relacionadas à segurança e saúde ocupacional, como controle de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), exames médicos periódicos e afastamentos.
- Permite a geração de relatórios para atender às exigências legais, como o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).

2.3.10. Gestão de Férias

- Automatiza o processo de concessão de férias, controlando períodos aquisitivos e concessivos.
- Permite o planejamento das férias, evitando sobreposições de colaboradores e garantindo o controle de períodos vencidos.

2.3.11. Relatórios e Indicadores de Gestão de Pessoas

- Gera relatórios personalizados de indicadores como absenteísmo, turnover, custos com pessoal e desempenho.
- Oferece ferramentas de análise de dados, permitindo a visualização dos principais KPIs (Indicadores-Chave de Desempenho) de RH.

2.4.Departamento Pessoal

2.4.1. Processamento da Folha de Pagamento

- Realiza o cálculo automático da folha de pagamento de forma eficiente e integrada.
- Gera o cálculo de salários, benefícios, horas extras, adicionais noturnos, e outros componentes.
- Integração com eSocial para envio dos dados de acordo com as exigências legais.

2.4.2. Gerenciamento de Encargos e Tributos

- Cálculo automático de encargos trabalhistas, como FGTS, INSS e IRRF.
- Emissão de guias de recolhimento e relatórios para pagamento de tributos.
- Controle de deduções e isenções para otimizar o cálculo de impostos.

2.4.3. Controle de Férias

- Gerencia o planejamento e o controle de férias dos colaboradores.
- Realiza o cálculo automático do pagamento de férias, incluindo adiantamento de 1/3 constitucional.

- Integração com o espelho de ponto e planejamento de equipe para evitar conflitos de férias.

2.4.4. 13º Salário

- Processamento automático do 13º salário, dividido em duas parcelas conforme a legislação.
- Geração de cálculos de adiantamento e pagamento final, com controle de descontos e encargos.
- Emissão de relatórios detalhados para acompanhamento do processo.

2.4.5. Rescisões Contratuais

- Cálculo das verbas rescisórias, como saldo de salário, aviso prévio, férias vencidas, e proporcional de 13º salário.
- Emissão de documentos e guias para homologação e recolhimento de encargos rescisórios.
- Integração com o eSocial para envio dos eventos rescisórios.

2.4.6. Adiantamentos e Empréstimos

- Gerenciamento de adiantamentos salariais e controle de empréstimos concedidos aos colaboradores.
- Realiza o desconto automático na folha de pagamento dos valores de adiantamento ou parcelas de empréstimos.
- Permite a customização de regras para adiantamentos e limites.

2.4.7. Integração com Contabilidade

- Integração direta com o módulo contábil para lançamentos automáticos dos valores da folha de pagamento.
- Geração de lançamentos contábeis detalhados, facilitando o fechamento contábil e financeiro da empresa.
- Relatórios de provisões para controle financeiro e planejamento orçamentário.

2.4.8. Controle de Provisões

- Cálculo e controle de provisões de férias, 13º salário e outros encargos trabalhistas.
- Geração de relatórios de provisões para acompanhamento financeiro e planejamento de custos.
- Integração com o módulo financeiro para provisionamento de pagamentos futuros.

2.4.9. Relatórios Gerenciais

- Geração de relatórios personalizados com informações sobre salários, encargos, e outros custos de pessoal.
- Oferece gráficos e análises detalhadas para acompanhamento da folha de pagamento e tomada de decisões estratégicas.
- Relatórios específicos para auditorias e controle de conformidade legal.

2.4.10. Histórico de Pagamentos

- Registro detalhado do histórico de pagamentos de cada colaborador, incluindo contracheques e outros comprovantes.
- Acompanhamento das movimentações financeiras, como adiantamentos, bônus, e outros pagamentos esporádicos.
- Permite consultas rápidas para auditorias ou revisões internas.

2.4.11. Conformidade com a Legislação Trabalhista

- Atualização constante para garantir conformidade com as mudanças nas leis trabalhistas.
- Automatização de cálculos baseados em legislações vigentes, como CLT, convenções coletivas e regulamentações específicas.
- Envio de informações ao eSocial para garantir o cumprimento das obrigações legais.

2.5.Gestão Contábil

2.5.1. Plano de Contas

- Definição e estruturação do plano de contas da empresa, com níveis hierárquicos e agrupamento de contas.
- Flexibilidade para adaptação a diferentes tipos de empresas e segmentos de mercado.
- Integração com outros módulos, como financeiro e folha de pagamento.

2.5.2. Lançamentos Contábeis

- Realização de lançamentos contábeis manuais ou automáticos, com integração a módulos como financeiro e compras.
- Classificação e conciliação automática de lançamentos, facilitando o fechamento contábil.
- Controle de débitos e créditos, com possibilidade de ajustes e correções.

2.5.3. Apuração de Resultados

- Geração de demonstrativos contábeis, como DRE (Demonstração do Resultado do Exercício), BP (Balanço Patrimonial) e outros relatórios gerenciais.
- Apuração de lucros ou prejuízos, com detalhamento por centro de custo, unidade de negócio ou filial.
- Ferramentas para análise de desempenho e acompanhamento de resultados financeiros.

2.5.4. Conciliação Contábil

- Conciliação automática de contas contábeis com os módulos financeiros, bancários e de estoques.
- Ferramentas para acompanhamento e resolução de inconsistências nos lançamentos.
- Relatórios de conciliação para auditorias e revisões internas.

2.5.5. Contabilidade Gerencial

- Integração com o módulo de gestão orçamentária para acompanhamento do orçamento versus o realizado.
- Controle de centros de custos e alocação de despesas por departamentos, projetos ou áreas.
- Relatórios gerenciais para análise de rentabilidade e eficiência operacional.

2.5.6. Integração com o SPED Contábil

- Geração e envio automático do arquivo SPED Contábil, conforme exigências da Receita Federal.
- Validação de dados antes do envio para garantir conformidade com a legislação.
- Automatização de processos para evitar erros manuais e retrabalho.

2.5.7. Fechamento Contábil

- Automação do processo de fechamento contábil mensal, trimestral ou anual.
- Ferramentas para revisão e ajustes de lançamentos, garantindo precisão nos balanços.
- Geração de relatórios finais para auditorias e apresentação de resultados.

2.6.Gestão Fiscal

2.6.1. Apuração de Impostos

- Apuração automática de tributos federais, estaduais e municipais, como ICMS, ISS, PIS, COFINS e IRPJ.
- Cálculos baseados na legislação vigente, com atualizações constantes para garantir conformidade.
- Relatórios detalhados de apuração e geração de guias de recolhimento.

2.6.2. Integração com SPED Fiscal e Contribuições

- Geração e envio dos arquivos SPED Fiscal (EFD ICMS/IPI) e SPED Contribuições (EFD PIS/COFINS).
- Validação de dados e estruturação conforme normas da Receita Federal.
- Automatização do envio dos arquivos, reduzindo o risco de multas e autuações fiscais.

2.6.3. Gestão de Notas Fiscais

- Emissão e controle de notas fiscais eletrônicas (NF-e) e de serviços (NFS-e).
- Integração com módulos de vendas, compras e estoques, automatizando o processo de emissão e escrituração.
- Validação de notas fiscais emitidas e recebidas, com geração automática de livros fiscais.

2.6.4. Escrituração Fiscal

- Escrituração automática dos livros fiscais, como Livro de Apuração do ICMS, Livro de Apuração do ISS, e Livro Registro de Entradas e Saídas.
- Integração com o módulo de gestão de estoques para garantir a correta escrituração das operações.
- Relatórios de conformidade fiscal para acompanhamento e auditorias.

2.6.5. Retenções de Impostos

- Cálculo automático de retenções de impostos na fonte, como IRRF, INSS, PIS, COFINS e CSLL.
- Geração de guias e relatórios para recolhimento de tributos retidos.
- Controle e acompanhamento de retenções sobre serviços e fornecedores.

2.6.6. Geração de Relatórios Fiscais

- Emissão de relatórios fiscais detalhados para auditorias e acompanhamento de obrigações fiscais.

- Relatórios de apuração de tributos, escrituração fiscal e retenções de impostos.
- Análises gerenciais para tomada de decisões estratégicas em relação à carga tributária.

2.6.7. Gestão de Obrigações Acessórias

- Controle de obrigações acessórias, como DCTF, DIRF, SISCOSERV, e outras exigências fiscais.
- Geração de arquivos e relatórios conforme o cronograma de entrega das obrigações fiscais.
- Validação e envio automatizado para garantir cumprimento dos prazos.

3. TOTVS Fluig

A plataforma TOTVS Fluig, concentra vários processos, documentos, acesso a dados e rotinas institucionais integradas com os módulos de BackOffice do TOTVS RM, atendendo às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

O sistema é utilizado para unificar processos, pessoas e sistemas com o objetivo de aumentar a produtividade, automatizando e organizando processos, bem como otimizando atividades e tarefas de diferentes áreas.

São produzidos solicitações e a realização de tarefas dentro de fluxos de trabalhos através de formulários dinâmicos. A plataforma possui código editável, o qual permite a equipe de T.I criar e personalizar relatórios de acordo com as necessidades identificadas de cada área, permitindo a integração entre os sistemas, setores e pessoas e permitindo a análise de indicadores e dashboards vinculados a plataforma Microsoft Power BI.

A ferramenta centraliza os dados um único local, através de uma comunicação colaborativa. As aplicações vão desde o gerenciamento de processos até o controle de acesso unificado para os colaboradores.

O Fluig também permite a aprovação por hierarquias, garantindo a transparência nas aprovações dos processos. Além disso, o sistema também permite a integração de informações ao TOTVS RM, automatizando uma série de informações ao sistema de maneira fluida e imediata. Portanto, a plataforma traz um ganho de produtividade considerável, além da garantia de processos sólidos e eficazes.

A seguir, destacamos algumas funcionalidades desenvolvidas na plataforma FLUIG:

3.1. **Gestão Eletrônica de Documentos (GED)**:

O Fluig é utilizado para armazenar de maneira eletrônica uma série de documentos de diversos processos. Portanto, todos os documentos são inseridos no Fluig, tais como: notas fiscais, ordens de compra, cotações, documentações de funcionários, contratos e aditivos, formulários, etc. Neste sentido, há uma considerável economia de impressão de documentos, espaço físico, controle e organização, tendo em vista que o Fluig permite o download dos documentos de acordo com parâmetros selecionados, possibilitando máxima transparência dos processos e rápida resposta em casos de auditorias ou fiscalizações.

- **Armazenamento centralizado:** Todos os documentos são armazenados em um único local acessível, facilitando o controle e a organização.
- **Controle de versões:** Gerencia as diferentes versões de um documento, mantendo um histórico das alterações e evitando perda de informações.
- **Acesso e permissões:** Controla quem pode acessar, editar ou compartilhar determinados documentos, garantindo segurança e confidencialidade.
- **Fluxos de aprovação:** Permite criar fluxos de aprovação de documentos, automatizando processos de revisão e aprovação.
- **Indexação e busca:** Oferece ferramentas de indexação e busca, facilitando a localização de documentos específicos de forma rápida e eficiente.

3.2.Formulários de Solicitações:

Os Formulários de Solicitações no Fluig são ferramentas que permitem a criação, personalização e gerenciamento de diversos tipos de solicitações dentro de uma empresa. Eles podem ser utilizados para digitalizar processos que envolvem aprovações, fluxos de trabalho e acompanhamento de atividades. A seguir, estão os principais aspectos relacionados aos formulários de solicitações no Fluig:

3.2.1. Criação de Formulários Customizados

- Possibilidade de criar formulários sob medida para diversos processos corporativos.
- Interface intuitiva com funcionalidade de arrastar e soltar (drag-and-drop), sem necessidade de programação.

3.2.2. Integração Financeira e operacional com o TOTVS RM

- Após finalização dos formulários é possível realizar integração com o TOTVS RM, gerando informações fiscais e financeiras de forma automatizada, como a geração de provisão de contratos, geração de ordens de compra, geração de lançamentos financeiros, etc.

3.2.3. Integração com Outras Ferramentas

- Integração com sistemas ERP (como TOTVS RM) e outros sistemas corporativos para sincronização de dados.
- Anexos de documentos e arquivos aos formulários, integrados ao módulo de GED.

3.2.4. Integração com Processos de Workflow

- Integração dos formulários com fluxos de trabalho automatizados.
- Roteamento automático de solicitações para os responsáveis por aprovação ou execução.

3.2.5. Controle de Acessos e Permissões

- Definição de permissões de visualização, edição e aprovação.
- Controle granular de acesso aos campos, baseado no perfil do usuário e na etapa do processo.
- Controle centralizado de identidades e permissões para acesso a diferentes módulos e funcionalidades da plataforma.
- Ferramentas de autenticação e segurança para garantir que apenas os usuários autorizados tenham acesso às informações.

3.2.6. Automatização de Processos

- Eliminação de processos manuais por meio da digitalização.
- Notificações automáticas via e-mail ou mensagens para avisar sobre novas solicitações ou mudanças de status.

3.2.7. Histórico e Rastreabilidade

- Registro completo de todas as solicitações, com histórico de aprovações, rejeições e comentários.
- Fácil rastreamento de cada etapa do processo e de quem realizou ações em cada fase.

3.2.8. Relatórios e Acompanhamento

- Geração de relatórios em tempo real para acompanhar o status das solicitações.
- Painel de controle para visualizar o andamento das solicitações pendentes, em processamento ou concluídas.

3.2.9. Mobilidade (Aplicativo)

- Acesso aos formulários por meio de dispositivos móveis, facilitando a interação e acompanhamento remoto.
- Facilidade para gerenciar solicitações em qualquer lugar e a qualquer momento.
- Aplicação móvel que permite acessar e interagir com os processos da plataforma em qualquer lugar.
- Aprovação de solicitações, acesso a documentos e interação com fluxos de trabalho por dispositivos móveis.

A seguir, destacamos os principais formulários desenvolvidos para facilitação dos setores:

- **Chamados**: Permite a abertura de chamados para as áreas técnicas (T.I, manutenção, etc.);
- **Compras**: Cadastro de produtos; Queixa Técnica de Produtos; Avaliação de Fornecedores; Solicitação de Aquisição de Produtos e Equipamentos;
- **Comunicação**: Demandas de comunicação, divulgações e programas;
- **Contabilidade**: Cadastros de centros de custos; Controle de Certidões e Prazos;
- **Contratos**: Contratação de Fornecedor de Serviços Gerais e Médicos; Avaliação de Fornecedores; Comunicado de Intercorrência; Medições Médicas; Controle de Acessos de PJ;
- **Departamento Pessoal**: Solicitação de Férias; Atipicidades; Autorização de Horas Extras; Solicitação de Troca de Plantão;

- **Enfermagem**: Notificação de incidentes;
- **Jurídico**: Respostas de Ofícios;
- **Prestação de Contas**: Portal da Transparência;
- **Recursos Humanos**: Alteração de Movimentação de Pessoal; Atualização de Dados Cadastrais; Avaliação de Desempenho; Desligamento de Pessoal; Canal de Comunicação com o RH; Pesquisa de Clima; Requisição de Pessoal; Solicitação de Intervenção;
- **SCIH**: Solicitações em Geral para o SCIH
- **SESMT**: Solicitação de EPI; Programa de Saúde Mental.

4. TOTVS Meu RH

O TOTVS Meu RH é um aplicativo desenvolvido para a gestão de pessoas, permitindo que colaboradores e gestores acessem e realizem diversas funções relacionadas ao setor de Recursos Humanos e Departamento pessoal através do aplicativo desenvolvido para desktops e dispositivos móveis. Ele facilita o acesso a informações pessoais, marcação de ponto, acompanhamento de férias, entre outras funcionalidades, promovendo uma maior autonomia para os colaboradores e eficiência para a empresa.

A seguir, destacamos as funcionalidades do aplicativo:

4.1. Consulta de Informações Pessoais

- Acesso a dados pessoais como endereço, telefone, e-mail e documentos.
- Possibilidade de atualização de informações diretamente pelo app, de acordo com as permissões de campos editáveis e permissões de usuários;

4.2. Controle de Frequência e Ponto Eletrônico

- Marcação de ponto eletrônico, com registro de entrada e saída, com geolocalização, garantindo a rastreabilidade do registro.
- Consulta de horários de trabalho, faltas, e ocorrências relacionadas à jornada.
- O aplicativo é homologado para utilização e segue as diretrizes da CLT, sendo aceito como meio de registro de ponto pelos órgãos fiscalizadores.

4.3. Gestão de Férias

- Solicitação e acompanhamento do status de pedidos de férias.
- Consulta ao saldo de dias disponíveis e períodos de gozo.

4.4. Consulta de Holerite

- Acesso ao demonstrativo de pagamento diretamente no aplicativo e acesso ao histórico de holerites disponíveis para consulta e download.

4.5. Benefícios

- Consulta de saldo e detalhes de benefícios, como vale-alimentação e plano de saúde.
- Gestão de solicitações de inclusão ou alteração de benefícios.

4.6. Documentos Corporativos

- Acesso a documentos corporativos, como políticas internas, manuais e regulamentos.
- Download e visualização de arquivos diretamente pelo aplicativo.

5. Sigquali

O SigQuali (Sistema Integrado de Gestão da Qualidade) é sistema voltado para a gestão da qualidade em diversos processos de uma organização. Ele é utilizado para garantir que os padrões de qualidade sejam mantidos e aprimorados, atuando em várias áreas como controle de documentos, auditorias, ocorrências e não conformidades, além de auxiliar na certificação de normas como a ONA.

A seguir, apresentamos as principais funcionalidades do sistema:

5.1. Gestão de Documentos e Registros

- **Controle de Documentos**: Gestão e versionamento de documentos de qualidade, incluindo procedimentos, políticas e manuais.
- **Revisões e Aprovações**: Processo estruturado para revisão e aprovação de documentos, garantindo conformidade e rastreabilidade.

5.2. Gestão de Não Conformidades

- **Registro de Não Conformidades**: Identificação e registro de não conformidades nos processos e produtos.
- **Ações Corretivas e Preventivas**: Implementação e monitoramento de ações corretivas e preventivas para resolver e evitar problemas.

5.3. Gestão de Auditorias

- **Planejamento de Auditorias**: Agendamento e planejamento de auditorias internas e externas.
- **Execução e Relatórios**: Condução de auditorias com geração de relatórios detalhados e definição de planos de ação.

5.4. Indicadores de Desempenho

- **Monitoramento de KPIs**: Controle e análise de indicadores de desempenho relacionados à qualidade.
- **Relatórios e Dashboards**: Ferramentas para criar relatórios e dashboards que facilitam a visualização e análise dos dados de desempenho.

5.5. Gestão de Treinamentos

- **Planejamento de Treinamentos**: Organização e controle de programas de treinamento para garantir que a equipe esteja qualificada.
- **Registro de Participação**: Acompanhamento da participação e certificação dos colaboradores nos treinamentos.

5.6. Gestão de Riscos

- **Identificação e Avaliação de Riscos**: Detecção e análise de riscos que podem impactar a qualidade dos processos.
- **Monitoramento e Mitigação**: Implementação de estratégias para monitorar e reduzir riscos identificados.

ÁREA DE ATIVIDADE

Proposta para Regimento do Corpo Clínico

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Artigo 1º - O presente Regimento Interno visa disciplinar a constituição, ação, relação, avaliação e direção dos profissionais da saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, para o exercício de suas atividades profissionais. Conforme art. 1º da Resolução CFM No. 1481 de 08 de agosto de 1997.

Artigo 2° - O Corpo Clínico é formado pelo conjunto de médicos que prestam serviços nas diversas especialidades dentro das instalações e dependências da Policlínica , com autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitadas às disposições contidas neste Regimento.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 3° - O Corpo Clínico da Policlínica tem as seguintes finalidades:

I. Assegurar a melhor assistência aos usuários da policlínica atentando para o respeito e zelo pela vida humana, cumprimento das normas gerais da Unidade de Saúde, normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e respectivas normatizações do Conselho Federal de Medicina (CFM);
II. Atender de maneira, acolhedora, humanizada e sempre oferecer as melhores técnicas e informações adequadas aos usuários;
III. Colaborar para o aperfeiçoamento profissional dos médicos e do pessoal técnico da policlínica;
IV. Estimular a pesquisa cientifica;
V. Cooperar com a administração da Instituição visando à melhoria da assistência prestada;

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Artigo 4° - O Corpo Clínico é constituído, em todos os níveis aqui estabelecidos, por médicos legalmente habilitados, a quem cabe à execução de todos os atos médicos necessários à preservação da saúde, da vida e dignidade dos pacientes ingressos na Policlínica.

Artigo 5° - O Corpo Clínico compõe-se de todos os médicos que utilizam e prestam serviços nas instalações e dependências da Policlínica e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

1. Membros Efetivos: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades assistenciais na Policlínica;
2. Membros Eventuais:

Profissionais que, esporádica ou excepcionalmente, desenvolvem atividades na Policlínica a fim de assistir a um paciente ou grupo específico.

Artigo 6° - O Corpo Clínico é composto por:

a) Diretoria Técnica;
b) Diretoria Clinica;
c) Comissão de Ética Médica;
d) Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial;
e) Comissões Permanentes e Temporárias;
f) Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV

DEVERES DA DIREÇÃO

Artigo 7° - Dos deveres da Direção Técnica:

I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da Policlínica;
II. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através dos coordenadores e supervisores dos demais setores;
III. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;

IV. Coordenar a assistência médica prestada aos pacientes;

V. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médicos na Unidade bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;

VII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

VIII. Desenvolver o espírito de crítica cientifica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;

IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

X. Fazer reuniões periódicas com toda à sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XI. Manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

XII. Coordenar e disponibilizar a oferta dos serviços existentes nos sistemas de regulação;

XIII. Monitorar e avaliar a eficácia e eficiência das ações de assistência à saúde;

XIV. Implementar os protocolos referente à consultas, exames e procedimentos, no âmbito da Policlínica, conforme o recomendado pela Central de Regulação e norteado por protocolos clínicos e consensos atualizados;

XV. Coordenar o processo de execução do agendamento de consultas especializadas, exames e procedimentos de acordo com a oferta de vagas disponibilizadas por cada serviço especializado;

XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;

XVII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;

XVIII. Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

Artigo 8 - O Diretor Clínico e seu substituto deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Parágrafo Primeiro: O candidato deve ser membro efetivo do Corpo Clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa.

Parágrafo Segundo: O Diretor Clínico deve estar presente durante o período de maior atividade da Policlínica e, sempre que necessário, à disposição da unidade.

Parágrafo Terceiro - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, de maneira democrática, aberto a críticas e sugestões de melhorias, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do presente Regimento Interno. Para atingir as metas estabelecidas neste Artigo.

São deveres da Direção Clínica:

I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Policlínica estimulando a responsabilidade entre seus membros;
II. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das especialidades médicas da Policlínica;
III. Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;
IV. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração e usuários da Policlínica;
V. Promover e exigir o exercício ético das categorias profissionais envolvidas na atenção ambulatorial;
VI. Supervisionar as execuções das atividades de assistência médica na instituição;
VII. Propor medidas para a orientação das atividades de ensino, treinamento e aprimoramento para a área médica;
VIII. Assegurar o funcionamento pleno e autônomo das comissões de ética médica e multiprofissional, bem assim aquelas exigidas pela legislação vigente e do Contrato de Gestão, que tenham relação com sua área de atuação;
IX. Presidir a Comissões de Controle de Infecção Ambulatorial, de Revisão de Prontuários de Pacientes, e outras que sejam necessárias no âmbito de sua atuação;
X. Zelar, cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
XI. Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais;

Artigo 9° - A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Artigo 10° - O Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial (SCIA) tem por objetivo constituir, manter ativo e, sempre que necessário, reavaliar um Programa de Controle de infecções Ambulatoriais adequado às características e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria N° 2.616/98 MS.

Artigo 11° - As Comissões Permanentes e Temporárias da Policlínica serão formadas por indicação da Diretoria geral, em comum acordo com a Diretoria técnica e diretoria Clínica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificados e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V

INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 12° - Para ingressar no Corpo Clínico da Policlínica o médico deverá ser convidado para tal e atender aos seguintes requisitos:

I. Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, devidamente comprovando por meio de documentação;
II. Estar em dia com a anuidade do CRM-GO;
III. Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar;

CAPÍTULO VI

INFRAÇÕES

Artigo 13° - Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

I. Desrespeitar o presente Regimento;
II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas da Policlínica especialmente o seu Regimento Interno;
III. Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função, independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética;
IV. Cometer crime nas dependências da Policlínica relacionado ou não ao atendimento ao paciente;
V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação;
VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da Policlínica e/ou causar dano ao

paciente;

VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com ou sem prejuízo aos pacientes sob sua responsabilidade;

VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções

IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Artigo 14° - A suspeita e/ou denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância, a ser realizada pela Comissão de Ética Medica, assegurando-se ao(s) médico(s) o exercício do amplo direito de defesa.

Parágrafo Primeiro: A Comissão de Ética Médica deverá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo Segundo: No caso de haver indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM para ciência e abertura de processo disciplinar de ética médica.

Parágrafo Terceiro: Nos casos de infração de caráter administrativo e/ou regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico da Policlínica e juntamente com o Diretor Geral aplicarão as medidas cabíveis.

Artigo 15º - As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

I. Advertência Verbal;

II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;

III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;

IV. Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - A terceira advertência ensejará, automaticamente, a penalidade de suspensão; a terceira suspensão ensejará, automaticamente, a penalidade de exclusão; podendo qualquer uma das penalidades ser aplicada de forma direta, em razão da gravidade e repercussão do fato, dentre outros fatores que serão analisados pelo Diretor Geral e Diretor Técnico para aplicação da penalidade;

CAPÍTULO VII

DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 16° - São direitos dos médicos do Corpo Clinico:

I. A autonomia profissional;
II. O acesso à instituição, seus departamentos e serviços, desde que devidamente identificados;
III. A participação nas assembleias e reuniões;
IV. Utilizar as dependências da Policlínica e assistindo, pessoalmente, aos seus pacientes, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da Unidade de Saúde;
V. Utilizar os recursos técnicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Unidade de Saúde;
VI. A comunicação de falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
VII. Zelar pelo bom nome da Policlínica e pela reputação profissional do seu Corpo Clínico respeitando-se o Código de Ética Médica;
VIII. Participar das reuniões do Corpo Clínico e das atividades cientificas dos existentes na Policlínica;
IX. Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, decidir sobre a admissão e exclusão de membros do Corpo Clínico, desde que classificado como membro efetivo ou filiado.

Artigo 17ª - São Deveres dos médicos do Corpo Clinico:

I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, bem como manter bom comportamento cordial, sempre respeitando os colegas, funcionários e pacientes da Policlínica;
II. Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno e demais normas da Policlínica;
III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados de forma humanizada, respeitosa, e sempre utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo;
IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
V. Participar de atos médicos especialidade ou auxiliar colegas;
VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário do paciente, manual de forma legível e/ou eletrônico, com o devido histórico clínico, a evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta ou contrarreferência quando da efetiva

liberação do paciente;

VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa relativa à atividade assistencial ou aos pacientes;

VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos praticados, pela indicação de métodos de diagnóstico, ou pelo tratamento e medicamentos prescritos;

IX. Comunicar aos órgãos diretivos do Corpo Clínico falhas na organização e na execução da assistência médica prestada na Policlínica;

X. Colaborar com as Comissões instituídas no âmbito da Policlínica;

XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência;

XII. Respeitar a política de direito dos pacientes atendidos na Policlínica e de seus familiares;

XIII. Quando da impossibilidade de manter atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e as razões pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento;

XIV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à segurança e saúde dos profissionais lotados na Unidade de Saúde;

CAPÍTULO VIII

DAS COMISSÕES

Art. 18º. As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, são constituídas pelo Gerente Clínico;

Parágrafo único: A Comissão de Ética Médica será eleita e homologada conforme regimento próprio.

Art. 19º. As Comissões Técnico-Científicas têm sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos regulamentos.

Art. 20º. As Comissões Técnico-Científicas têm por finalidade proporcionar subsídios ao Gerente Clínico no que se refere a:

a) Protocolos de conduta.
b) Controle de infecção ambulatorial.
c) Normas e procedimentos operacionais.
d) Registros médicos.

e) Avaliação de desempenho.
f) Farmácia e terapia.
g) Qualidade de assistência médica.
h) Procedimentos complexos.
i) Análise de óbitos.

Da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

a) A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde será composta por profissionais da saúde pertencentes à instituição e nomeada pela Direção Geral e Técnica da Instituição, com mandato de 02 (dois) anos.
b) A competência e procedimentos da Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial obedecerão às normas contidas na Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

Da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

a) A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário será composta por pelo menos dois profissionais médicos saídos do Corpo Clínico e nomeada pela Direção Geral e Técnica da Instituição, com mandato de 02 (dois) anos.
b) A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº. 1.638/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

Comissão de Verificação de Óbito e Comissão de investigação do óbito materno e infantil

a) A Comissão de Revisão de Óbitos será composta por no mínimo três membros, sendo pelo menos um membro médico, e os outros dois profissionais da área da saúde; indicados pela Direção Geral e Técnica da instituição, com mandato de no máximo 24 meses;
b) A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Óbitos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº. 2.171/17, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la;

Art. 21º. As comissões devem ter o caráter multidisciplinar, excetuando-se aquelas relativas a atos privativos de médicos.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22° - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem, sempre que possível, ser submetidos pelo médico assistente ao Diretor Clínico e à junta médica indicada e presidida por este, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Primeiro: O Diretor Clínico indicará 2 (dois) profissionais médicos para compor a referida junta médica, sendo certo que, em caso de empate, caberá ao Diretor Clínico o voto de minerva.

Parágrafo Segundo: A referida junta médica também deverá solucionar problemas, inclusive mediante a tomada de decisões que envolvam a realização de procedimentos, bem como discutir condutas adotadas em casos graves ou com implicações sociais, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do médico, prezando sempre, se não houver urgência, encaminhar o paciente à uma unidade hospitalar com suporte adequado para o paciente.

Parágrafo Terceiro: Em caso de urgência, caso um ou todos os componentes indicados pelo Diretor Clínico não estejam presentes na Unidade de Saúde, referida junta poderá ser composta ou suplementada pelos médicos presentes na unidade.

Artigo 23° - Se houver necessidade de internação de qualquer paciente, o médico assistente deverá realizar o encaminhamento que deverá conter sua indicação, diagnósticos provisórios e/ou hipóteses, bem como recomendações especiais necessários para a internação e cuidados do paciente (registrado no prontuário eletrônico do paciente), e acionar o SAMU para realizar o transporte do paciente a uma unidade hospitalar.

Artigo 24° - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, sendo a responsabilidade de registro da Policlínica, e permanecendo sob a guarda do sistema de prontuário eletrônico contratado pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as determinações legais, preservando-se as condições de sigilo estabelecidas em lei e no Código de Ética Médica.

Parágrafo Primeiro: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo Segundo: Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is). não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Artigo 25° - A divulgação pública, em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades prestadas na Policlínica e de quaisquer informações sobre pacientes atendidos, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da Unidade de Saúde ou mediante autorização destes.

Artigo 26° - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omisso, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Artigo 27° - Este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Parágrafo Único: Este Regimento Interno para o Corpo Clínico está em concordância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM N° 2.147/2016 que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Artigo 28° - Revogam-se as disposições em contrário.

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade

Proposta de manual de protocolos assistenciais

Apresentar Instrução/Manual para atuação em protocolos Assistenciais

Apesar do grande crescimento na produção de pesquisas na área de saúde nas últimas décadas, a disparidade entre as evidências científicas e a prática Assistencial continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos de monstrara m que essa variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde.

Inicialmente, acreditava- se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médic a apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disse minaç ão do conhecimento tem sido descrita como fator importa nte , mas insuficie nt e para modificar o comporta m e nt o clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total têm sido implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médic a, com destaque para os protocolos ou diretrizes práticas (practice guidelines, clinical guidelines), recome ndações de especialistas e grupos de classe 2 e, ma is recentemente, rotinas críticas (critical pathways).

Estes programas são implantados com o objetivo de me lhorar os desfechos clínicos e pe r mit ir que m a is pa cie nte s be neficie m -s e do c o nhec im e nto c ie nt ífico so bre a s m elhor es práticas disponíveis.

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuc iosa de linhas de cuidado especificas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolos são considerados importantes instrume ntos para o enfrenta me nto de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços pois descrevem uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/trata me nto, como o uso de intervenções educacionais, de tratame ntos com me ios físicos, de intervenções emoc ionais, sociais e farmac ológicas, independentes de enfermage m ou compa rtilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofiss ionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes a mbulatoriais e hospitalares. Os protocolos são divididos e m: protocolos assistenciais protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompa nhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outros.

Protocolos Assistenciais (PA) são consideradas formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência tempora l de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas. A adoção de protocolos ta mbé m proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações - e diminui a sobrecarga na docume ntação médica e de enfermagem.

Os protocolos assistenciais são desenvolvidos com base, sempre que possíve l, nas evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico adaptadas aos recursos locais disponíveis. Estas recome ndações buscam fornecer um fluxograma padronizado (em formato de algorit mo ou matriz te mpora l) para o manejo do paciente com determinada condição clínica e são elaborados por uma equipe multidisciplinar.

Produzir novos conhecimentos não é suficiente para promover mudança na prática clínica, ma ior ênfase deve ser dada à aproximação entre o conhecime nto oriundo de pesquisas, a atualização dos profissionais, a construção de Protocolos e o uso destes na prática diária. A de mora na incorporação de novos conhecimentos representa risco adicional de dano aos pacientes, piores resultados em saúde e desperdício dos escassos recursos que o Sistema de Saúde dispõe.

Processo de Implantação de Protocolos:

A Implementação de protocolos resultam em modificações do processo assistencial, incluindo a redefinição de rotinas laboratoriais relacionadas à coleta de exa mes, padronização de uso de medic ações especiais e até mes mo, reformas de áreas físicas afim de facilitar o fluxos definidos pelos protocolos.

Após a conclusão de vários protocolos assistenciais, ficou evidente para o HMTJ a necessidade de integrá-los ao sistema informatizado da qualidade, SIGQUALI.

Essa iniciativa visou utilizar a informatização dos protocolos como uma ferra me nta para estimular o uso dos mesmos, sendo facilitado o acesso do corpo clínico aos documentos pdf (Adobe Acrobat), que contemplavam a estrutura e conteúdo dos PA.

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência sumariamente compreendem:

- identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- buscar respostas nas fontes de informação;
- identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- construir Protocolo Assistencial;
- implementar a evidência e
- avaliar os resultados.

A interface entre corpo clinico e sistema deve ser amigável e fácil de utilização, permit indo assim uma visão consolidada dos itens do protocolo com as prescrições vigentes do paciente e exa mes, realização de um processo de auditoria de uso para gerar informações de apoio, comparando as condutas previstas nos protocolos assistenciais e as realmente utilizadas no cotidiano da assistência.

Assim, o HMTJ irá criar **na Policlínica Rio Vermelho**, a cultura de que as evidências científicas devam ser usadas rotineiramente na toma da de decisão clínica é prioridade.

A estratégia a ser utilizada para a concretização da PBE na prática clínica dentro da unidade será a construção de Protocolos Assistenciais que devem ser construídos de acordo com os princípios da PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas assistenciais.

Deverão prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/trata mento, como o uso de intervenções educacionais, de trata me ntos com meios físicos, de intervenções e moc ionais, sociais e farmac ológicas, que a enferma gem desempenha de ma neira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso destes Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificame nte sustentadas, minimiza r a variabilidade das informações e condutas entre os me mbros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência.

Estas ferramentas nos permit irão medir siste matic a mente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fize mos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas fora m alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de imple mentação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoa mento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização.

Pode-se me dir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora, houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido compa rado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- Indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- Indicadores de resultado estão relacionados ao alcance da meta e da qualida de desejada.
- Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo.

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, produzem resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

A mens uração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a cha mada auditoria clínica, que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

O s indicadores a serem auditados serão definidos durante a cnstrução do Protocolo e devem ser capaz es de captar mudanças dos resulta dos de correntes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômic o, disponível e testado na clínica. Essas características são funda me ntais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

Programas, órgãos e instituições nacionais e internacionais tentam estabelecer parâmetros mínimos ou ideais de indicadores padronizados e ma neiras de auditar que possam ser utilizadas para avaliar a qualidade da assistência e do gerencia me nto de instituições de saúde.

O Núcle o de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), sub grupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar propõe a revisã o dos indicadores já utiliza dos e a inclusão de outros indicador espassíveis de uso (CQH, 2012).

A avaliação do impacto de Protocolos Assistenciais exigirá auditoria pré implementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exe mplo, propondo-se me lhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, alme jando-se o alc ance do melhor resultado possível de uma só vez.

A adequada avaliação do impacto da implementação de um Protocolo precisa garantir que os sujeitos a serem avaliados de fato representem o conjunto das pessoas. Quando não é possível avaliar os indicadores em todos os sujeitos que receberam o Protocolo, pode- se obter uma amostra que represente o todo. O melhor modo de se obter uma boa a mostra é por sorteio. Indicadores já existentes na instituição podem ser incorporados ao Protocolo.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles deverão prever o te mpo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré imple me ntação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será imple mentado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implemen tação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de imple me ntação de me didas comple me ntares para o alcance das metas ou da pertinênciade se interromper um Protocolo e propor outro.

A nosso ver, entre os conceitos apresentados, o cuidado, pelo sentido humanizador e ético que guarda, pelo emprego de saberes e tecnologias, pela

abrangência no processo de organização das ações e serviço se por ser percebido com o essência da natureza humana e tudo que a cerca, justifica as bases que nos levaram, neste documento, à opção pelo termo que o intitula: protocolos de cuidado à saúde.

Desta forma, é importante a compreensão de que nas unidades geridas por esta OSS, tanto os protocolos de natureza clínica quanto os de organização dos serviços deverão ser assumidos como protocolos de cuidado à saúde. E as atividades previstas a serem realizadas pelas Coordenações e suas e quipes nas unidades de saúde em que trabalham, deverão ser guiadas pela preocupação e pelo compromisso em produzir atos de saúde afina dos com os princípios que constituem e dão significado ao conceito de cuidado aqui apresentado.

Além da observância da legislação profissional e da prática, determina-se a execução de técnicas corretas e seguras, centradas no atendimento das necessidades dos pacientes , ou seja , exige-se do profissional o manejo de equipamentos e aparelho s com e ficiência, destre a na aplicabilidade da tecnologia do cuidado e envolve, também , os saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanizados. Neste sentido, é preciso sistematizar técnicas e procedimentos embasados em evidências científicas tencionando o a primoramento da metodologia do cuidado e segurança do paciente, da vida humana.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E FORÇA DE RECOMENDAÇÃO DA EVIDÊNCIA: GRADING OF RECOMMENDATIONS, ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION (GRADE)

O GRADE é um método para avaliar a qualidade das evidências científicas e graduar a força de recome ndação para o uso ou não de determinada ação em saúde, entendendo - se por ação tratamentos, cuidados, exames, entre outros.

Visa orientar a escolha dos profissionais para que somente as me lhores ações/ cuidados/intervenções, aqueles para as quais há suporte científico adequado, sejam imple me ntados, evitando-se danos e riscos aos pacientes/clientes, uso de intervenções sem efetividade e desperdício de dinheiro e de recursos humanos e materiais.

Tem sido adotado por organizações envolvidas na elaboração de diretrizes e recomendaç ões de práticas em saúde, como, por exemplo, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a OMS, o Ministério da Saúde, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o UpToDate2 (recurso de suporte a decisões médic as baseadas em evidências) e o Joanna Briggs Institute 3,4 (recurso para promover a utilização de evidência por me io da identificação de práticas factíveis, adequadas, significativas e efetivas para melhorar os resultados em saúde), entre outras.

O GRADE foi criado para uniformizar a avaliação da qualidade da evidência científica (nível de confiabilidade) e o grau de recomendação de um tratame nto/intervenção/cuidado. A evidência é qualificada em quatro níveis: Alto,

Moderado, Baixo e Muito Baixo e a força da recomendaç ão pode ser Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra uma intervenção.

A classificação GRADE pode ser observada em documentos sobre avaliações de tecnologias de saúde, guias ou Protocolos clínicos feitos por especialistas.

Avaliando a qualidade da evidência A OMS preconiza que "Todos os bebês devem ser a ma mentados exclusiva me nte desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleita me nto materno exclusivo em cada contato pós- natal." A partir da dúvida "Qual o impacto do aleita mento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os eventos (desfechos):

1- mortalida de neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5- morbidade por diarreia", especialistas analisaram a literatura e selecionaram cinco estudos que responderam a pergunta. Destes, dois estudos avaliaram o desfecho 1, três avaliaram o desfecho 2, dois avaliaram o desfecho 3, quatro avaliaram o desfecho 4 e três avaliaram o desfecho 5 (WHO, 2013).

O primeiro fator considerado para determinar a qualidade da evidência foi o tipo de estudo. Os resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados (estudos que testam uma intervenção) foram considerados, inicialmente, com Alto nível de evidência, enquanto que os provenientes de estudos observacionais (estudos que não testaram uma intervenção) foram considerados com Baixo nível de evidência (Pimenta et al., 2015).

A partir dessa classificação inicial, procedeu-se à avaliação de outros fatores que podem diminuir ou aumentar o nível de evidência. Fatores que diminuem o nível de evidência são: - limitação metodológic a; - inconsistência entre os estudos; - evidência indireta (uso de desfechos substitutos); - imprecisão e - viés de publicação.

Fatores que aumentam a evidência são:

- a magnitude do efeito;
- a presença de gradiente dose- resposta e
- fatores de confusão ou vieses que comprometem o efeito estimado.

Desse processo resultou a classificação de evidência para cada desfecho: 1- mortalidade neonatal, 2- mortalida de por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5- morbidade por diarreia: Evidência de qualidade moderada - neonatos em Aleita mento Materno Exclusivo têm menor risco de mortalida de por todas as causas e mortalidade relacionada à infecção, comparados com os neonatos em Aleitamento Materno Parcial.

Evidência de qualidade baixa - neonatos com Aleita me nto Materno Exclusivo têm menor risco de morbidade por sepse, infecção respiratória aguda e diarreia, compa rados com neonatos em Aleita me nto Materno Parcial. Evidência é insuficiente para comparar mortalidade e morbida de entre neonatos com Aleita me nto Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Predominante.

Avaliando a força da recomendaç ão Apenas a qualidade da evidência não é suficiente para se determinar a força da recomendaç ão para o uso de uma intervenção, pois devem ser pesados o balanço entre vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, valores e preferências da pessoa, viabilidade/equidade/aceitabilidade e custos da intervenção. Da interação desses fatores, resulta a força de recomendaç ão (Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra).

Após a análise da literatura que respondeu a dúvida "Qual o impacto do aleitame nto materno exclusivo nos prime iros seis meses de vida sobre os desfechos: 1 - mortalida de neonatal, 2- mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia?", a força de recomendaç ão para cada desfecho foi estabelecida considerando os fatores: Balanço entre vantagens e desvantagens/riscos e benefícios: A evidência indica que há benefícios significativos do Aleita me nto Materno Exclusivo compa rado ao Aleita mento Materno Parcial na redução de riscos de todas as causas de mortalidade e morbidade resultantes de sepse e outras infecções, infecção respiratória aguda e diarreia.

Valores e preferências: Dada a alta mortalidade neonatal em países de baixa e média renda, propositores de políticas de saúde e profissionais de saúde tendem a valorizar os efeitos do Aleitamento Materno Exclusivo na redução do risco de mortalidade e morbidade neonatal. Viabilidade/Equidade/Aceitabilidade: Todos os itens satisfatórios.

Custos: O Aleita me nto Materno Exclusivo tem baixo custo, o que aume nta a relação custo-benefício a favor desta prátic a. Após essas análises, o painel de especialistas da OMS elaborou a seguinte recomendaç ão: "Todos os bebês devem ser a ma mentados exclusiva me nte desde o nascime nto até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselha me nto e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal".

Trata-se de uma FORTE recomendaç ão, a FAVOR do Aleita mento Materno Exclusivo, baseada em evidência de qualidade MODERADA. Definidas as me lhores evidências, o passo seguinte é a construção do Protocolo sobre o cuidado que se quer implementar e testar a efetividade da ação proposta.

O impacto da imple me ntação de um novo Protocolo (cuidado/ intervenção) nos resultados de saúde deve ser me dido objetivamente por me io de indicadores, discutidos a seguir

4. INDICADORES DE RESULTADOS E A MEDIDA DO EFEITO DO PROTOCOLO

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visa m, centralmente, à me lhoria da qualidade da assistência. Se quisermos melhoria te mos que medir siste matic a mente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e me dir o efeito das ações que fize mos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização. Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora, houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção). Em saúde e em enfermagem busca-se o contínuo aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (Zambon, 2008; Houaiss, Villar, 1999).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.

Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo (Zambon, 2008).

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, podem produzir resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

O contexto no qual a evidência é aplicada, a experiência dos profissionais, os recursos disponíveis e as preferências dos pacientes/clientes explicam porque essas diferenças ocorrem.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica (Boult, Maddern, 2007), que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômic o, disponível e testado na clínica.Essas características são funda mentais para o aperfeiçoa mento contínuo daqualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômic o significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso.

Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos. A avaliação do impacto de um Protocolo Assistencial exige auditoria préimplementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almeja ndo- se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez. Pensemos em um Protocolo de controle de dor no pós-operatório.

O principal objetivo é reduzir o número de doentes com dor de intensidade acima de modera da (≥4, em uma escala de 0 a 10) nas primeiras 48 horas de pósoperatório. Nesse caso, quais seriam os indicadores capazes de medir se esse objetivo foi alcançado com a implementação do Protocolo? Para facilitar o processo de determinação de indicadores, podemos transformar esses objetivos em perguntas.

Pergunta pré-implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?
Pergunta após a implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?
Indicadores de processo: % de pacientes com o impresso de avaliação de dor preenchido nas primeiras 48 horas do pós-operatório
Indicador de estrutura: % de pacientes que receberam analgésico opióide de modo regular nas primeiras 48 horas do pós-operatório.
Indicador de resultado: % de pacientes com dor acima de moderada (≥4) nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
Meta após 2 meses de uso do Protocolo: Redução de 30% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
Meta após 6 meses de uso do Protocolo: Redução de 20% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Muitos exemplos podem ser citados, já que os Protocolos podem estar relacionados a uma diversidade de situações contempladas pela Assistência e um mesmo Protocolo poderá prever a avaliação de um ou mais indicadores.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles deverão prever o te mpo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré-imple me ntação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de imple me ntação de medidas comple mentares para o alcance das metas ou da pertinência de se interromper um Protocolo e propor outro

Uso de linguagens padronizadas para a documentação do Processo

O percurso pelas etapas do PE deve ser documentado, de modo a estabelecer comunic ação efetiva entre os me mbros da equipe, permitir avaliação da qualidade dos cuidados implementados e fornecer dados para questões jurídicas, pesquisas e ensino.

Para atender a essas finalidades, recome nda-se o uso de Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), conjuntos de conceitos organizados da forma ma is lógica possível, sobre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os SLPs auxiliam o raciocínio clínico, pois esclarecem os conceitos que representam por meio de definições, indicadores clínicos, descrições de ações e medida de magnitude (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013; Cofen, 2009).

Siste mas de Linguagem Padronizadas são conhecimentos estruturados que esclarecem os fenômenos de cuidado, propõem estratégias de ação e de medida de alcance dos resultados sobre os quais a enfermagem atua, na clínica e pesquisa.

O uso de SLP favorece a comunic ação verbal ou escrita entre os profissionais. SLP representam um grande avanço para o desenvolvimento da profissão, mas estão em processo de validação, isto é, os diagnósticos, intervenções e resultados precisam ser sustentados por evidência científica (Cruz, 2008).

Dentre os SLP de DEs, a classificação de diagnósticos da NANDA International (NANDA-I) organiza conceitos relacionados a "respostas humanas reais ou potenciais a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta". Nessa classificação, os DEs são compostos por um t ítulo, uma definição, características definidoras (sinais e sintomas, evidências, ma nifestações), fatores relacionados (possíveis etiologias, fatores contribuintes) ou fatores de risco.

Grupos de DEs com atributos similares são reunidos em classes, as quais encontra m- se em domínios, uma área ma is a mpla dos conhecime ntos. O julgamento diagnóstico deve alicerçar-se nas me lhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para a identificação acurada (Herdman, Kamitsuru, 2014).

Com base nos princípios da PBE, devem ser identificados os DEs, planejados os resultados a serem alcançados e as intervenções a serem imple me ntadas. As recomendaç ões sobre as melhores práticas (me lhor evidência científica disponível) devem estar incluídas nos Protocolos Assistenciais, uma vez que influenciam direta me nte no alcance das metas estabelecidas e justifiquem os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos no cuidado.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Ainda que os Protocolos Assistenciais tenham um grande potencial de me lhorar a prática clínica, sua adoção e uso não são automáticos.

A imple me ntação de evidência é um processo comple xo que envolve o desenvolvimento de Protocolo, a disse minaç ão do conhecime nto sobre ele e a busca da adesão dos profissionais ao Protocolo.

Protocolos fundamentados em evidência científica, fáceis de compreender, construídos com o envolvimento do usuário final e disseminados por meio de estratégias educativas com participação direta e ativa do usuário final têm maior probabilidade de serem implementados e utilizados .

Dessa forma, o HMTJ entende que a implementação de um Protocolo Assistencial de requer avaliação prévia e criteriosa das práticas que serão alteradas, da instituição onde as práticas ocorrem, da personalidade e valores dos profissionais que serão envolvidos no processo de mudança e dos consumidores finais.

Durante a imple mentação de novos Protocolos, devido à muda nça de rotinas, podem surgir resistências dos profissionais ao processo, tais como a não concordância pela falta de conscientização de que há novas evidências, expectativas negativas em relação ao processo e resultados, falta de motivaç ão para mudança e de familiaridade com o uso de Protocolos.

Portanto, construir plano de ações é funda mental para o sucesso do processo de imple me ntação de Protocolos. O planejamento engloba envolver os indivíduos que serão afetados pelo processo de imple mentação, reconhecer as lideranças que podem apoiá -lo, identificar as principais barreiras para a implementação e os mec anismos para superá-las, identificar os recursos disponíveis, os profissionais facilitadores do processo e os mecanismos para fortalecê-los.

Engloba, ainda, examinar que as estratégias de implementação que poderão funcionar em determinado contexto, prever os principais resultados esperados após a implementação e definir critérios de como os resultados serão avaliados.

Existe grande número de estratégias para promover a utilização efetiva dos Protocolos na prática Assistencial, como visita in loco aos profissionais de saúde envolvidos por uma pessoa treinada, uso de lembretes que indicam o desempenho de uma ação clínica específica, participação dos profissionais em oficinas práticas ou de discussão sobre o Protocolo, divulgação de opinião de profissionais de saúde líderes locais, disponibilização de informação específica a pacientes e distribuição de materiais educativos, como guias e manuais e palestras.

O uso de intervenções multifac etadas, isto é, a combinaç ão de duas ou ma is intervenções, favorece o sucesso da implementação.

A auditoria clínica, outra importante estratégia para a implementação e uso de Protocolos, é uma ferramenta de avaliação que consiste em fornecer dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho esperado, como já apresentado na sessão de indic adores. Baseia-se na suposição de que os profissionais de saúde modificam sua prática ao receberem feedback, mostra ndo que ela é diferente daquela recomenda da. Esta é uma estratégia que pode ser utilizada isoladamente ou como componente de intervenções múltiplas pelo HMTJ.

É imprescindível estabelecer um cronograma para a reavaliação periódica da imple me ntação do Protocolo, pois a maioria das mudanças de mora para ser incorporada e práticas prévias, já arraigadas na conduta profissional, tendem a ser retomadas.

Aspectos Legais Relacionados ao Uso de Protocolos

Os protocolos institucionais, após aprovação, serão divulgados e, estando os profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento.

I. Objetivos

- Padronizar o atendimento prestado pela equipe de Enfermagem no acesso dos paciente na Unidade Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

- Humanizar o atendimento e classificar, mediante as demandas dos usuários as necessidades inerentes à assistência fornecida na unidade, visando um cuidado seguro e mediato.

- Estabelecer o fluxo de atendimento ao paciente antes de serem atendidos nos consultórios médico/enfermeiro ou exames ofertados na unidade.

- Formatizar o atendimento da Enfermagem no Sistema MV- PEP na unidade;

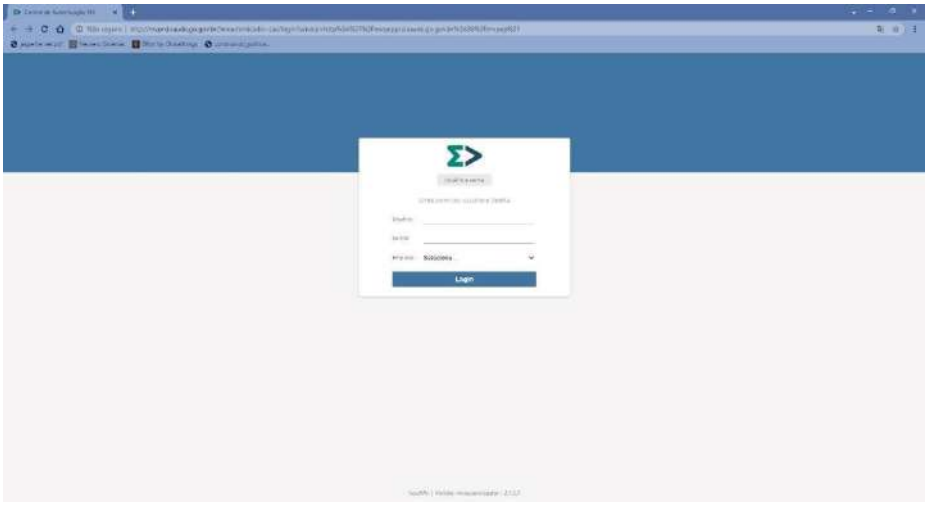
- Acolher de forma resolutiva e garantir os direitos dos usuários.

II. Materiais

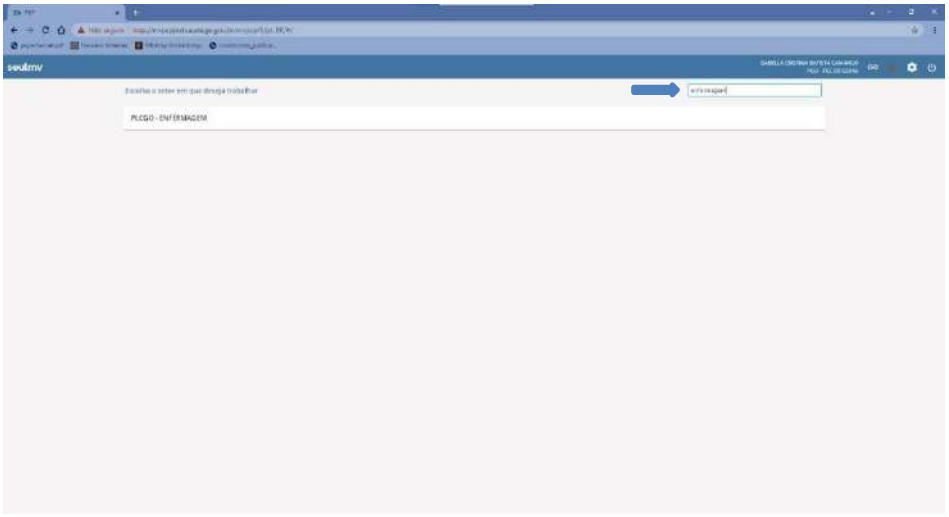
- Computador com acesso à rede no sistema MV-PEP;
- Monitor Multiparamétrico;
- Termômetro;
- Balança com medidor de estatura;
- Álcool a 70%;
- EPI's (Mascara cirúrgica, luvas de procedimento, entre outros);
- Caneta;

III. Descrição dos passos da atividade

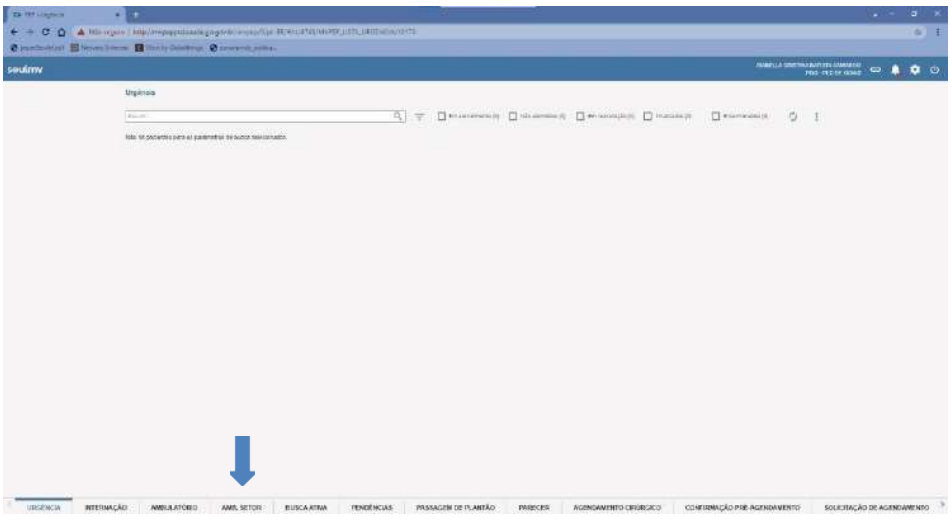
- Conferir funcionamento dos equipamentos e organizar a sala de acolhimento conforme rotina;
- Realizar higienização das mãos, conforme POP de Higiene das Mãos;
- Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência permitindo o diálogo e segmento do cuidado;
- Abrir o Sistema MV-PEP e digitar usuário, senha e selecionar a aba login;



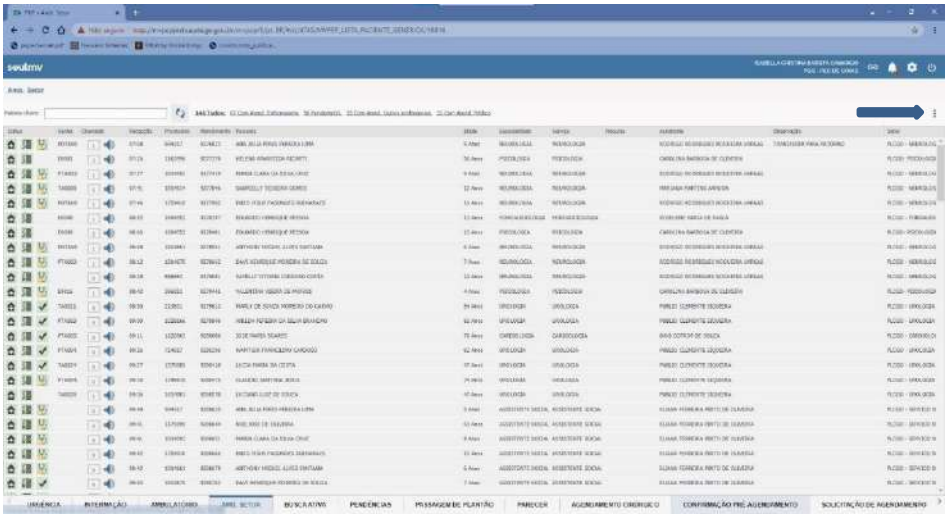
- Selecionar o setor que deseja trabalhar, digitando "ENFERMAGEM";



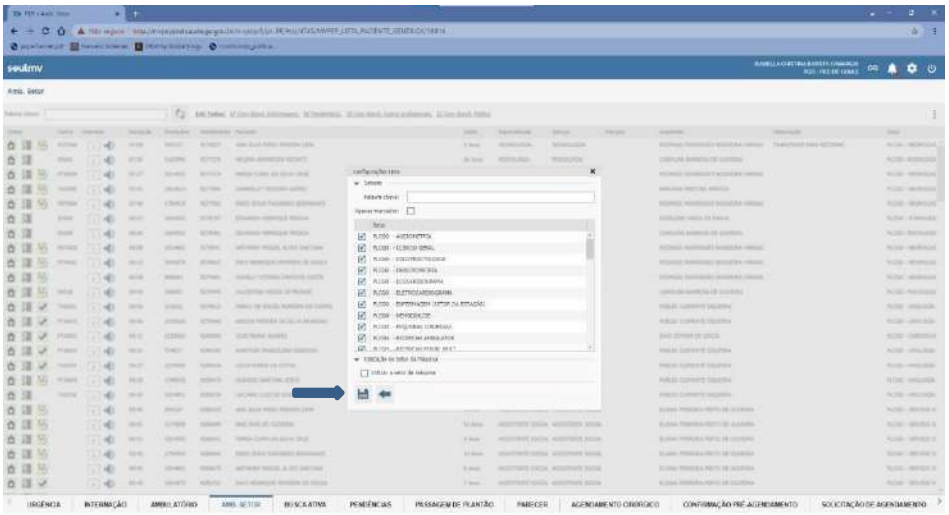
- Selecione a aba “AMB. SETOR” para abrir a lista de pacientes recepcionados na unidade que aguardam atendimento.



- Antes de abrir o prontuário do paciente, verificar na aba de filtros os atendementos que estão marcados para aparecer na “sua lista”;



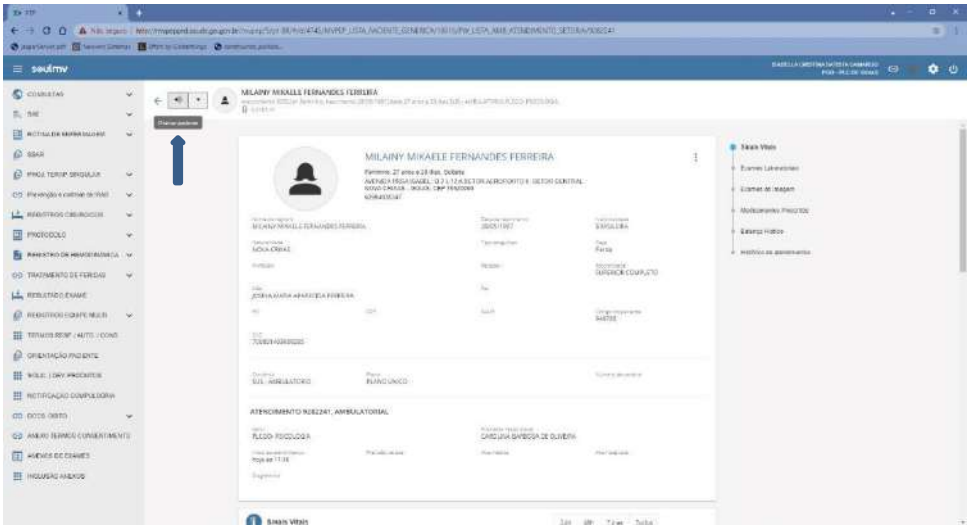
- Marque todos os atendimentos que deseja realizar o acolhimento e clique em “salvar”;



- Certifique-se que na aba filtros todos os atendimentos (consultas e exames) está habilitada para o seu usuário, caso necessário acione o TI para habilitação do usuário no MV-PEP;

- Selecione o prontuário desejado conforme ordem do horário de chegada e prioridade (pessoas acima de 60 anos, gestatnte, lactantes, pessoas com crianças de colo, obesos, pessoas com espectro autista, pessoas com mobilidade reduzidas e/ou cadeirantes);

- Ao selecionar o nome do paciente, você é direcionado para o prontuário do paciente com seus dados pessoais, exames e consultas realizadas em qualquer instituição que tenha e cadastra seus atendimentos no sistema MV-PEP;

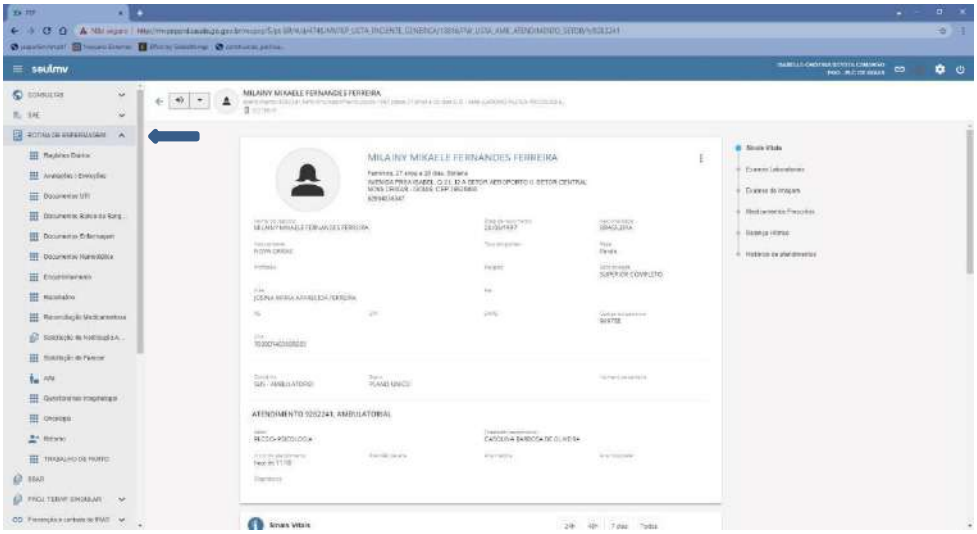


- Clique em na aba “CHAMAR PACIENTE” para chamar paciente para sala de acolhimento no monitor da recepção;

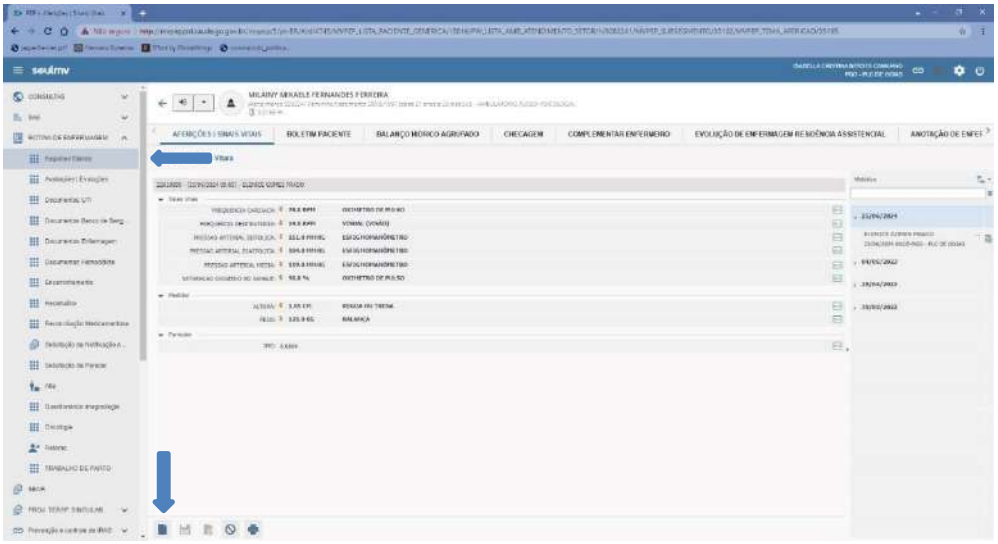
- Posicionar adequadamente o paciente;

- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;

- Abrir a aba “ROTINA DE ENFERMAGEM”;



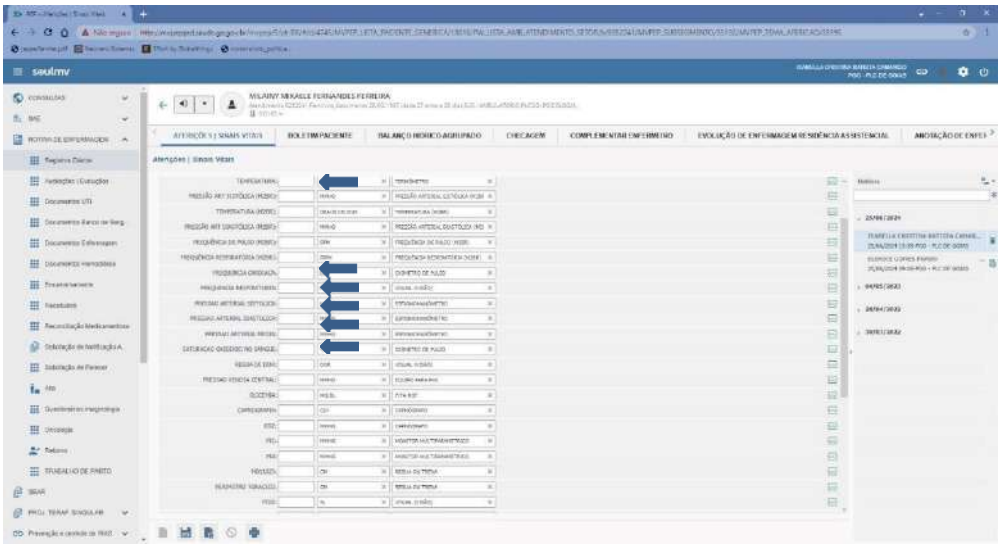
- Selecionar a aba “REGISTROS DIÁRIOS”, depois clicar em “NOVO DOCUMENTO” para uma nova verificação dos sinais vitais do paciente;



- Monitorizar o paciente, verificando temperatura (ºC), pressão arterial (PA), frequência cardiaca (FC), saturação de O2 no sangue (SPO2), frequência respiratória (FR), peso (Kg) e altura (cm) e preencher no MV-PEP no campo adequado para cada verificação;

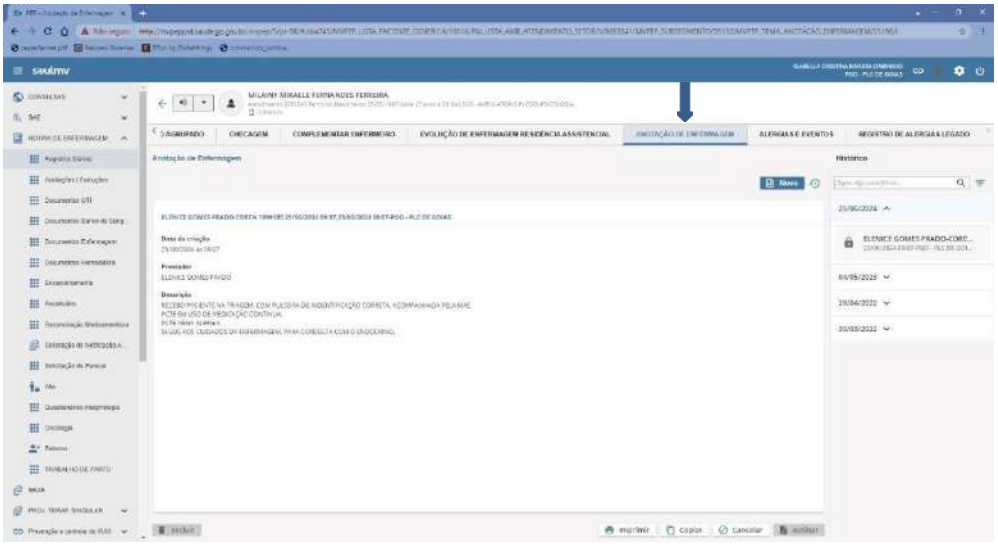
- Selecionar a aba “AFERIÇÕES | SINAIS VITAIS” e deposis selecionar “NOVO DOCUMENTO”;

- Selecionar a aba “SALVAR e ASSINAR”, para que o registro fique salvo no prontuário do paciente;

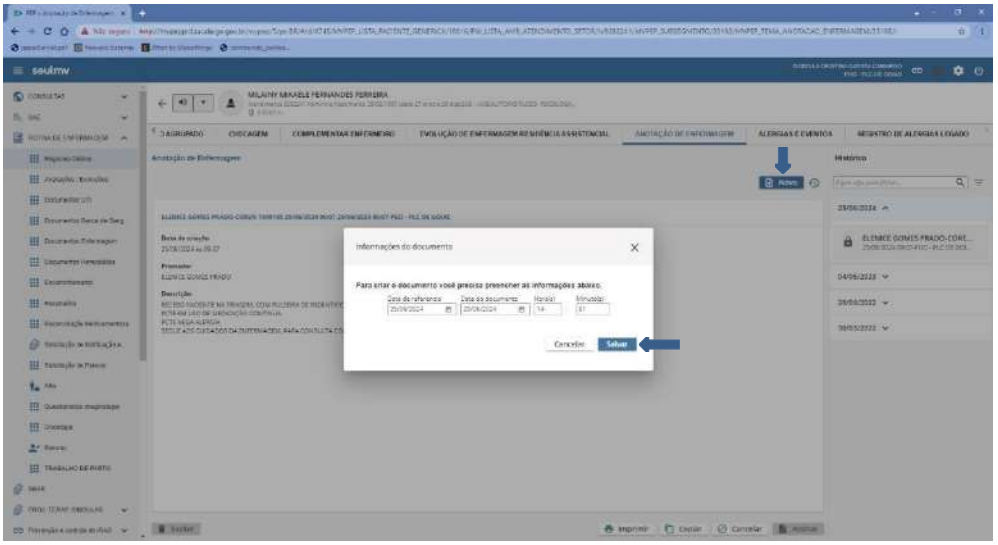


- Realizar escuta ativa, identificando as necessidades do paciente no momento, verificar alergias, e medicações em uso;

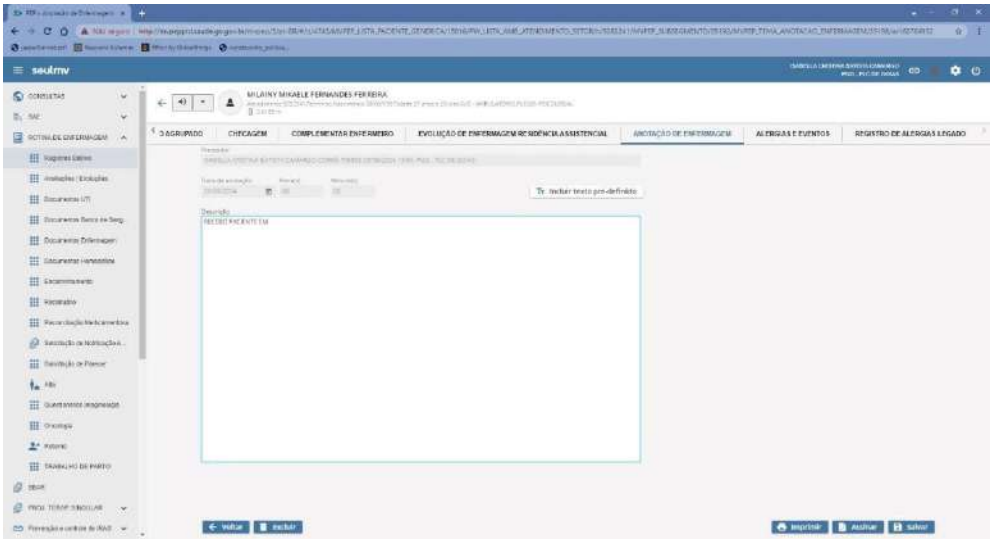
- Realizar Anotação de Enfermagem no prontuário do paciente, conforme legislação de enfermagem;



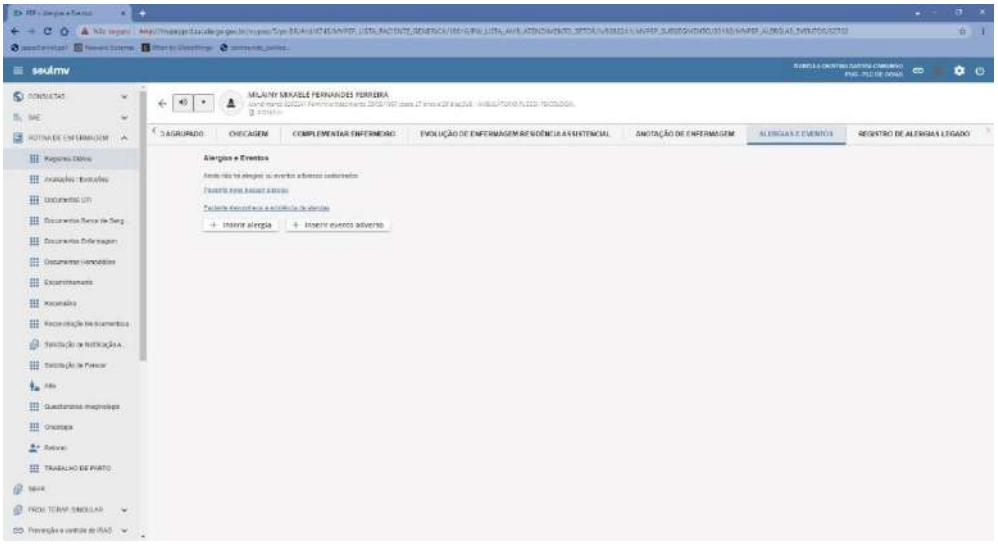
- Selecione a aba “NOVO” para criar nova anotação, selecione a data e horário do documento e clique em salvar;



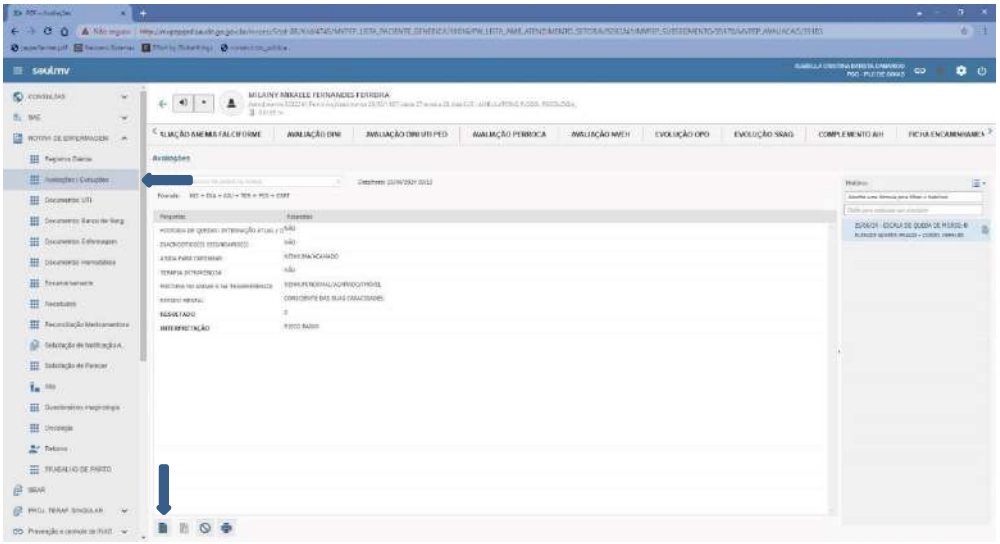
- Realizar a anotação de enfermagem e salvar e assinar digitalmente o documento;



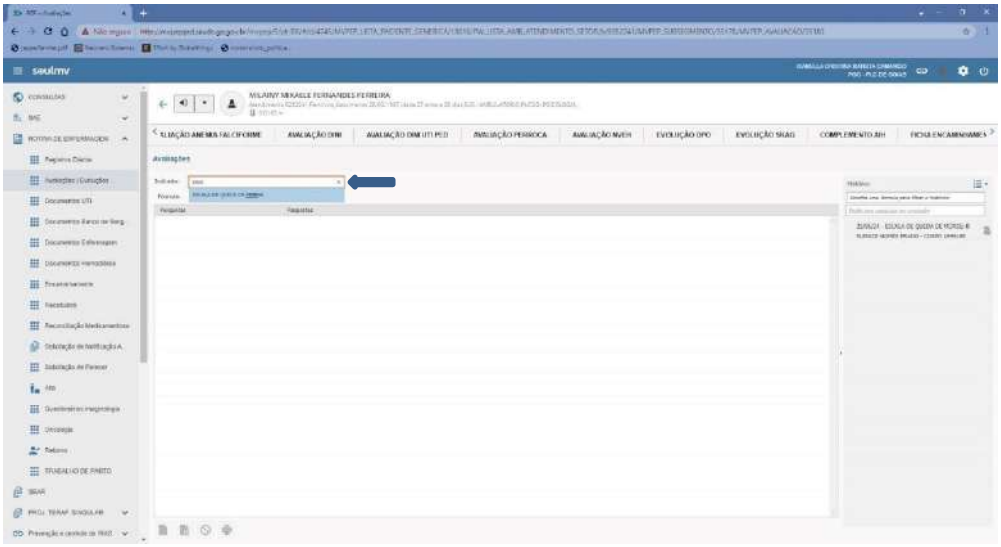
- Inserir novas alergias na aba “ALERGIAS E EVENTOS” se for necessário;

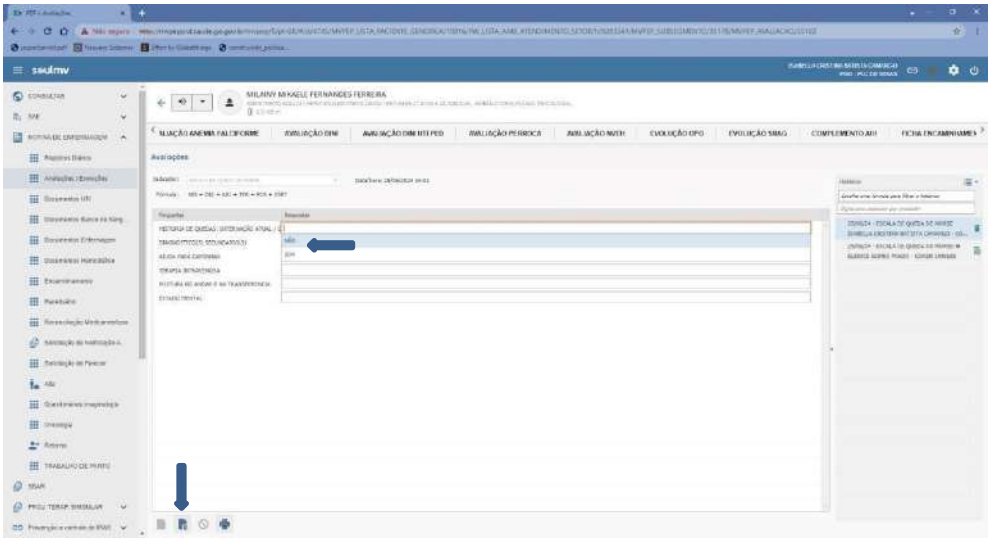


- Após essas verificações, avaliar o paciente quanto ao risco de queda atraves da “Escala de Morse”, clicando na aba de “AVALIAÇÕES | EVOLUÇÕES” e selecionar “NOVO DOCUMENTO”;



- Digite no campo "indicador" a palavra "morse" e selecione a "escala de morse" e preencha os campos necessários, clique em salvar e assinar documento para ficar registrado no prontuário do paciente a nova avaliação;





- Caso necessário registrar sinais vitais na ficha paciente;
- Finalize o atendimento e encaminhando o paciente para o setor desejado conforme mapa da unidade;
- Em caso de alterações de sinais vitais e/ou intercorrências encaminhar e acompanhar paciente para a sala de estabilização aos cuidados da enfermeira(o) do setor;
- Oraganizar a sala conforme rotina após os atendimentos.

IV. Siglas e Definições

- MV- PEP: Prontuário Eletrónico do Paciente
- TI: Ténico de Informática

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasil, 2023.

TOLEDO, P. P. DA S. et al.. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 6, p. 2131–2140, jun. 2021.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Intercorrência com pacientes ou colaboradores na Policlínica Estadual			
Responsável: Coordenação da área	**Código**: xxx	**Revisão**: 2025	**Data**: 23/06/2024

I. Objetivos

Prestar atendimento, resolutivo e humanizado, em casos de intercorrência ambulatorial com pacientes ou colaboradores na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e padronizar o fluxo do encaminhamento de pacientes aos prestadores de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivando-se capacitar os colaboradores para atuar em intercorrências dentro e fora da policlínica e auxiliar na tomada de decisões mediante as emergências.

II. Materiais

Não se aplica

III. Descrição dos passos da atividade

- Nos casos de intercorrências descritas no Quadro 1 nas dependências da policlínica, a equipe assistencial que for acionada deverá realizar uma avaliação primária do paciente no local da ocorrência seja em salas de espera, corredores, consultórios, salas de exames ou de procedimento, que consiste na verificação de sinais vitais.
- Em seguida deverá transportar o paciente para sala de emergência da policlínica mais próxima e realizar uma avaliação clínica.
- A equipe assistencial é composta pelo médico clinico nos dias e horários em que estiver em atendimento na policlínica. Nos demais períodos os atendimentos serão realizados pelo médico responsável pela especialidade na qual o paciente está agendado, bem como pelo enfermeiro do setor e sua equipe de técnicos de enfermagem;
- Em caso de intercorrência com colaborador deve-se realizar uma avaliação primária no usuário no local da ocorrência, encaminhar o paciente ou colaborador para a sala de estabilização, realizar avaliação da gravidade do caso, manter suporte necessário monitorando os sinais vitais do paciente, e comunicar ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

7.1 Procedimentos de avaliação primária:

- Mensuração do nível de consciência, a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial (PA), a frequência respiratória (FR), a temperatura corporal (Temp.) e a Glicemia Capilar (GCAP)

7.2 Providências para transferência do paciente para Unidade de Pronto Atendimento:

- Após a avaliação clínica, já na sala de estabilização da policlínica (quadro 2), a enfermagem deverá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por contato telefônico,

pelo número 192, citando o estado clínico do usuário, a necessidade de transferência para uma unidade de pronto atendimento, a localização e a sala onde se encontra o paciente;

- A equipe de enfermagem deverá acionar o assistente social, o qual comunicará à família do paciente, caso não esteja presente ou o paciente esteja sem acompanhante, a respeito da intercorrência e das medidas tomadas pela equipe e orientará sobre a transferência de Unidade de Saúde.
- Caso não haja necessidade de acionar o SAMU o paciente será liberado, na presença de um acompanhante, que deverá ser contatado, se o usuário estiver sozinho.

7.3 Registro da ocorrência em prontuário:

O profissional seja ele médico ou enfermeiro que respondeu à intercorrência, de um paciente que estava agendado para atendimento deverá registrar o atendimento no prontuário eletrônico do paciente através do sistema MVPEP.

7.4 Comunicação da intercorrência para a administração da unidade:

- O enfermeiro do setor que atendeu à intercorrência deverá comunicar o ocorrido à Administração da policlínica para o controle e monitoramento das ocorrências.

7.5 Notificação de evento adverso, não conformidade ou incidente:

- Caso a ocorrência se enquadre como um evento adverso, não conformidade ou incidente com dano ou sem dano ao paciente, deverá ser notificado ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) pelo profissional que identificou o caso através do QR Code, atalho de notificação ou formulário impresso.

IV. Siglas e Definições

- FC – Frequência Cardíaca
- FR – Frequência Respiratória
- GCAP – Glicemia Capilar
- PA – Pressão Arterial
- PS – Pronto Socorro
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS – Sistema Único de Saúde
- NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

V. Anexos

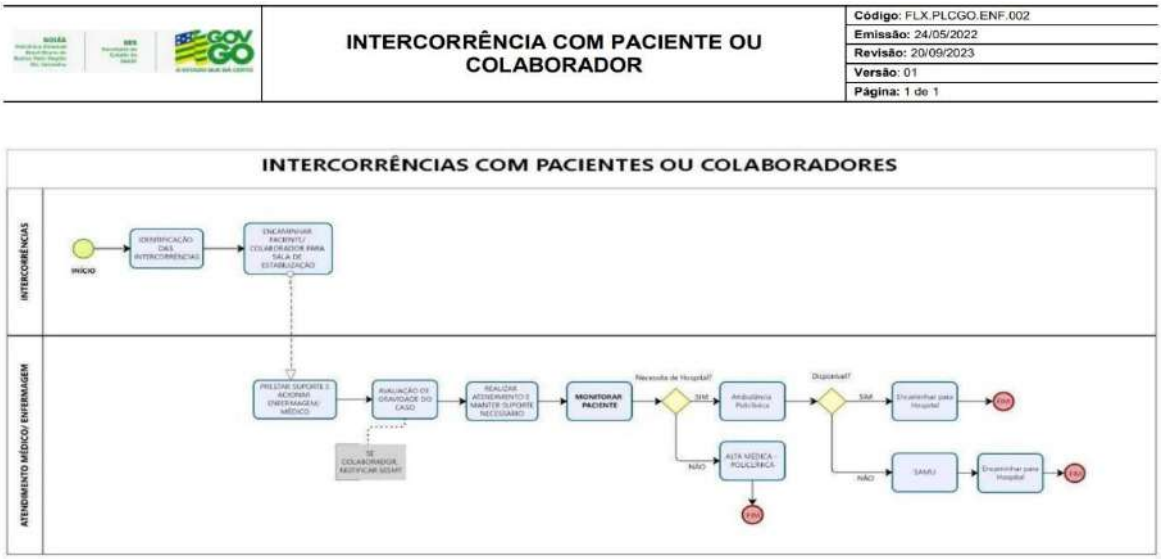
Anexo 1 - Quadro 1: Tipos de intercorrências:

TIPOS DE INTERCORRÊNCIAS
Engasgo
Crises Convulsivas
Parada Cardiorrespiratória (PCR)
Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Desmaios
Choque Anafilático
Choque Elétrico
Quedas
Crises de ansiedade e pânico
Picos hipertensivos

Anexo 2 - Quadro 2: Relação de salas de estabilização para atendimento de emergências:

SALAS DE ESTABILIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIAS	
Local da ocorrência	Sala de Estabilização mais próxima
Triagem ambulatório	Estabilização do Ambulatório
Triagem SADT	
Ambulatório Multiprofissional	
Ambulatório de Especialidades Médicas	
Recepção de Cadastro	
Recepção de Acesso	
SADT Imagem	SRPA Endoscopia/ estabilização Tomografia
Sala de procedimento	Estabilização do Ambulatório
Corredores	Estabilização do Ambulatório/ Estabilização Multiprofissional/ SRPA Endoscopia
Laboratório	Estabilização do Ambulatório

Anexo 3: Fluxograma de intercorrências com pacientes ou colaboradores.



VI. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Título da Norma ou Resolução. Número da Resolução, Data de publicação. Disponível em: <URL>. Acesso em: data de acesso.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+nº+7,+de+24+de+fevereiro+de+2010/bf9e344d-3445-4b18-885e-3e3d9f4b4232>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Título da Lei ou Decreto. Local, Data de publicação. Disponível em: <URL>. Acesso em: data de acesso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2024.

I. Objetivos

O Procedimento Operacional Padrão (POP) para a atuação da equipe de enfermagem em curativos tem como principais objetivos:

1. **Padronizar a Conduta**: Estabelecer diretrizes claras e uniformes para a realização de curativos, garantindo que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com protocolos institucionais e normativas do COREN GO e COFEN.
2. **Assegurar a Qualidade no Cuidado**: Promover a qualidade no atendimento ao paciente, proporcionando um ambiente seguro e livre de infecções durante a realização dos curativos.
3. **Promover a Cicatrização Adequada**: Utilizar técnicas e materiais apropriados para promover a cicatrização eficaz das feridas, reduzindo o tempo de recuperação e prevenindo complicações.
4. **Orientar Pacientes e Cuidadores**: Educar os pacientes e seus cuidadores sobre os cuidados necessários após o curativo, incluindo sinais de infecção, troca de curativos e medidas de prevenção.
5. **Garantir a Segurança**: Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de forma adequada para proteger tanto o paciente quanto os profissionais de saúde envolvidos no procedimento.
6. **Documentar de Forma Adequada**: Registrar todas as etapas do procedimento de curativo de maneira precisa e completa no prontuário do paciente, assegurando a continuidade do cuidado e a avaliação adequada da evolução da ferida.
7. **Colaborar com o CME**: Encaminhar os materiais utilizados para limpeza e esterilização no Centro de Material e Esterilização (CME), garantindo a conformidade com as normas de biossegurança.
8. **Manter a Organização e Limpeza**: Zelar pela organização e limpeza da sala de curativos antes, durante e após cada procedimento, mantendo um ambiente propício para a realização de cuidados de enfermagem.

Estes objetivos são fundamentais para orientar a equipe de enfermagem na execução de curativos de forma segura, eficaz e humanizada, promovendo o bem-estar e a recuperação dos pacientes atendidos.

II. Materiais

Para a realização de curativos, são necessários os seguintes materiais e equipamentos:

1. **Materiais de Limpeza e Preparação:**

    - Álcool a 70%: Utilizado para higienização das mãos e limpeza da pele ao redor da ferida.
    - Soro fisiológico a 0,9%: Para irrigação e limpeza da ferida.
    - Agulha estéril de calibre 40x12: Utilizada para manipulação de curativos.
    - Bandeja não estéril: Para organização dos materiais durante o procedimento.

2. **Materiais para Curativo:**

    - Pacote de curativo estéril contendo 2 pinças: Para manuseio dos materiais estéreis.
    - Pacotes com gaze estéril: Utilizada para cobertura da ferida.
    - Esparadrapo e/ou micropore: Para fixação do curativo.
    - Atadura de crepe: Utilizada para compressão e fixação do curativo.
    - Bacia Estéril: Utilizada para irrigação da ferida, se necessário.

3. **Equipamentos de Proteção Individual (EPI):**

    - Máscara cirúrgica: Para proteção das vias respiratórias contra micro-organismos.
    - Óculos de proteção: Para proteção dos olhos contra respingos de líquidos.
    - Luvas de procedimento: Para proteção das mãos durante a realização do procedimento.

4. **Descarte e Limpeza:**

    - Saco plástico: Para descarte de materiais utilizados.
    - Lixeira para resíduo infectante: Para descarte seguro de materiais contaminados.
    - Biombo: Para privacidade do paciente durante o procedimento.

Esses materiais são essenciais para garantir a segurança e a eficácia dos curativos.

III. Descrição dos passos da atividade

Os curativos devem ser realizados de forma organizada e seguindo um protocolo padrão para garantir a eficácia do tratamento e a segurança do paciente. Abaixo estão os passos detalhados para a execução dos curativos:

1. **Preparação do Ambiente:**

    - Verificar e organizar todos os materiais necessários para o curativo.
    - Garantir que a sala de curativos esteja limpa e organizada.
    - Lavar as mãos conforme protocolo de higienização.

2. **Recepção e Preparação do Paciente:**

    - Receber o paciente na sala de curativos e explicar o procedimento a ser realizado.
    - Acomodar o paciente em posição confortável que permita a visualização adequada da ferida.

3. **Avaliação da Ferida:**

    - Verificar a prescrição médica ou de enfermagem para o tipo específico de curativo a ser realizado.
    - Avaliar o aspecto da ferida, observando características como tamanho, profundidade, presença de exsudato, sinais de infecção (dor, calor, rubor, edema) e odor.

4. **Preparação e Limpeza da Ferida:**

    - Higienizar a pele ao redor da ferida com álcool a 70% ou soro fisiológico, utilizando técnica asséptica.
    - Realizar tricotomia apenas se necessário, para garantir uma aplicação adequada do curativo.
    - Se houver necessidade, irrigar a ferida com soro fisiológico para remoção de resíduos e exsudato.

5. **Aplicação do Curativo:**

    - Utilizar luvas estéreis, se necessário, para manipular os materiais estéreis.
    - Selecionar o curativo apropriado de acordo com as características da ferida (gaze estéril, curativo especializado, etc.).
    - Fixar o curativo com esparadrapo ou micropore, garantindo que esteja seguro e protegendo a ferida de contaminação.

6. **Instruções ao Paciente:**

    - Orientar o paciente sobre os cuidados necessários com o curativo, como evitar molhar, realizar trocas adequadas conforme orientação médica, e sinais de alerta de infecção.
    - Agendar o retorno para revisão do curativo conforme prescrição médica.

7. **Documentação e Limpeza:**

    - Registrar todos os procedimentos realizados no prontuário do paciente, incluindo aspectos da ferida, procedimentos adotados e orientações fornecidas.
    - Descartar adequadamente os materiais utilizados em saco plástico e lixeira própria para resíduos infectantes.
    - Realizar a limpeza e organização da sala de curativos para o próximo atendimento.

Esses passos garantem que o procedimento de curativo seja realizado de forma segura, minimizando riscos de infecção e promovendo a adequada cicatrização da ferida.

ROTEIRO PARA O ENFERMEIRO FAZER A AVALIAÇÃO DA FERIDA

1. **Verificação da Prescrição Médica:**

    - **Objetivo:** Avaliar a prescrição médica para identificar o tipo específico de curativo indicado para a ferida.
    - **Responsável:** Enfermeiro.
    - **Procedimento:**

        - Consultar o prontuário do paciente para verificar a prescrição médica atualizada.
        - Confirmar o tipo de curativo prescrito, materiais necessários e frequência de troca.
        - Se necessário, contatar o médico responsável para esclarecimentos adicionais.

2. **Avaliação do Aspecto da Ferida:**

    - **Objetivo:** Avaliar as características da ferida para orientar o tratamento adequado.
    - **Responsável:** Enfermeiro.
    - **Procedimento:**

        - Observar visualmente a ferida, avaliando o tamanho, a profundidade e a presença de exsudato.
        - Verificar sinais de infecção como dor, calor, rubor, edema e presença de odor.
        - Documentar detalhadamente as características observadas no prontuário do paciente.

- Utilizar escalas de avaliação de feridas, se disponíveis, para padronizar a avaliação.

3. **Interpretação dos Achados e Plano de Cuidados:**

   - **Objetivo:** Interpretar os achados da avaliação para elaborar um plano de cuidados individualizado.
   - **Responsável:** Enfermeiro.
   - **Procedimento:**

     - Comparar os achados da avaliação com as diretrizes de cuidados estabelecidas pelo COFEN.
     - Determinar a necessidade de intervenções adicionais, como culturas de ferida ou alteração na terapia antimicrobiana.
     - Estabelecer o plano de cuidados, incluindo o tipo de curativo a ser utilizado, técnicas de aplicação e intervalos de troca.
     - Comunicar o plano de cuidados à equipe de enfermagem, garantindo a execução adequada das atividades planejadas.

4. **Educação ao Paciente e Cuidadores:**

   - **Objetivo:** Orientar o paciente e cuidadores sobre os cuidados domiciliares da ferida.
   - **Responsável:** Enfermeiro.
   - **Procedimento:**

     - Explicar ao paciente e cuidadores os objetivos do tratamento da ferida e a importância da adesão ao plano de cuidados.
     - Demonstrar técnicas de autocuidado, como limpeza da ferida e aplicação de curativos simples.
     - Fornecer instruções por escrito, se necessário, para reforçar as informações fornecidas verbalmente.

Este roteiro visa garantir que o enfermeiro conduza uma avaliação completa da ferida, seguindo as normativas do COFEN e delegando as responsabilidades específicas conforme as competências de cada membro da equipe de enfermagem. Adapte-o de acordo com as políticas e protocolos internos da instituição de saúde onde atua.

IV. Siglas e Definições

- **EPI**: Equipamento de Proteção Individual. Equipamentos utilizados pelos profissionais de saúde para proteger contra riscos de contaminação durante a execução de procedimentos.
- **CME**: Centro de Material e Esterilização. Setor responsável pela limpeza, esterilização e preparo de materiais e instrumentais utilizados em procedimentos médicos.

Essas siglas e definições são essenciais para entender os termos utilizados no contexto de curativos e garantir a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

- Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado em 16 de junho de 2024]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_limpeza.pdf
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 0547/2017. Normatiza as atribuições do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado em 16 de junho de 2024]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5472017_51745.html
- Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFEE). Diretrizes práticas para o tratamento de feridas [Internet]. Rio de Janeiro: SOBENFEE; 2018 [citado em 16 de junho de 2024]. Disponível em: http://www.sobenfee.org.br/publicacoes/diretrizes_praticas_tratamento_feridas.pdf
- American Nurses Association (ANA). Nursing scope and standards of practice. 4th ed. Silver Spring (MD): ANA; 2015.
- Rodrigues LLS, Almeida TJV, Andrade JS, Guimarães RM, Barbosa RCL, Almeida PC. Boas práticas de enfermagem em curativos. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2018 [citado em 16 de junho de 2024]; 85(3):71-80. Disponível em: http://www.revenferm.com.br/artigos_cientificos/boas_praticas_enfermagem_curativos.pdf

I. Objetivos

- Padronizar a técnica de punção venosa periférica para garantir a segurança do paciente e a eficácia do procedimento.
- Minimizar os riscos de complicações como infecções, hematoma e lesão vascular.
- Assegurar que todos os profissionais de saúde estejam capacitados para realizar o procedimento seguindo as melhores práticas.

II. Materiais

- Cateteres intravenosos de diferentes calibres.
- Luvas estéreis.
- Antisséptico (álcool 70%, clorexidina alcoólica ou iodopovidona).
- Gazes estéreis.
- Esparadrapo ou curativos específicos para fixação do cateter.
- Seringas e agulhas para administração de medicamentos, se necessário.
- Bandeja ou kit de punção venosa estéril.
- Torniquete.
- Recipiente para descarte de materiais perfurocortantes.

III. Descrição dos passos da atividade

Preparação do Paciente e do Ambiente:

- Explicar o procedimento ao paciente e obter consentimento.
- Higienizar as mãos e preparar o local de punção.
- Posicionar o paciente de forma confortável, com o membro a ser puncionado adequadamente exposto e imobilizado.

Escolha do Local de Punção:

- Selecionar uma veia adequada, preferencialmente nas regiões de fácil acesso como as do dorso da mão ou antebraço.
- Aplicar o torniquete acima do local escolhido para distender a veia.

Antissepsia da Pele:

- Aplicar o antisséptico de escolha no local da punção e deixar agir pelo tempo recomendado.

Realização da Punção:

- Calçar as luvas estéreis.
- Realizar a punção com técnica asséptica, inserindo o cateter na veia.
- Confirmar o retorno venoso (presença de sangue no cateter), fixar o cateter e liberar o torniquete.

Cuidados Pós-Punção:

- Aplicar curativo no local para proteger a inserção do cateter.

- Descartar materiais utilizados conforme as normas de biossegurança.
- Observar o paciente para sinais de complicações.

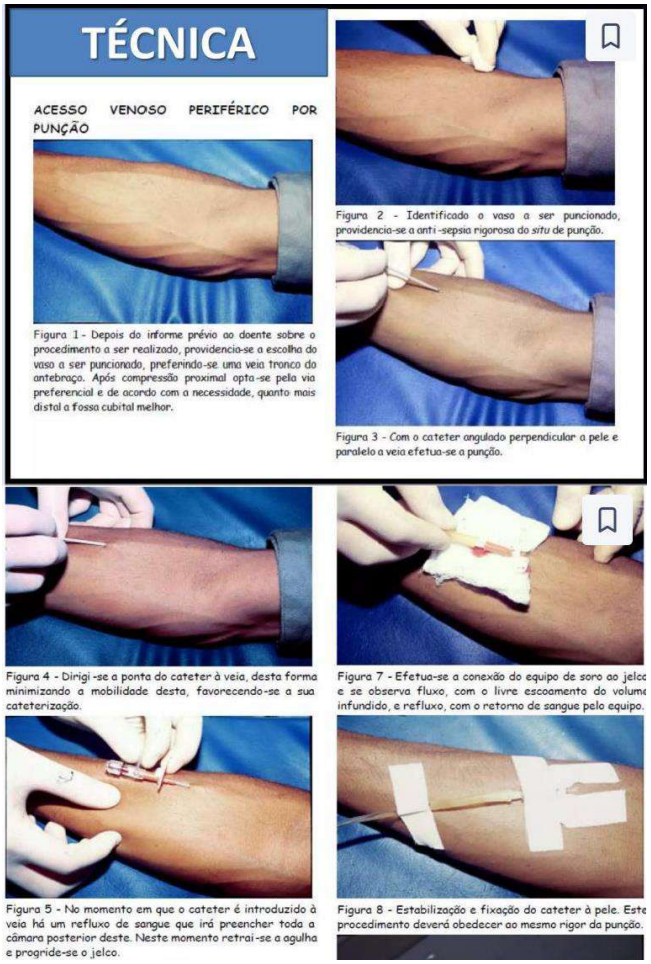
IV. Siglas e Definições

AVP: Acesso Venoso Periférico.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

V. Anexos

Anexo 1: Técnica de Punção Venosa Periférica - Ilustrações.



Anexo 2: Tabela de Tamanhos e Tipos de Cateteres.

Polegadas	Diâmetro x Comprimento	Cor do Canhão	Vazão (mL/ min)
14G	2,10 mm x 45 mm	Laranja	270
16G	1,70 mm x 45 mm	Cinza	180
18G	1,30 mm x 45 mm	Verde	80
20G	1,10 mm x 32 mm	Rosa	54
22G	0,90 mm x 25 mm	Azul	33
24G	0,70 mm x 19 mm	Amarelo	20
26G	0,60 mm x 19 mm	Roxo	15

VI. Referências

- **Resolução COFEN Nº 0453/2014**
- Estabelece normas e diretrizes para a realização de procedimentos invasivos por enfermeiros, incluindo a punção venosa.
- **Resolução COFEN Nº 0557/2017**
- Normatiza a atuação do enfermeiro na promoção da segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamentos, abordando também os cuidados com acessos venosos.
- **RDC ANVISA Nº 15/2012**
- Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, pertinentes à manutenção e manipulação de cateteres e outros equipamentos utilizados em punção venosa.
- **RDC ANVISA Nº 50/2002**
- Regulamenta o registro, rotulagem e reprocessamento de materiais médico-hospitalares, incluindo cateteres utilizados em acessos venosos.
- **RDC ANVISA Nº 42/2010**
- Estabelece critérios de segurança para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, aplicáveis ao descarte de materiais utilizados em procedimentos de punção venosa.
- **Manual de Acesso Venoso Central e Periférico para Enfermagem (COFEN)**
- Manual prático que fornece diretrizes específicas e detalhadas sobre procedimentos para punção de acesso venoso periférico e central, considerando as melhores práticas e a segurança do paciente.

I. Objetivos

O cateterismo vesical de demora é a introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instalar medicação ou líquido com tempo de permanência determinada pelo médico.

II. Materiais

Promover a drenagem urinária e controle rigoroso do débito urinário; preparar o cliente para exames e cirurgias.

III. Descrição dos passos da atividade

Materiais:

- Gaze estéril
- Xilocaína gel
- Seringa de 20ml
- Agulha 40 x12
- Luvas estéreis
- Campo estéril
- Máscara e gorro descartável
- Clorexidina aquosa 2%
- Ampolas c/ água destilada
- Coletor estéril
- Comadre estéril
- Biombo
- Bandeja de cateterismo vesical estéril
- 01 campo fenestrado ou compressas cirúrgicas estéreis
- Esparadrapo
- Sonda foley de látex ou silicone (escolher o tamanho de acordo com o diâmetro da uretra, em mulheres de 14 a 16 Fr e 16-18 Fr para homens)

Descrição do Procedimento:

1. **Preparação e Verificação:**

    - Verificar a prescrição médica e conferir a solicitação do cateterismo vesical de demora.
    - Explicar o procedimento ao paciente.
    - Indagar sobre alergia a látex.
    - Reunir material necessário.
    - Colocar biombo em volta do leito.
    - Colocar máscara e gorro descartável.
    - Posicionar o paciente com as pernas fletidas apoiando os pés no leito, expondo a genitália.
    - Inspecionar o períneo e verificar a presença de eritema, drenagem e odor.

2. **Higienização e Preparação do Paciente:**

- Realizar a higienização das mãos.
- Calçar luvas de procedimento.
- Realizar a higiene íntima (ver POP de Higiene Íntima).
- Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos).
- Abrir a bandeja de cateterismo.
- Colocar clorexidina na cuba redonda.
- Abrir todo o restante do material estéril sobre a bandeja de cateterismo.
- Colocar gel de xilocaína sobre uma gaze.
- Aspirar 10ml de água destilada na seringa.
- Abrir a luva estéril.
- Calçar luvas estéreis (ver POP de Colocação e Retirada de luvas estéreis).

3. **Teste e Preparação da Sonda:**

- Testar a sonda e o balonete com a seringa estéril.
- Acoplar a sonda ao coletor de urina deixando a pinça aberta.

4. **Antissepsia e Inserção da Sonda:**

- Iniciar antissepsia com gaze embebida no antisséptico em movimento unidirecional de cima para baixo.
- Desprezar a gaze ao final de cada região seguindo a ordem: monte de Vênus, grandes lábios do lado distal para o proximal.
- Afastar com a mão não dominante, os grandes lábios.
- Realizar antissepsia dos pequenos lábios do lado distal para o proximal, com a mão dominante.
- Manter os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral.
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel.
- Colocar campo ou compressas estéreis entre as coxas do paciente.
- Puxar a borda dobrada bem abaixo das nádegas.
- Aplicar um campo ou compressa sobre o períneo.
- Expor os lábios.
- Pegar o cateter com a mão dominante enluvada.
- Segurar a extremidade do cateter levemente enovelada na palma da mão dominante.
- Retrair cuidadosamente os lábios com a mão não dominante para expor completamente o meato uretral.
- Inserir o cateter num total de 5 a 7,5 cm até que a urina flua para a região externa do cateter.
- Avançar o cateter por mais 2,5 a 5 cm após a saída da urina.
- Soltar os lábios.
- Segurar o cateter firmemente com a mão dominante.
- Inflar lentamente o balão com 10ml de água destilada ou de acordo com a recomendação do fabricante.
- Promover uma leve tração da sonda.

5. **Finalização:**

- Retirar o campo ou compressa.
- Fixar a sonda na face lateral interna da coxa, evitando tracioná-la.

- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Reunir o material.
- Organizar a unidade do cliente.
- Retirar as luvas.
- Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos).
- Registrar o procedimento na folha de observação informando volume e características da urina drenada e intercorrências durante o cateterismo.

Remoção do Cateterismo Vesical de Demora

Materiais:

- 1 seringa de 20ml
- 1 pacote de gazes
- 1 par de luvas para procedimentos
- Recipiente para lixo
- 1 máscara
- 1 óculos de proteção

Técnica para Retirada:

1. Explicar e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
2. Preparar o material a ser utilizado.
3. Higienizar as mãos.
4. Calçar as luvas.
5. Remover a fita de fixação da sonda cuidadosamente.
6. Desinsuflar totalmente o balão com auxílio da seringa.
7. Remover lentamente o cateter.
8. Realizar higiene íntima.
9. Organizar o ambiente.
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
11. Registrar todo o procedimento executado, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes.
12. Desprezar o resíduo em local apropriado.

IV. Siglas e Definições

Não se aplica.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

- Resolução COFEN nº 0453/2014 - Dispõe sobre as competências do Enfermeiro na prevenção e no controle das infecções e sua transmissibilidade em procedimentos invasivos, incluindo cateterismo vesical.
- Resolução COFEN nº 0500/2015 - Normatiza a atuação da equipe de Enfermagem em Terapia Infusional.
- RDC ANVISA nº 15/2012 - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo padrões para a limpeza e esterilização de materiais como cateteres.
- RDC ANVISA nº 50/2002 - Regulamenta o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, que pode incluir áreas destinadas à realização de procedimentos como o cateterismo vesical.
- Portaria MS nº 2.616/1998 - Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, que cobrem procedimentos como o cateterismo vesical, enfocando principalmente as medidas de controle de infecção.

I. Objetivos

Analisar o comportamento da pressão arterial não somente durante a vigília e o sono, como também durante eventuais sintomas como tontura, dor no peito e desmaio. Além disso, possibilita a avaliação da eficácia do tratamento anti-hipertensivo.

II. Materiais

Atividade realizada pela técnica de enfermagem do setor de Holter/Mapa; Material Necessário:

- Álcool a 70%;
- Computador com internet e impressora;
- Demais materias de escritório que se faça necessário, tais como, caneta, papel A4, grampeador, etc;
- Equipamento de proteção individual - EPI (luva, máscara, gorro, etc.);
- Equipamento para realização do exame (monitor calibrado, manguito, 04 pilhas alcalinas ou recarregáveis, bolsa para monitor);
- Ficha do Boletim de Procedimento Ambulatorial – dados individuais; •Gaze não estéril ou algodão;
- Impresso para anotação das atividades diárias do paciente;
- Livro destinado ao cadastro de exames de Holter/MAPA;
- Software Watch BP Analyzer 03 específico para leitura e armazenamento de dados do exame;
- No dia e horário agendados, é feita a instalação do equipamento no paciente, que permanece com ele durante 24 horas.

III. Descrição dos passos da atividade

Instalação

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's);
- Acolher o usuário e explicar sobre o procedimento;
- Preencher a ficha do Boletim de Procedimento Ambulatorial – dados individuais;
- Preencher o livro destinado ao cadastro de exames de Holter/MAPA com data, nº do exame, nome do paciente, assinatura de quem instalou e nº de telefone;
- Preencher os dados do registro de atividades do paciente;
- Orientar e realizar a anamnese;
- Preparar o monitor gravador para o uso:
- Conectar o cabo do computador no aparelho (aparacerá a mensagem PC no visor do aparelho); colocar as 04 pilhas carregadas;

- Ligar o aparelho (apertando 5 vezes – confirmará ano, mês, dia, hora e minutos) até aparecer o nome PC;
- Realizar os procedimentos iniciais no software Watch BP Analyzer 03:
- Iniciar o programa;
- Aparecerá a tela de cadastro com os dados do último paciente que realizou o exame;
- Clicar na aba Ajustes Ambulatoriais;
- Na aba ID do paciente cadastrar um número consecutivo para identificar o novo paciente;
- Clicar em Programar;
- Aparecerá uma mensagem com aviso de programação. Confirmar na tecla SIM;
- Aparecerá uma mensagem: A programação realizou-se com êxito. Confirmar OK;
- Voltará a tela de cadastro na qual iremos cadastrar os dados do novo paciente;
- Inserir os dados do paciente até nome do médico solicitante, sair; Preparar o paciente:
- Remover toda a roupa que estiver cobrindo ou apertando o braço de medição;
- Realizar uma limpeza prévia caso seja necessário com gaze e álcool;
- Instalar o manguito no braço não dominante;
- Posicionar o manguito 2,0 a 3,0 cm acima da fossa cubital, com o tubo na parte interna do braço, seguindo a orientação específica do equipamento em uso. O tubo deve apontar para cima;
- Conectar o manguito no gravador seguindo a orientação específica do equipamento em uso;
- Fazer, pelo menos, duas medidas de teste antes de liberar o paciente;
- Orientar o paciente a preencher o impresso para anotação das atividades diárias, se apresentou algum sintoma bem como o uso de medicações;
- Orientar sobre as medições em vigília e durante o sono;
- Durante as medições o paciente deve permanecer parado, evitar conversar e respirar normalmente durante a medição;
- Certificar que o paciente compreendeu claramente todas as orientações e que está seguro para contribuir adequadamente para a realização do exame.

Desinstalação:

- Higienizar as mãos;
- Conferir o preenchimento do diário com o paciente especialmente no que se refere aos horários de tomada das medicações;
- Desconectar o monitor do manguito e conectar ao cabo do computador (aparecerá a mensagem PC no visor do aparelho);
- Transferir as informações gravadas na memória do aparelho para o PC através de software específico e armazenar os dados do exame:

- Entrar no software Watch BP Analyzer 03;
- Aparecerá os dados cadastrados do paciente;
- Na janela de DADOS selecionar a opção de baixar dados de PA para PC;
- Aguardar os dados serem baixados;
- Clicar em Salvar relatório em Excel;
- Abrirá uma janela para incluir o nome do novo arquivo. Sendo os dados: número do exame e nome do paciente. Em seguida, Salvar;
- Selecionar Carregar Exame de Arquivo;
- Localizar o nome do paciente;
- Clicar com botão direito do mouse na opção imprimir;
- Grampear e colocar o exame na pasta Mapa 24 horas para o médico laudar;
- Fazer a análise subjetiva da qualidade das atividades exercidas no período de monitoração (se manteve atividades regulares, se sentiu limitação de suas atividades por incômodo com as insuflações, entre outros);
- Verificar o número de leituras válidas durante a vigília e o sono; Orientações sobre o preparo:
- Tomar banho antes do exame, pois não é recomendada a retirada do aparelho durante o exame;
- Trazer um cinto de sua preferência para colocação do monitor na cintura;
- Trazer a lista de medicamentos em uso com dose e horários preconizados;
- Seguir a orientação do seu médico sobre a utilização das medicações de uso crônico e sobre a prática de exercícios físicos nas 24 horas que antecedem o exame.

IV. Siglas e Definições

- MAPA: Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial;
- EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

I. Objetivos

Descobrir ritmos anormais do coração; avaliar o estado do coração após infarto do miocárdio ou após a implantação de marcapassos; avaliar a eficiência de drogas antiarrítmicas e avaliar sintomas frequentes que ocorrem de forma paroxística.

II. Materiais

- Álcool a 70%
- Aparelho de barbear ou lâmina
- Atadura ou cinto
- Balança antropométrica
- Bolsa de couro para transporte do aparelho
- Cartão SD Secure Digital
- Computador com impressora ligado à internet
- Eletrodos
- Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luva, máscara, gorro, etc.)
- Ficha do Boletim de Procedimento Ambulatorial – dados individuais
- Gaze não estéril ou algodão
- Gravador digital de Holter CardioLight com cabo com 4 derivações
- Impresso para anotação das atividades diárias do paciente
- Livro destinado ao cadastro de exames de Holter/MAPA
- Material de escritório (papel A4, impressora, caneta azul ou preta, grampeador, etc.)
- Micropore
- Pilha alcalina ou recarregável e carregador

III. Descrição dos passos da atividade

✓ **Preparação Inicial**

- Lavar as mãos.
- Colocar os EPIs.
- Acolher o usuário e informar o procedimento ao paciente.
- Preencher os dados do registro de atividades do paciente e realizar a anamnese.

✓ **Cadastro no Software Cardiomanager**

- Cadastrar informações no software Cardiomanager:
  - Na aba "Exame", clicar em "Novo".
  - Selecionar o módulo "Analisador de Holter" e clicar em "OK".
  - No dispositivo de gravação, selecionar "CardioLight" e clicar em "Avançar".
  - Configurar o dispositivo selecionando "Holter de 3 canais com ajuste de hora" e clicar em "Avançar".
  - Cadastrar as informações do paciente e avançar.

✓ **Preparação do Paciente**

- Limpar a pele do paciente com álcool a 70%.

- Realizar tricotomia na região torácica, se necessário.
- Fixar os eletrodos e os cabos nos posicionamentos conforme a cor do cabo, sobre superfícies ósseas.
- Cobrir o eletrodo totalmente com micropore.

✓ **Configuração do Dispositivo**

- Inserir o cartão de memória no adaptador.
- Na aba "Preparar a gravação", selecionar "Concluir".
- Confirmar o cartão inserido e clicar em "Continuar".
- Conectar o aparelho no cabo com o paciente.
- Colocar uma pilha carregada no aparelho.
- Observar o LED do aparelho para verificar o funcionamento normal.
- Colocar o aparelho na bolsa protetora e fixar à cintura do paciente com cinto ou atadura.

✓ **Orientações ao Paciente**

- Não tomar banho nas próximas 24 horas.
- Preencher o impresso para anotação das atividades diárias.
- Manter as atividades normais do dia-a-dia.
- Dormir em decúbito dorsal ou lateral, no lado oposto ao aparelho.
- Certificar que o paciente compreendeu todas as orientações.

✓ **Desinstalação**

- Após 24 horas, o aparelho desligará automaticamente.
- Se necessário remover antes, seguir procedimento específico.
- Desconectar o aparelho e retirar os cabos dos eletrodos.
- Retirar o cartão de memória e transferir as informações para o software Cardiomanager.
- Verificar a satisfação do tempo de leitura do exame.
- Informar o paciente sobre a necessidade de repetir o exame, se necessário.
- Recolher, limpar e guardar os materiais utilizados.

✓ **Orientações sobre o Preparo**

- Tomar banho antes do exame.
- Não passar creme hidratante, óleo ou loção antes e durante o exame.
- Trazer um cinto para colocação do monitor.
- Trazer a lista de medicamentos em uso com dose e horários.
- Seguir as orientações do médico sobre uso de medicações e prática de exercícios físicos.

IV. Siglas e Definições

- EPI: Equipamentos de Proteção Individual
- SD: Secure Digital

V. Anexos

Posicionamento dos Eletrodos no Paciente

Fluxograma de Preparação e Configuração do Aparelho

Exemplo de Registro de Atividades Diárias do Paciente

VI. Referências

- **Resolução COFEN Nº 311/2007**: Regula os direitos, deveres e proibições do exercício profissional de enfermagem, estabelecendo normas éticas e legais para a prática.
- **Resolução COFEN Nº 678/2021**: Aprova a atuação da equipe de enfermagem em diversas especialidades, incluindo a necessidade de atualização constante em tecnologias emergentes como o monitoramento cardíaco.
- **RDC ANVISA Nº 63/2011**: Regulamenta o registro, controle e monitoramento de dispositivos médicos, garantindo sua segurança e eficácia em procedimentos de saúde.

I. Objetivos

Os objetivos deste protocolo são estabelecer os procedimentos necessários para a realização segura e eficaz do Teste Ergométrico (TE), com foco em:

1. Diagnosticar doenças cardiovasculares por meio da avaliação da resposta cardiovascular ao esforço físico.
2. Avaliar a aptidão cardiorrespiratória do paciente.
3. Monitorar a resposta terapêutica em condições específicas.
4. Pesquisar arritmias associadas ao esforço.
5. Fornecer suporte adequado ao paciente antes, durante e após o procedimento, garantindo segurança e conforto.

Estes objetivos são fundamentais para guiar a equipe de enfermagem na execução do TE, seguindo as melhores práticas e as diretrizes vigentes.

II. Materiais

- Computador com software de análise de eletrocardiograma (ECG) conectado à rede elétrica.
- Esteira ergométrica, conforme o protocolo específico.
- Eletrodos para ECG:
  - Eletrodos pré-gelificados descartáveis.
  - Gel condutor para eletrodos, se necessário.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):
  - Luvas descartáveis.
  - Máscara facial.
  - Avental descartável.
- Álcool 70% ou soro fisiológico 0,9% para limpeza da pele.
- Tricotomizador (se necessário para remoção de pelos).
- Monitor multiparamétrico, incluindo oxímetro de pulso e manguito de pressão arterial.
- Cânula de oxigênio, se indicado pelo médico.
- Fios e cabos para conexão dos eletrodos ao monitor de ECG.
- Papel para registro do ECG.
- Mobiliário adequado para preparação e posicionamento do paciente.
- Carrinho de emergência com desfibrilador externo automático, conforme disponibilidade na unidade de saúde.
- Material para limpeza e desinfecção da sala após o procedimento.

III. Descrição dos passos da atividade

Esta seção descreve os passos detalhados para a realização do Teste Ergométrico (TE), assegurando um procedimento seguro e eficaz para o paciente, conforme protocolos estabelecidos:

1. **Preparação Inicial:**
   - Ligar o computador ao sistema elétrico e verificar o funcionamento do software de análise de ECG.
   - Consultar o sistema de prontuário eletrônico para verificar os pacientes agendados para o TE.
   - Chamar o paciente pelo nome completo, conferir o registro e o pedido do exame.
2. **Preparação do Paciente:**
   - Explicar ao paciente o procedimento do Teste Ergométrico, incluindo o objetivo e os passos principais.
   - Posicionar o paciente na esteira ergométrica ou na bicicleta ergométrica, garantindo conforto e segurança.
   - Expor o tórax anterior do paciente para a fixação dos eletrodos.
3. **Preparação da Pele e Colocação dos Eletrodos:**
   - Realizar tricotomia apenas se necessário, removendo pelos na área onde os eletrodos serão fixados.
   - Limpar a pele com álcool 70% ou soro fisiológico 0,9% para remover resíduos de gordura cutânea.
   - Fixar os eletrodos pré-gelificados na superfície torácica do paciente nas seguintes posições:
     - V1: Quarto espaço intercostal direito no rebordo esternal.
     - V2: Quarto espaço intercostal esquerdo no rebordo esternal.
     - V3: Quinto espaço intercostal no ponto médio entre V2 e V4.
     - V4: Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda.
     - V5: Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior.
     - V6: Quinto espaço intercostal na linha axilar média.
4. **Conexão dos Eletrodos e Monitorização Inicial:**
   - Conectar os fios das derivações aos eletrodos seguindo a codificação padrão (amarelo, verde, vermelho, azul, preto).
   - Conectar o oxímetro digital, caso seja indicado pelo médico.
   - Colocar o manguito de pressão arterial no braço esquerdo do paciente e medir a pressão arterial em repouso.
   - Registrar o eletrocardiograma em repouso.
5. **Execução do Teste Ergométrico:**
   - Posicionar o paciente na esteira ergométrica ou iniciar o exercício na bicicleta ergométrica conforme protocolo médico.

- Registrar a pressão arterial e o eletrocardiograma na posição ortostática antes do início do esforço.
- Acompanhar continuamente o paciente durante o exercício, observando sinais de desconforto ou alterações no ECG.

6. **Finalização do Teste Ergométrico:**
   - Informar ao paciente sobre o término do exame.
   - O médico responsável pelo laudo do TE deve revisar os resultados, assinar o laudo e entregá-lo ao paciente conforme procedimento padrão.
   - Realizar a limpeza e organização da sala de exame para receber o próximo paciente.

IV. Siglas e Definições

- **TE**: Teste Ergométrico - Prova de esforço realizada em esteira ou bicicleta ergométrica, monitorada com eletrocardiograma contínuo, utilizada para investigação diagnóstica ou seguimento de condições cardiovasculares, vasculares ou respiratórias relacionadas ao esforço físico.

- **ECG**: Eletrocardiograma - Registro gráfico da atividade elétrica do coração ao longo do tempo, usado para avaliar o funcionamento cardíaco durante o Teste Ergométrico.

- **MV**: Módulo de Verificação - Sistema eletrônico utilizado para consultar e verificar os pacientes agendados para o Teste Ergométrico.

- **TA**: Pressão Arterial - Medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias, importante para monitorar a resposta cardiovascular durante o Teste Ergométrico.

- **EPI**: Equipamento de Proteção Individual - Equipamentos como luvas e máscaras utilizados para garantir a segurança do paciente e do profissional durante os procedimentos.

- **SUS**: Sistema Único de Saúde - Sistema público de saúde no Brasil, onde muitos procedimentos, incluindo o Teste Ergométrico, são realizados.

V. Anexos

1. **Modelo de Pedido Médico para Teste Ergométrico**: Documento padrão contendo informações essenciais do paciente e justificativa médica para a realização do teste.

2. **Instruções ao Paciente**: Folheto informativo explicando o procedimento do Teste Ergométrico, preparação prévia, e orientações pós-exame.
3. **Termo de Consentimento Informado**: Formulário que o paciente assina para concordar com a realização do Teste Ergométrico, compreendendo os riscos, benefícios e alternativas.
4. **Protocolo de Limpeza e Desinfecção da Sala de Exame**: Procedimentos detalhados para limpeza e desinfecção da sala antes e após cada exame, assegurando a biossegurança.
5. **Resultados Típicos do Teste Ergométrico**: Exemplos de resultados esperados do ECG e pressão arterial durante diferentes fases do teste, para referência da equipe médica.
6. **Protocolo de Emergência**: Procedimentos a serem seguidos em caso de complicações durante o Teste Ergométrico, incluindo parada cardíaca ou eventos adversos.
7. **Checklist de Equipamentos e Materiais**: Lista dos equipamentos médicos necessários para realizar o Teste Ergométrico, garantindo que estejam prontos e em boas condições.

VI. Referências

- American College of Sports Medicine. (2018). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Wolters Kluwer.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2017). Diretrizes de Ergometria. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 109(2), 1-31. doi:10.5935/abc.20170127

- National Institutes of Health. (2019). Exercise Stress Test. National Heart, Lung, and Blood Institute. Retrieved from https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/exercise-stress-test

- Ministério da Saúde (BR). (2020). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Arterial Coronariana. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_DAC_final.pdf

- Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (2021). Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. Human Kinetics.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Intercorrência com pacientes ou colaboradores na Policlínica Estadual			
Responsável: Coordenação da área	**Código**: xxx	**Revisão**: 2025	**Data**: 23/06/2024

I. Objetivos

Prestar atendimento, resolutivo e humanizado, em casos de intercorrência ambulatorial com pacientes ou colaboradores na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e padronizar o fluxo do encaminhamento de pacientes aos prestadores de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivando-se capacitar os colaboradores para atuar em intercorrências dentro e fora da policlínica e auxiliar na tomada de decisões mediante as emergências.

II. Materiais

Não se aplica

III. Descrição dos passos da atividade

- Nos casos de intercorrências descritas no Quadro 1 nas dependências da policlínica, a equipe assistencial que for acionada deverá realizar uma avaliação primária do paciente no local da ocorrência seja em salas de espera, corredores, consultórios, salas de exames ou de procedimento, que consiste na verificação de sinais vitais.
- Em seguida deverá transportar o paciente para sala de emergência da policlínica mais próxima e realizar uma avaliação clínica.
- A equipe assistencial é composta pelo médico clinico nos dias e horários em que estiver em atendimento na policlínica. Nos demais períodos os atendimentos serão realizados pelo médico responsável pela especialidade na qual o paciente está agendado, bem como pelo enfermeiro do setor e sua equipe de técnicos de enfermagem;
- Em caso de intercorrência com colaborador deve-se realizar uma avaliação primária no usuário no local da ocorrência, encaminhar o paciente ou colaborador para a sala de estabilização, realizar avaliação da gravidade do caso, manter suporte necessário monitorando os sinais vitais do paciente, e comunicar ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

7.1 Procedimentos de avaliação primária:

- Mensuração do nível de consciência, a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial (PA), a frequência respiratória (FR), a temperatura corporal (Temp.) e a Glicemia Capilar (GCAP)

7.2 Providências para transferência do paciente para Unidade de Pronto Atendimento:

- Após a avaliação clínica, já na sala de estabilização da policlínica (quadro 2), a enfermagem deverá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por contato telefônico,

pelo número 192, citando o estado clínico do usuário, a necessidade de transferência para uma unidade de pronto atendimento, a localização e a sala onde se encontra o paciente;

- A equipe de enfermagem deverá acionar o assistente social, o qual comunicará à família do paciente, caso não esteja presente ou o paciente esteja sem acompanhante, a respeito da intercorrência e das medidas tomadas pela equipe e orientará sobre a transferência de Unidade de Saúde.
- Caso não haja necessidade de acionar o SAMU o paciente será liberado, na presença de um acompanhante, que deverá ser contatado, se o usuário estiver sozinho.

7.3 Registro da ocorrência em prontuário:

O profissional seja ele médico ou enfermeiro que respondeu à intercorrência, de um paciente que estava agendado para atendimento deverá registrar o atendimento no prontuário eletrônico do paciente através do sistema MVPEP.

7.4 Comunicação da intercorrência para a administração da unidade:

- O enfermeiro do setor que atendeu à intercorrência deverá comunicar o ocorrido à Administração da policlínica para o controle e monitoramento das ocorrências.

7.5 Notificação de evento adverso, não conformidade ou incidente:

- Caso a ocorrência se enquadre como um evento adverso, não conformidade ou incidente com dano ou sem dano ao paciente, deverá ser notificado ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) pelo profissional que identificou o caso através do QR Code, atalho de notificação ou formulário impresso.

IV. Siglas e Definições

- FC – Frequência Cardíaca
- FR – Frequência Respiratória
- GCAP – Glicemia Capilar
- PA – Pressão Arterial
- PS – Pronto Socorro
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS – Sistema Único de Saúde
- NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

V. Anexos

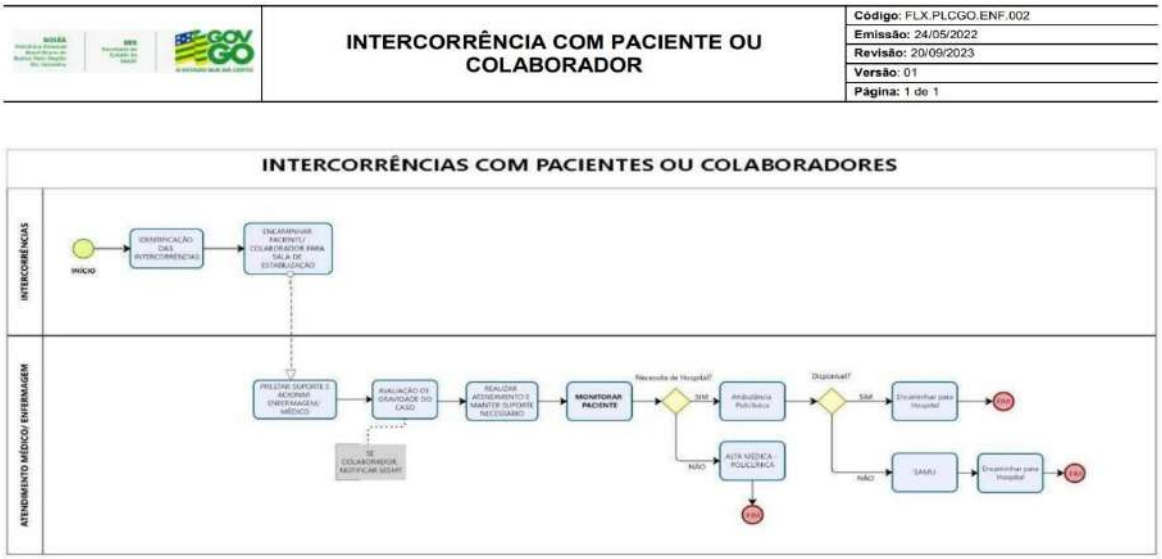
Anexo 1 - Quadro 1: Tipos de intercorrências:

TIPOS DE INTERCORRÊNCIAS
Engasgo
Crises Convulsivas
Parada Cardiorrespiratória (PCR)
Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Desmaios
Choque Anafilático
Choque Elétrico
Quedas
Crises de ansiedade e pânico
Picos hipertensivos

Anexo 2 - Quadro 2: Relação de salas de estabilização para atendimento de emergências:

SALAS DE ESTABILIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIAS	
Local da ocorrência	Sala de Estabilização mais próxima
Triagem ambulatório	Estabilização do Ambulatório
Triagem SADT	
Ambulatório Multiprofissional	
Ambulatório de Especialidades Médicas	
Recepção de Cadastro	
Recepção de Acesso	
SADT Imagem	SRPA Endoscopia/ estabilização Tomografia
Sala de procedimento	Estabilização do Ambulatório
Corredores	Estabilização do Ambulatório/ Estabilização Multiprofissional/ SRPA Endoscopia
Laboratório	Estabilização do Ambulatório

Anexo 3: Fluxograma de intercorrências com pacientes ou colaboradores.



VI. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Título da Norma ou Resolução. Número da Resolução, Data de publicação. Disponível em: <URL>. Acesso em: data de acesso.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+nº+7,+de+24+de+fevereiro+de+2010/bf9e344d-3445-4b18-885e-3e3d9f4b4232>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Título da Lei ou Decreto. Local, Data de publicação. Disponível em: <URL>. Acesso em: data de acesso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2024.

1. Introdução

Este protocolo trata-se das diretrizes da American Heart Association (AHA) para ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

2. Objetivos

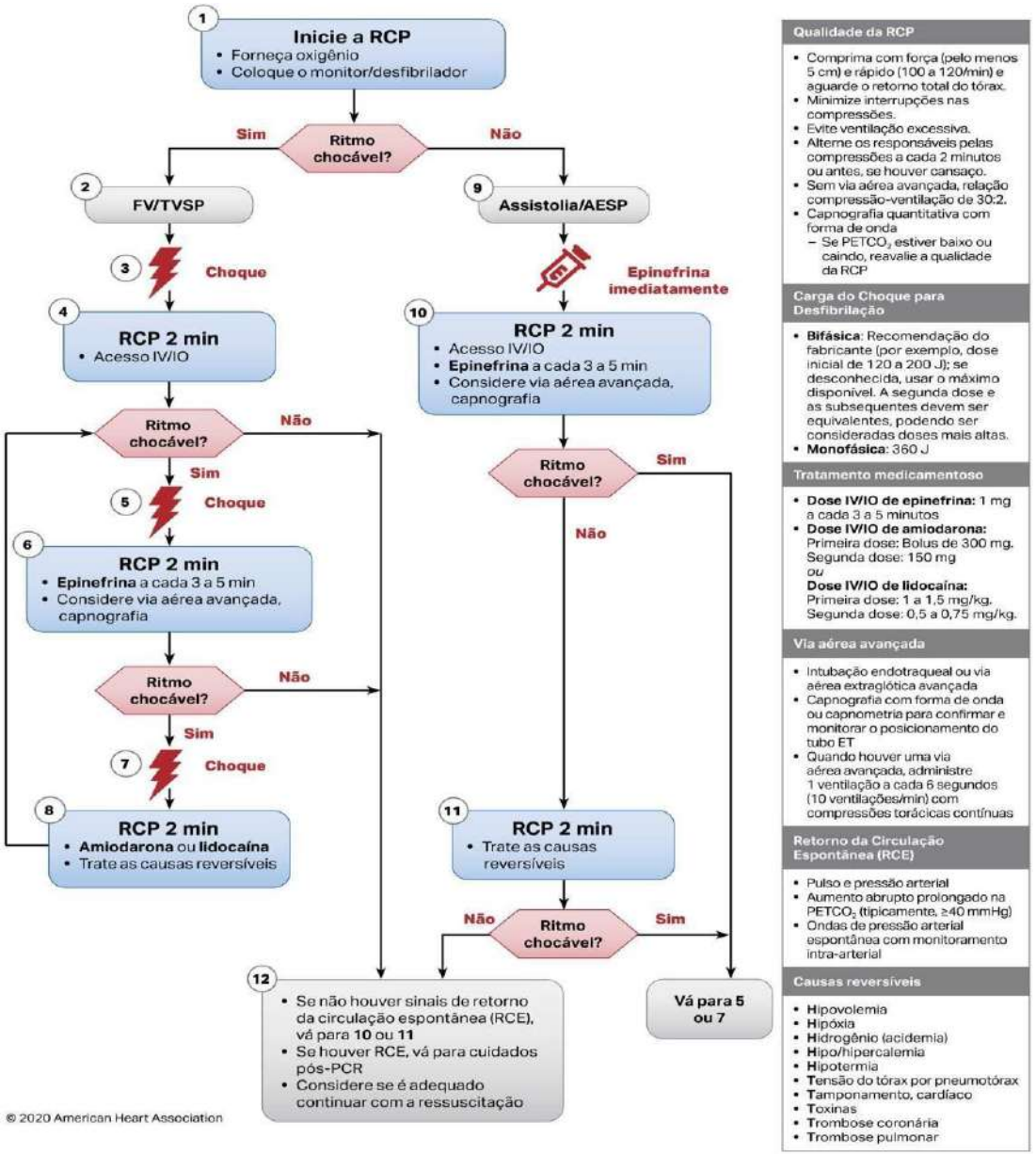
- Realizar atendimento de RCP conforme as diretrizes vigentes da American Heart Association.

3. Definições

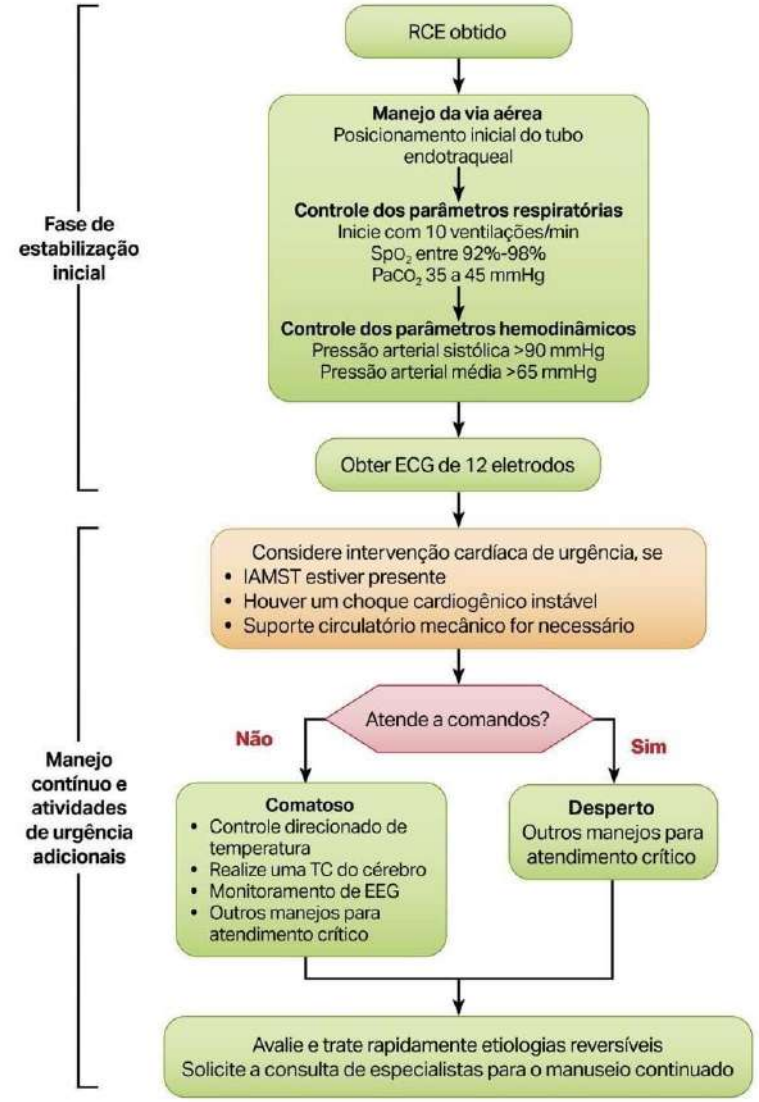
- **PCR:** parada cardiorrespiratória

4. Procedimento / Descrição da rotina

4.1. Algoritmo de PCR para <u>adulto</u>



4.1.1. Algoritmo de cuidados pós PCR para adulto



Fase de estabilização inicial

A ressuscitação é contínua durante a fase pós-RCE e muitas destas atividades podem ocorrer ao mesmo tempo. No entanto, se a priorização for necessária, siga estas etapas:

- Manejo da via aérea: capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo endotraqueal
- Controle dos parâmetros respiratórios: titule FIO_2 para SpO_2 de 92% a 98%; inicie em 10 ventilações/min; titule para $PaCO_2$ de 35 a 45 mmHg
- Controle dos parâmetros hemodinâmicos: administre cristaloides e/ou vasopressores ou inotrópicos, visando uma pressão arterial sistólica >90 mmHg ou pressão arterial média >65 mmHg

Manejo contínuo e atividades de urgência adicionais

Estas avaliações devem ser realizadas ao mesmo tempo, para que as decisões sobre o controle direcionado da temperatura recebam alta prioridade como intervenções cardíacas.

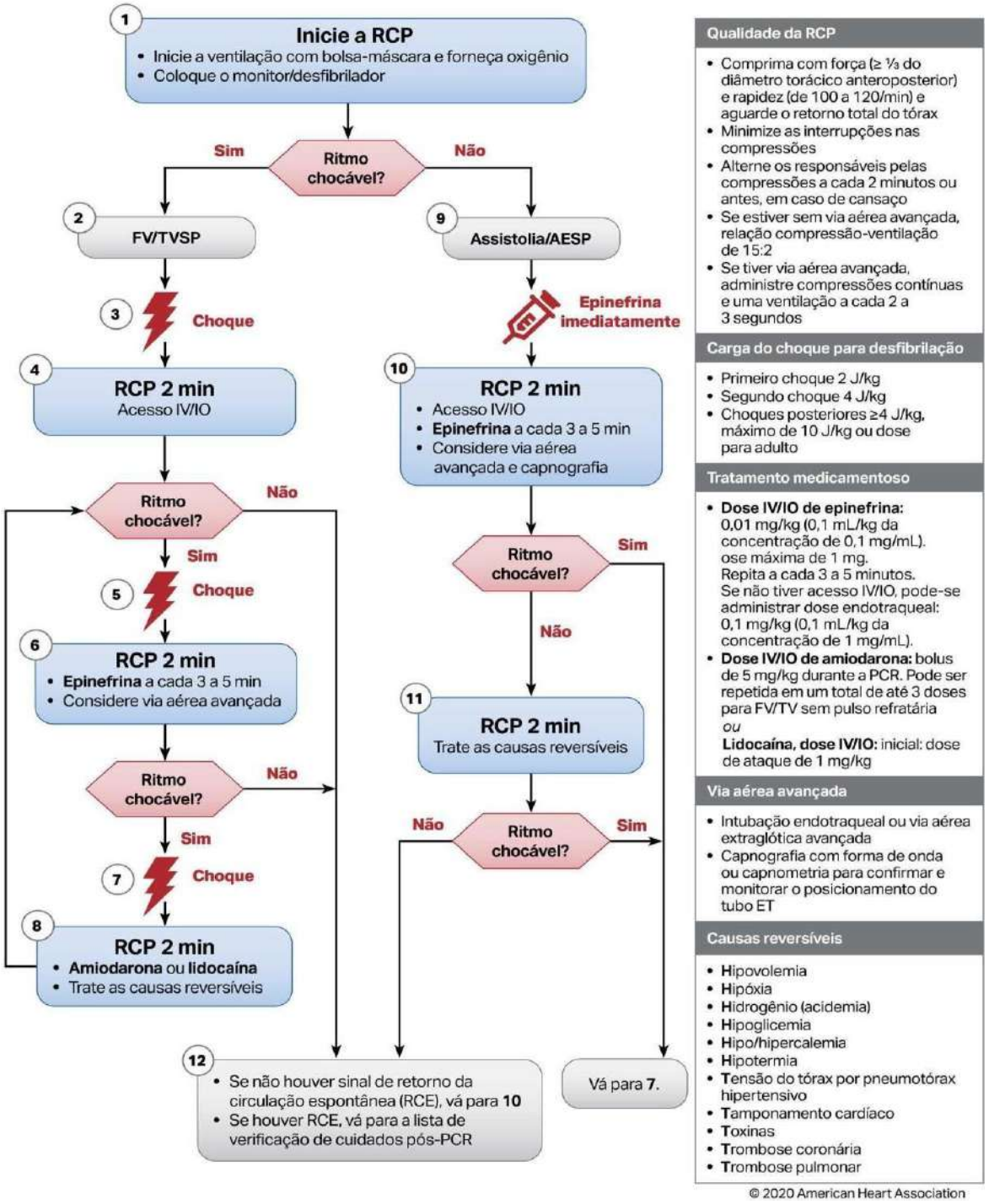
- Intervenção cardíaca de urgência: avaliação inicial de eletrocardiograma (ECG) de 12 eletrodos; considere a hemodinâmica para tomar decisões em intervenções cardíacas
- Controle direcionado de temperatura: se o paciente não estiver atendendo a comandos, inicie o controle direcionado de temperatura assim que possível; comece entre 32°C e 36°C durante 24 horas usando um dispositivo de resfriamento com loop de feedback
- Outros manejos para atendimento crítico
  - monitoramento contínuo da temperatura central (esofágica, retal, bexiga)
  - Manutenção de normoxia, normocapnia e euglicemia
  - Monitoramento contínuo ou intermitente por eletroencefalograma (EEG)
  - Ventilação mecânica protetora dos pulmões

Hs e Ts

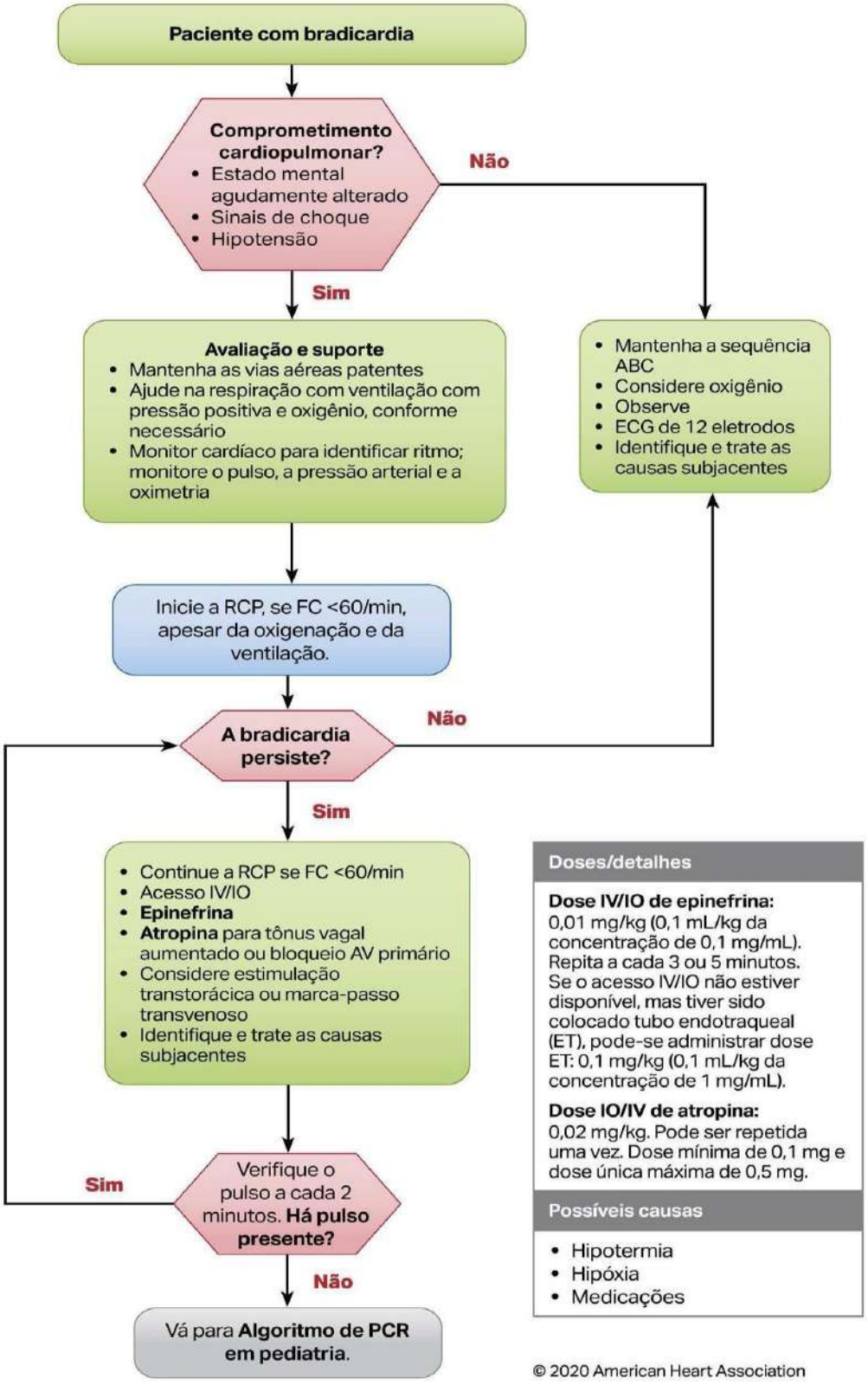
Hipovolemia
Hipóxia
Hidrogênio, íon de (acidose)
Hipocalemia/**h**ipercalemia
Hipotermia
Tensão, pneumotórax hipertensivo
Tamponamento, cardíaco
Toxinas
Trombose coronária
Trombose pulmonar

© 2020 American Heart Association

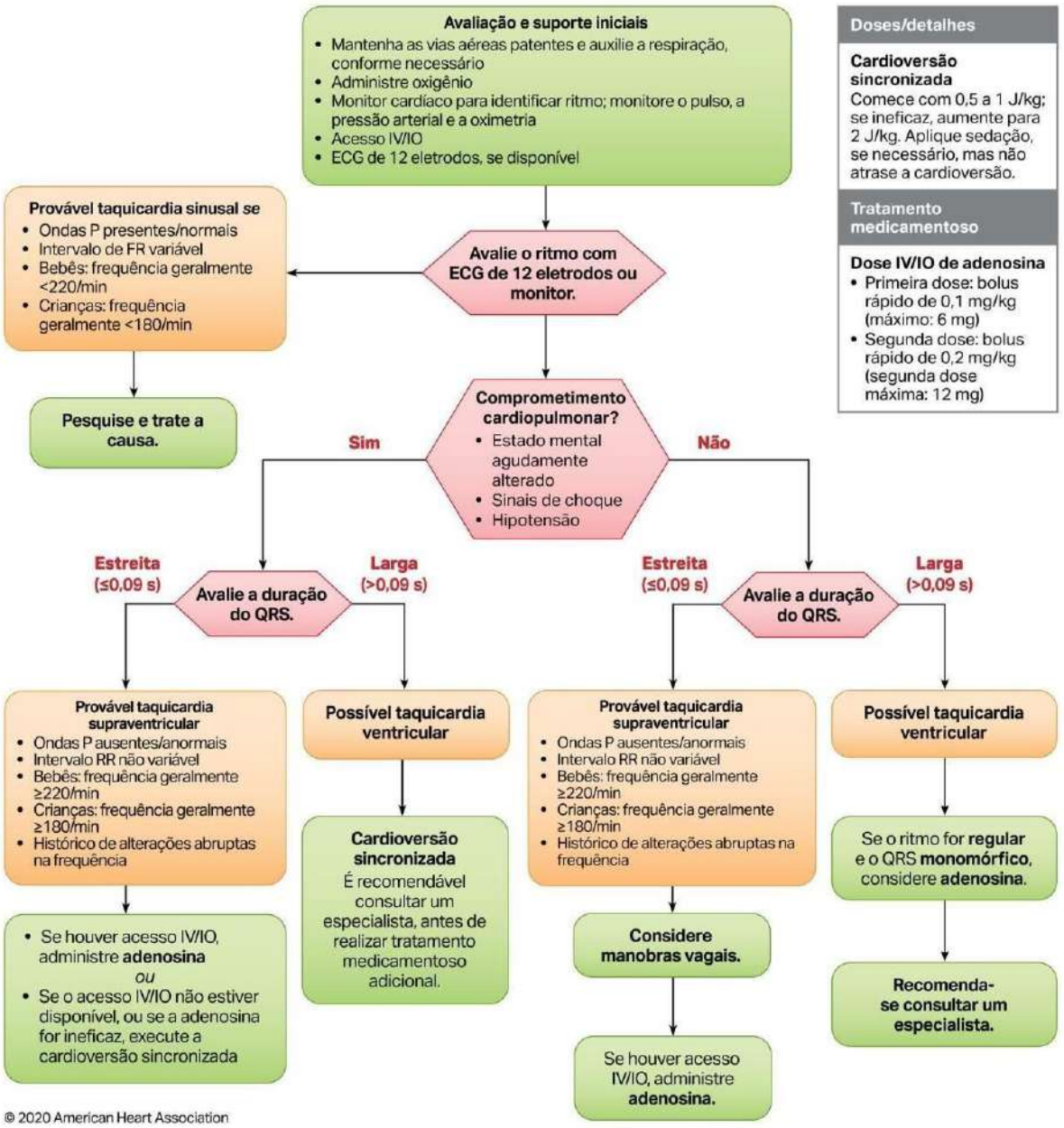
4.1.2 **Algoritmo** de PCR em **pediatria**



4.2.1. Algoritmo de bradicardia com pulso em pediatria



4.2.2. Algoritmo de taquicardia com pulso em pediatria



4.2.3. Lista de verificação de cuidados pós PCR em pediatria

Componentes dos cuidados pós-PCR	Verificar
Oxigenação e ventilação	
Meça a oxigenação e tenha como meta a normoxemia entre 94% e 99% (ou a saturação de oxigênio normal/adequada da criança).	☐
Meça e tenha como meta uma $Paco_2$ adequada para o quadro subjacente do paciente e limite a exposição à hipocapnia ou hipercapnia grave.	☐
Monitorização hemodinâmica	
Defina metas hemodinâmicas específicas durante os cuidados pós-PCR e revise diariamente.	☐
Monitore com telemetria cardíaca.	☐
Monitore a pressão arterial.	☐
Monitore o lactato sérico, o débito urinário e a saturação de oxigênio venoso central para ajudar a orientar os tratamentos.	☐
Use bolus de fluidos parenterais com ou sem inotrópicos ou vasopressores para manter uma pressão arterial sistólica maior que o quinto percentil para idade e sexo.	☐
Controle direcionado da temperatura	
Meça e monitore continuamente a temperatura central.	☐
Evite e trate a febre imediatamente depois da PCR e durante o reaquecimento.	☐
Se o paciente estiver comatoso, aplique o controle direcionado de temperatura (32 °C a 34 °C) seguido por (36 °C a 37,5 °C) ou apenas controle direcionado de temperatura (36 °C a 37,5 °C).	☐
Evite os calafrios.	☐
Monitore a pressão arterial e trate a hipotensão durante o reaquecimento.	☐
Neuromonitoramento	
Se o paciente tiver encefalopatia e os recursos estiverem disponíveis, monitore com eletroencefalograma contínuo.	☐
Trate as convulsões.	☐
Considere exames de imagens do cérebro logo no início para diagnosticar as causas tratáveis da PCR.	☐
Eletrólitos e glicose	
Meça a glicemia e evite a hipoglicemia.	☐
Mantenha os eletrólitos nas faixas normais para evitar possíveis arritmias potencialmente fatais.	☐
Sedação	
Trate com sedativos e ansiolíticos.	☐
Prognóstico	
Sempre considere várias modalidades (clínicas e outras) em vez de um único fator preditivo.	☐
Lembre-se de que as avaliações podem ser modificadas por controle direcionado de temperatura ou por hipotermia induzida.	☐
Considere eletroencefalograma em conjunto com outros fatores no período de 7 dias depois da PCR.	☐
Considere exames de imagens neurológicas, como ressonância magnética, durante os primeiros 7 dias.	☐

5. Tratamento

Vide algoritmos.

6. Referências

1. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, et al. Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020;142(suppl 2):In press.
2. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation.* 2020;142(suppl 1):In press.
3. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation.* 2020:In press.
4. Morley P, Atkins D, Finn JM, et al. 2: Evidence-evaluation process and management of potential conflicts of interest: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation Science With Treatment Recommendations. *Circulation.* 2020;142(suppl 1):In press.
5. Magid DJ, Aziz K, Cheng A, et al. Part 2: evidence evaluation and guidelines development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020;142(suppl 2):In press.
6. Sawyer KN, Camp-Rogers TR, Kotini-Shah P, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Sudden cardiac arrest survivorship: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2020;141:e654-e685. doi: 10.1161/CIR.0000000000000747.
7. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, and Council on Clinical Cardiology. Cardiac arrest in pregnancy: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;132(18):1747-1773. doi: 10.1161/CIR.0000000000000300.
8. Berg RA, Sutton RM, Reeder RW, et al; for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Intensive Care Quality of Cardio-Pulmonary Resuscitation Investigators. Association between diastolic blood pressure during pediatric in-hospital cardiopulmonaryresuscitation and survival. *Circulation.* 2018;137(17):1784-1795. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032270.
9. Marino BS, Tabbutt S, MacLaren G, et al; for the American Heart Association Congenital Cardiac Defects Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and Emergency Cardiovascular Care Committee. Cardiopulmonary resuscitation in infants and children with cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2018;137(22):e691-e782. doi: 10.1161/CIR.0000000000000524.
10. Oster ME, Lee KA, Honein MA, Riehle-Colarusso T, Shin M, Correa A. Temporal trends in survival among infants with critical congenital heart defects. *Pediatrics.* 2013;131(5):e1502-e1508. doi: 10.1542/peds.2012-3435.
11. Abman SH, Hansmann G, Archer SL, et al; for the American Heart Association Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and the American Thoracic Society. Pediatric pulmonary hypertension.

I. Objetivos

Este documento estabelece os procedimentos a serem seguidos pelos colaboradores da policlínica após a capacitação sobre como agir diante da deterioração clínica do paciente em sala de espera ou áreas comuns. As orientações aqui descritas têm o objetivo de garantir uma resposta eficaz e coordenada, assegurando a segurança e o bem-estar dos pacientes.

II. Materiais

Equipamentos e Recursos:

- Monitores portáteis para sinais vitais.
- Kit de primeiros socorros e equipamentos de emergência.

III. Abrangência

1. **Todos os Profissionais da Policlínica**:

- Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e demais funcionários envolvidos no atendimento e suporte ao paciente.

2. **Áreas Abrangidas**:

- Salas de espera, áreas comuns e qualquer local onde pacientes possam permanecer antes ou após seu atendimento.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. **Identificação de Sinais de Deterioração Clínica**

- **Observação atenta**: Todos os colaboradores devem observar constantemente os pacientes nas salas de espera e áreas comuns, atentando para sinais de deterioração clínica, como:
- Alterações nas funções vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, saturação de oxigênio).
- Mudanças no estado mental ou comportamento (confusão, agitação, desorientação).
- Sintomas visíveis de desconforto, dor intensa ou dificuldade respiratória.

2. **Comunicação e Notificação**

- **Notificação Imediata**: Caso sinais de deterioração sejam identificados, o colaborador deve:
- Informar imediatamente o responsável pela área ou o time de resposta rápida.

- Utilizar os sistemas de comunicação de emergência estabelecidos, como alarmes ou chamadas internas, usando o ramal XX-XX.

- **Registro de Dados**: Documentar todos os sinais observados e as ações tomadas, utilizando os formulários apropriados para garantir que todas as informações sejam registradas corretamente.

3. **Intervenção Inicial**

   - **Ações de Suporte**: Enquanto aguarda a chegada do time de resposta rápida, o colaborador deve:

   - Fornece suporte básico conforme os protocolos, como manter a posição adequada do paciente e monitorar os sinais vitais.

   - Seguir as diretrizes de primeiros socorros básicas, se aplicável e permitido pela função do colaborador.

   - **Preparação do Ambiente**: Garantir que o ambiente esteja seguro e que o paciente tenha acesso a cuidados apropriados até a chegada da equipe especializada.

4. **Engajamento com o Time de Resposta Rápida**

   - **Cooperação**: Quando o time de resposta rápida chegar, fornece todas as informações relevantes sobre o estado do paciente e as ações já realizadas.

   - **Assistência**: Auxiliar a equipe especializada conforme necessário, seguindo as orientações fornecidas pelo time de resposta rápida.

5. **Revisão e Feedback**

   - **Participação em Análises**: Participar das análises de casos e sessões de feedback para discutir a eficácia da resposta e identificar áreas para melhoria.

   - **Atualização Contínua**: Manter-se atualizado sobre as práticas e protocolos estabelecidos, participando de treinamentos e revisões periódicas.

V. Siglas e Definições

- **TRR (Time de Resposta Rápida)**: Equipe especializada responsável por intervir rapidamente em situações de deterioração clínica.

- **Deterioração Clínica**: Qualquer alteração significativa no estado de saúde do paciente que exige intervenção imediata.

- **Sinais Vitais**: Parâmetros que indicam o estado de saúde do paciente, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implementação e Gestão de Times de Resposta Rápida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Acidente com material biológico			
Responsável: Enfermeiro (a), Técnico em Segurança do trabalho	**Código**: PRS 001	**Revisão**: 00	**Data**: 26/08/2024

I. Objetivos

Padronizar e orientar as condutas, pré e pós-exposição, indicadas para prevenir o risco de contaminação de profissionais de saúde no ambiente de trabalho e orientar fluxo de atendimento nos casos de exposição a material biológico.

II. Materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Soro fisiológico;
- Sabonete neutro líquido;
- Água corrente;
- Recipientes para descarte seguro de materiais perfurocortantes;
- Formulários para registro do acidente – (CAT)

III. Abrangência

1. Todos os profissionais/colaboradores que tem contato com materiais perfurocortantes:
- Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médicos e técnicos de laboratório.

2. Áreas de abrangécia:
- Consultórios, salas de procedimentos, salas de coleta

IV. Descrição dos passos da atividade

- **Ação Imediata:** Interromper o procedimento, remover luvas e lavar a área exposta imediatamente com água e sabão.
- **Avaliação do Risco:** Identificar a natureza do material biológico e a extensão da exposição;
- **Notificação do Acidente:** Informar o supervisor mediato e técnico em segurança do trabalho (SESMT) e preencher o relatório de acidente de trabalho (CAT).
- **Avaliação Médica:** Dirigir-se ao serviço de saúde ocupacional para avaliação médica e, se necessário, iniciar a profilaxia pós-exposição (PEP).

- **Monitoramento e Acompanhamento:** Realizar acompanhamento médico conforme as diretrizes do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e realizar exames de seguimento.

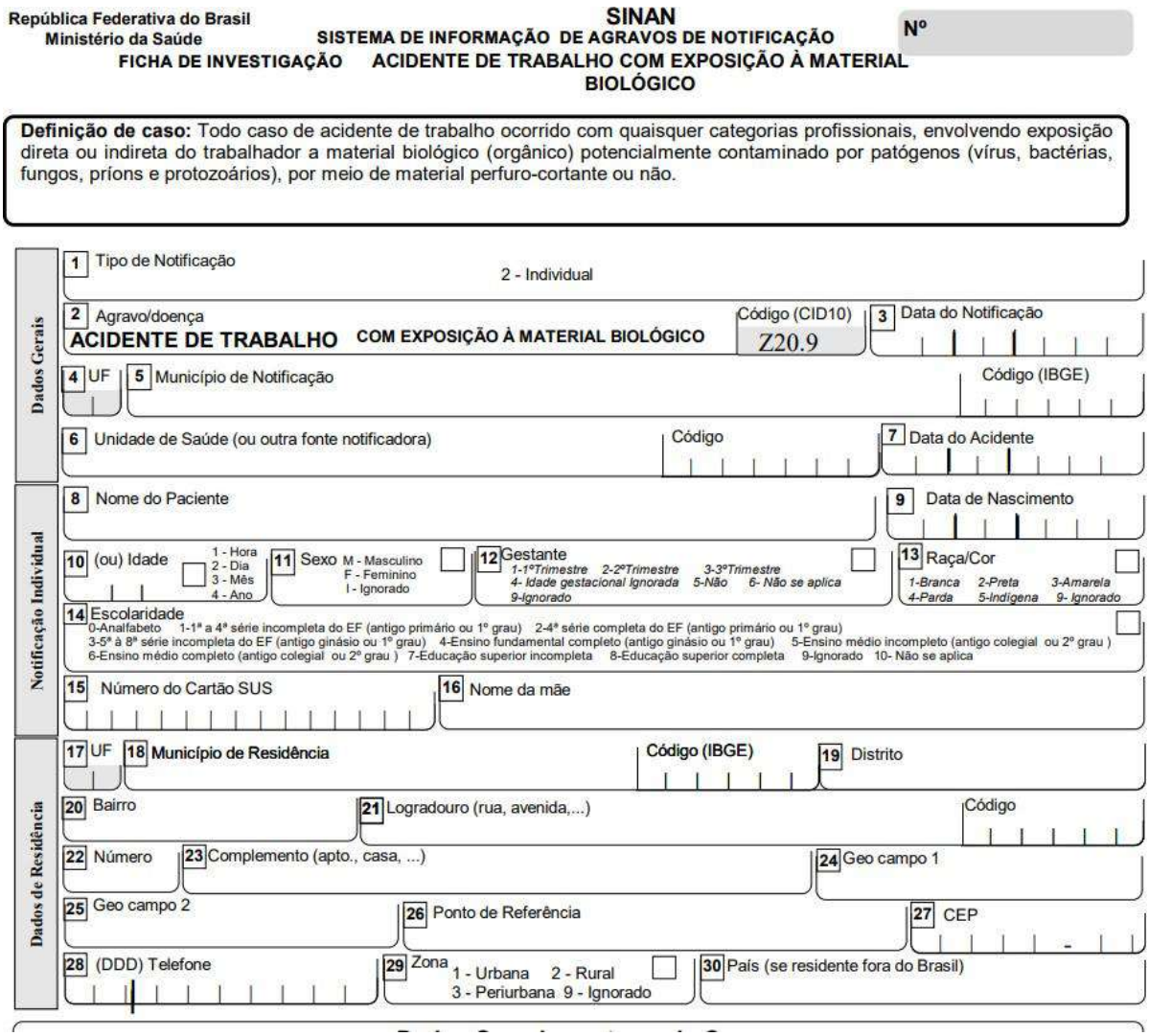
V. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual
CAT: Comunicado de Acidente de Trabalho
SESMT: Serviço Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente

VI. Anexos

Anexo 1: Fluxograma de atendimento pós-exposição.

Anexo 2: Formulário de notificação de acidente de trabalho.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO — Código (CID10) Z20.9 — 3 Data do Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Acidente

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado — 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

VII. Referências

- DRT Exposição a Material Biológico. Disponivel em: Acidente de trabalho com exposição a material biológico — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acessado em: 26/08/24.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
Título: Indicação do acompanhante pela unidade de saúde – Lei 14.737/2023	

Nome do Paciente				**Atendimento**	☐ **Consulta** ☐ **Exame** ☐ **Procedimento**
Prontuário					
Data de Nascimento		**Idade**			
Nome da Mãe					
Observação	Em caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher com os dados do Representante Legal.				

REPRESENTANTE LEGAL	
Nome	Indicação do acompanhante pela unidade de saúde – Lei 14.737/2023
Data de Nascimento	
Doc. De Identificação ou CPF	
Grau de Parentesco	

DECLARAÇÃO DO PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

DECLARO que fui devidamente informada que de acordo com a Lei 14.737/2023, toda mulher tem o direito de se fazer acompanhar por pessoa maior de idade, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, durante todo o período do atendimento.

CONSIDERANDO que o atendimento envolve sedação e/ou rebaixamento do nível de consciência.

CONSIDERANDO que não foi, por mim, indicado acompanhante.

Indicação do acompanhante abaixo pela unidade de saúde para acompanhamento durante o procedimento:

ACOMPANHANTE INDICADO PELA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome	
Doc. De Identificação ou CPF	

Eu, na qualidade de ( ) paciente ( ) representante legal, manifesto por minha livre e espontânea vontade minha:

( ) concordância com o nome indicado pela unidade de saúde para acompanhamento durante o atendimento realizado na unidade

( ) recusa da indicação e solicito a indicação de outra pessoa para acompanhamento durante o atendimento realizado na unidade.

Motivo da recusa: _____

Goiás, _____de _____de _____.

_____

Nome do paciente

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (EM CASO DE RECUSA EM ASSISNAR OS TERMOS)

Nome:_____ Nome:_____

CPF: _____._____._____-_____ CPF: _____._____._____-_____

I. Objetivos

Utilizar o produto detergente enzimático na diluição de acordo com as orientações do fabricante, atendendo aos critérios de economicidade.

Utilizar o produto na diluição correta para limpeza dos instrumentais.

II. Materiais

- Óculos de proteção;
- Máscara facial N95;
- Avental impermeável;
- Luvas de látex de cano longo;
- Gorro descartável;
- Calçados impermeáveis;
- Cuba de plástico resistente;
- Detergente enzimático;
- Seringa de 20ml;
- Água comum.

III. Descrição dos passos da atividade

- Higienizar as mãos conforme POP SCIA 00;
- Utilizar EPI's;
- Em cuba plástica acrescentar água utilizando o recipiente próprio de 5 litros para mensurar a quantidade de água;
- Para cada cuba plástica acrescentar 10 (dez) litros de água;
- Para adicionar a Solução Enzimática utilizar o recipiente próprio, identificado para mensurá-la;
- Realizar a diluição do detergente enzimático conforme instruções do fabricante (ml/L de água);
- Verificar o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante;
- Realizar o teste da solução com fita, preencher formulário "Preparo e Controle de Solução"
- Identificar com o nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou;
- Trocar a água a cada utilização ou sempre que necessário;
- Ao final de cada procedimento, após desprezar/descartar última água realizar a lavagem das cubas e proceder a sua desinfecção;
- Ao término secar as cubas e guarda-las adequadamente;

- Retirar EPI's;
- Manter local limpo e organizado;
- Higienizar as mãos.

IV. Siglas e Definições

- CME – Central de Material e Esterilização;
- EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- POP – Procedimento Operacional Padrão;
- RDC - Resolução da Diretoria do Colegiado;
- SCIA- Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial.

V. Anexos

Anexo A: Tabela de Diluição do Detergente Enzimático

Inclua uma tabela detalhada que especifique as proporções de diluição recomendadas pelo fabricante para diferentes volumes de água. Esta tabela pode incluir também as aplicações específicas do detergente para diferentes tipos de instrumentais.

Anexo B: Checklist de Segurança

Providencie um checklist que deve ser seguido durante o procedimento para garantir que todas as etapas de segurança e uso correto dos EPIs sejam cumpridas.

 Anexo C: Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ) do Detergente

VI. Referências

Resolução ANVISA RDC nº 15/2012: Requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.
Resolução ANVISA RDC 306/2004: Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
NR 32 - MTE: Norma regulamentadora que estabelece diretrizes para a proteção e saúde dos trabalhadores em serviços de saúde.

I. Objetivos

Tem como objetivo orientar os profissionais que executam a limpeza e a desinfecção de alto nível dos aparelhos endoscópicos e seus acessórios a fim de evitar a transmissão cruzada de microrganismos aos usuários durante a realização dos exames e a proteção individual da equipe de profissionais que manipulam os aparelhos.

II. Materiais

- Água filtrada;
- Detergente enzimático;
- Esponja não abrasiva;
- Seringa de 60ml;
- Álcool a 70%;
- Compressas macias;
- Escovas e sistema de limpeza (conector de canais e tubo de injeção);

Adaptador de limpeza por aspiração (Endoscópios Olympus);

- Ar comprimido;
- Válvula reguladora de pressão

; • Pistola de ar comprimido;

- Temporizador;
- EPI’s (luva nitrílica, óculos, avental impermeável, protetor auricular, sapatos impermeáveis e respirador com filtro);
- Depósito com tampa para o saneante;
- Livro ata para registro do teste de eficácia do saneante;
- Fita teste;
- Impresso com dados do saneante (composto químico, data de validade, data de ativação, data de desativação, responsável pela ativação);
- Aspirador portátil

III. Descrição dos passos da atividade

7.1 Na sala de exames:

1.1.1. Ainda na sala do procedimento:

Imediatamente ao ser retirado do paciente, com o aparelho ainda conectado na fonte de luz, aspirar água, por aproximadamente 15 segundos;

7.1.2 aspirar detergente enzimático e novamente água para limpeza do excesso de secreção no canal;

7.1.3 utilizar uma gaze ou compressa úmida para retirar o excesso de secreções do tubo de inserção do endoscópio, iniciando próximo a manopla até a abertura distal, em movimentos unidirecionais;

7.1.4 retirar o aparelho da fonte elétrica, conectando a seguir a tampa de proteção da parte elétrica;

7.1.5 colocar o aparelho na caixa de transporte e tampar;

7.1.6 encaminhar a caixa para o setor de lavagem

7.1 Na sala de lavagem realizar a higienização das mãos conforme PRO/SVSSP.NSP/P002/2018;

7.2 Colocar todos os EPI's;

7.3 Checar data de desativação do saneante;

7.4 Proceder o teste de eficácia do saneante utilizando a fita teste e o temporizador;

7.5 Receber o aparelho proveniente da sala de exames onde foi realizada a pré-limpeza pelo médico assistente;

7.6 Checar se a tampa de vedação está conectada ao aparelho endoscópico

7.1 Realizar a limpeza externa seguindo os passos:

7.7.1. Colocar o aparelho na cuba;

7.7.2. Limpar toda a superfície externa do aparelho utilizando a esponja não abrasiva e o detergente enzimático;

7.7.3. Realizar o enxágue em água corrente;

7.7.4. Imergir o endoscópio em solução de detergente enzimático recém-preparada pelo tempo estimado pelo fabricante;

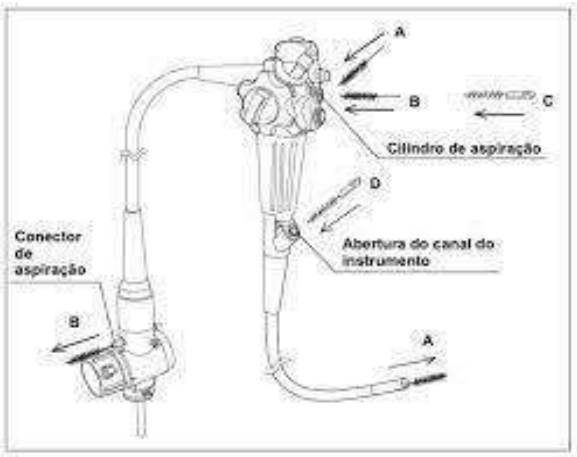
7.7.5. Remover todas as válvulas, limpando-as e escovando-as adequadamente (válvulas de ar/água, aspiração e biópsia);

7.7.6. Escovar a ponta distal do aparelho e, se for o caso, escove e lave o elevador;

7.2 Escovar através dos canais:

7.8.1. Introduzir a escova de limpeza no canal de biópsia, até ela emergir na ponta distal, até remover todos os resíduos (mínimo de três vezes), lavando a extremidade da escova com detergente enzimático na presença de resíduos antes de tracioná-la;

7.8.2. Escovar a região do tubo de inserção do canal de sucção até a mesma emergir da posição distal conforme pontos A e B, até remover todos os resíduos (mínimo de três vezes);



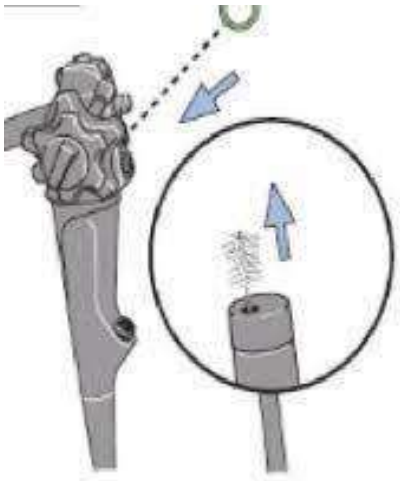
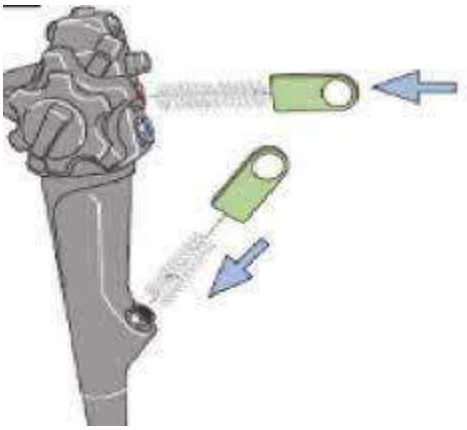


Figura 3 – Escovação do canal de sucção

7.8.3. Escovar a entrada dos canais de sucção, ar/água e a entrada do canal de biópsia com escova própria repetindo até remover todos os resíduos,



7.1 Conectar o tubo de injeção e o conector de canais;

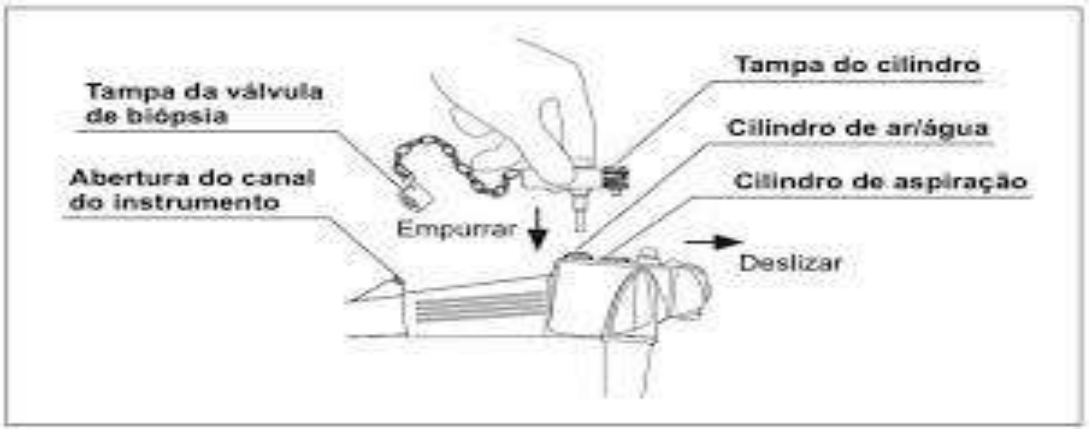
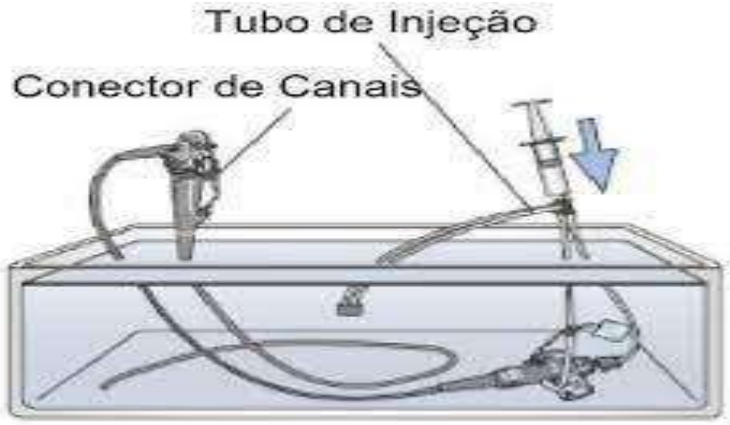


Figura 5 – Acoplamento do conector de canais



7.2 Injetar 90 mL de detergente enzimático nos canais de ar e água utilizando uma seringa de 20 a 60 mL através do tubo de injeção e conector de canais;

7.3 Certificar-se da saída do detergente enzimático por todos os canais;

7.4 Enxaguar e secar o endoscópio:

7.5 Enxaguar externamente abundantemente e todos os canais com 90 mL de água em cada canal, utilizando o tubo de injeção e o conector de canais, até a remoção completa do detergente enzimático;

7.6 Injetar ar em todos os canais;

7.7 Utilizar uma compressa macia para retirar o excesso de umidade do endoscópio e dos acessórios de limpeza antes de proceder a desinfecção de alto nível do mesmo;

7.8 Iniciar a desinfecção de alto nível:

7.9 Imergir totalmente o endoscópio na solução desinfetante;

7.10 Encaixar o conector de canais e o tubo de injeção previamente limpos;

7.11 Usando uma seringa de 60 mL injetar 90 mL do desinfetante através do conector de canais e tubo de injeção nos canais de ar, água e de sucção;

7.12 Enquanto o endoscópico estiver submerso, desconecte os acessórios;

7.13 Mergulhe todo equipamento e mantenha-o na solução desinfetante pelo tempo exato estipulado pelo fabricante através da utilização do temporizador;

7.14 Encaixe o conector de canais e o tubo de injeção para injetar , no mínimo, 90 mL de ar de forma que remova o desinfetante dos canais de ar, água e sucção;

7.15 Enxaguar e secar o aparelho:

7.16 Enxaguar o aparelho em água corrente e irrigar os canais utilizando o conector de canais e o tubo de injeção para garantir a remoção completa dos resíduos químicos do produto;

7.17 Secar o endoscópio externamente com auxílio de uma compressa macia e internamente com pistola de ar comprimido à pressão em torno de 3,5 Bar;

7.18 No final da jornada de trabalho, injetar álcool 70% nos canais do equipamento seguido de secagem adicional.

7.19 Guardar o endoscópio no armário apropriado para o seu armazenamento.

7.20 No término de cada procedimento:

7.21 Lavar o recipiente de limpeza com água e detergente enzimático, enxaguar e secar;

7.22 Lavar, desinfetar, enxaguar com água corrente as escovas, o sistema de limpeza (tubo de injeção e conector de canais) e demais acessórios semicríticos.

8 Recomendações

8.1 Sempre usar os EPI’s no processo de limpeza e desinfecção do endoscópio;

8.2 O profissional deverá estar paramentado apenas na sala de limpeza e desinfecção, não devendo circular nos corredores para evitar contaminação;

8.3 Antes de inicar a limpeza do aparelho, certificar-se de que a tampa de proteção da parte elétrica está corretamente fechada;

8.4 Sempre enxaguar e secar o aparelho entre a limpeza e a desinfecção;

8.5 Checar prazo de validade do saneante, realizando sua inativação pelo tempo determinado pelo fabricante dando o devido descarte (quando fora do prazo de validade;

8.6 Sempre submergir o endoscópio e as válvulas na solução desinfetante;

8.7 Sempre irrigar todos os canais com uma seringa até eliminar o ar para evitar espaços mortos;

8.8 Realizar imersão em detergente enzimático de bocais e prolongadores de lidocaína spray, sua limpeza mecânica e desinfecção/ou esterilização de acordo com indicação do fabricante;

8.9 Cronometrar o tempo de permanência do aparelho no saneante a fim de evitar infecção cruzada; 5.10. Verificar a atividade da solução desinfetante através da fita teste no início e fim do expediente; 5.11. Realizar teste de vedação do aparelho antes de cada procedimento endoscópico;

8.10 Guardar os endoscópios sem as válvulas devedo repor as mesmas no momento de seu uso;

8.11 Nunca armazenar o endoscópio em recipiente de transporte. **Item**

Deve estar em minúsculo, na fonte ARIAL, tamanho 12, negrito, com espaçamento entre linhas de 1,5cm e sem recuo.

IV. Siglas e Definições

Não se aplica.

V. Anexos

- Manual_aparelhos_endoscoopicos.pdf
- https://medical.olympus.com.br/customer-resources/cleaning-disinfection-sterilization
- RESOLUÇÃO-RDC Nº 6, DE 1O- DE MARÇO DE 2013, ART. 3, INSISO V.

FORMULARIO DE DILUIÇÃO DO DESINFETANTE USADO NO SETOR:

	FORMULÁRIO DE DILUIÇÃO	**Código**: FORM.PLCGO.ENF.001 **Emissão:** 27/01/2023 **Revisão:** 27/01/2023 **Versão**: 00 **Página:** 1 de 2

CONTROLE DIÁRIO DILUIÇÃO DESINFETANTE

Setor: _____ Mês: _____

Desinfetante: _____ Lote: _____ Validade: _____

01	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	Assinatura/carimbo
02	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
03	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
04	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
05	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
06	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
07	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
08	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
09	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
10	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
11	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Debora Alessandra Cordeiro dos santos	Higor da Silva Cabral	Michelly Ribeiro de Jesus

VI. Referências

BRASIL. Resolução RDC n° 6 de 10 de março de 2013. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2013.

OLYMPUS. Manual de reprocessamento de videogastroscópio. OLYMPUS GIF – Q150. 2006.

SOBED – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA. Diretrizes da SOBED: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de aparelhos e acessórios em endoscopia gastrintestinal. Versão 09/09/2017. 107p

SOBEEG – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia Gastrointestinal. Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos. São Paulo: SOBEEG, ANVISA, 2006

ANVISA - Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, 2012.

SOBED – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA. Diretrizes da SOBED: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de aparelhos e acessórios em endoscopia gastrintestinal.

I. Objetivos

Tem por finalidade manter o material limpo adequado para a esterilização, manter o artigo estéril durante o armazenamento, transporte e manuseio, permitir entrada do agente esterilizante, impedir penetração do antimicrobiano, facilitar a abertura e transferência com técnica asséptica e embalar devidamente os materiais para garantir a penetração do agente esterilizante e impedir a entrada de microrganismos até a sua abertura;

II. Materiais

EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas de procedimento);

- Catálogo com descrição dos instrumentais e do quantitativo específico de cada bandeja;
- Papel grau cirúrgico;
- Indicadores químicos (Classe I - fita zebrada, Classe 4 – Multiparâmetro e Classe 5 - fita integradora);
- Fita crepe;
- Canetas;
- Seladora; Etapas do Processo: INSPEÇÃO

III. Descrição dos passos da atividade

- Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequado (Gorro, máscaras, luvas);
- Inspecionar os artigos antes do empacotamento para verificar limpeza, integridade e funcionalidade;
- Proceder à conferência do quantitativo específico de cada bandeja de acordo com o catálogo da CME, antes de embalar com o invólucro apropriado

ACONDICIONAMENTO

- Acondicionar os instrumentais cirúrgicos no papel grau cirúrgico, no máximo, 80% da capacidade do recipiente;
- Posicionar os itens com concavidade, como, cúpulas, emborcados;
- Colocar artigos mais pesados no fundo, os artigos de peso médio na segunda camada e sobre estes os mais leves;
- Contabilizar as peças e expor esse quantitativo no exterior do papel;
- Colocar indicador químico classe 4 (fita multiparamêtro) em cada pacote;
- Confirmar que as condições de exposição (temperatura, tempo) suficientes tenham sido alcançadas nos indicadores químicos.

EMPACOTAMENTO

- Selecionar a embalagem (caixas metálicas, grau cirúrgico ou campo simples ou duplo de algodão) de acordo com o processo, o peso, a forma e tamanho do artigo;
- Papel Grau Cirúrgico
- Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;
- Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem;
- Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem;
- Observar a recomendação do papel grau cirúrgico, no tocante ao indicativo de fundo do pacote, selagem mais curta e abertura do pacote na qual a selagem deverá ser maior;
- A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;
- Identificar na borda livre com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade (90 dias) e assinatura;
- Realizar o ajuste perfeito das embalagens duplas, a embalagem interna deve ser em tamanho menor evitando-se dobras internas e sobras;
- Colocar os itens embalados com concavidade voltados para o papel;
- Colocar os pacotes nos cestos ou carros de rack e arrumá-los nas autoclaves;
- Colocar na montagem das cargas o papel em contato com o papel e o plástico com o plástico para facilitar a difusão do agente esterilizante.

SELAGEM E FECHAMENTO DOS PACOTES

- Obedecer a largura total de 6mm, na selagem térmica, podendo ser em linha simples, dupla ou até tripla e distante 3 cm da borda e do material;
- Observar a termoselagem que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote;
- Utilizar fita adesiva impregnada com tinta termocrômica (fita zebrada), com largura de pelo menos 03 listras como indicador químico classe I, de exposição, no fechamento de pacotes

IDENTIFICAÇÃO

- Identificar o pacote com o nome, quantidade de instrumentos, data (dia, mês e ano) e nome do colaborador responsável pelo preparo, em fita adesiva não zebrada;

• Identificar todas as embalagens externamente com uma fita adesiva ou etiqueta contendo as seguintes informações: nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo

IV. Siglas e Definições

CME – Central de Material e Esterilização;

- EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- NBZ - Nebulização;
- POP – Procedimento Operacional Padrão;
- RDC - Resolução da Diretoria do Colegiado;
- SCIA- Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial

V. Anexos

ETIQUETAS CME

Código: DS.PLCGO.SCIA.002
Emissão: 19/05/23
Revisão: 19/05/23
Versão: 00
Página: 1 de 1

ETIQUETAS/ RÓTULOS:

Conforme a:

"NR 32.3.2 Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento."

Segue orientações para as confecções das etiquetas de cima para baixo, primeiro para materiais estéreis na CME e SADT, segundo para almotolias e produtos multidoses.

MATERIAL:_____
Nº LOTE:_____ ESTERILIZAÇÃO:_____
DT PRODUTO:_____VALIDADE:_____
RESPONSÁVEL:_____

MATERIAL ESTERILIZADO

Código: FORM.PLCGO.ENF.008
Emissão: 17/04/2023
Revisão: 17/04/2023
Versão: 00
Página: 1 de 1

MATERIAL	SETOR	DATA DA ESTERILIZAÇÃO	VENCIMENTO	RESPONSÁVEL

Elaborado por:	Aprovado por:
Beatriz Carvalho Marinho Morais	Débora Alessandra Conteiro Dos Santos

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Informe Técnico n.01/09. Princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em Serviços de Saúde. Brasília; 2009. Disponível em: Acesso: agosto/2010.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 7ª ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

I. Objetivos

Visa buscar subsídios necessários para obtenção do quadro clínico disfuncional ou da doença em si.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Deve-se iniciar com a identificação do paciente;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
3. Verificar a queixa principal e secundária (levando em consideração os sinais e sintomas apresentados);
4. Coletar dados subjetivos, através da história clínica;
5. Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica de acordo com a Resolução COFFITO Nº. 414/12.

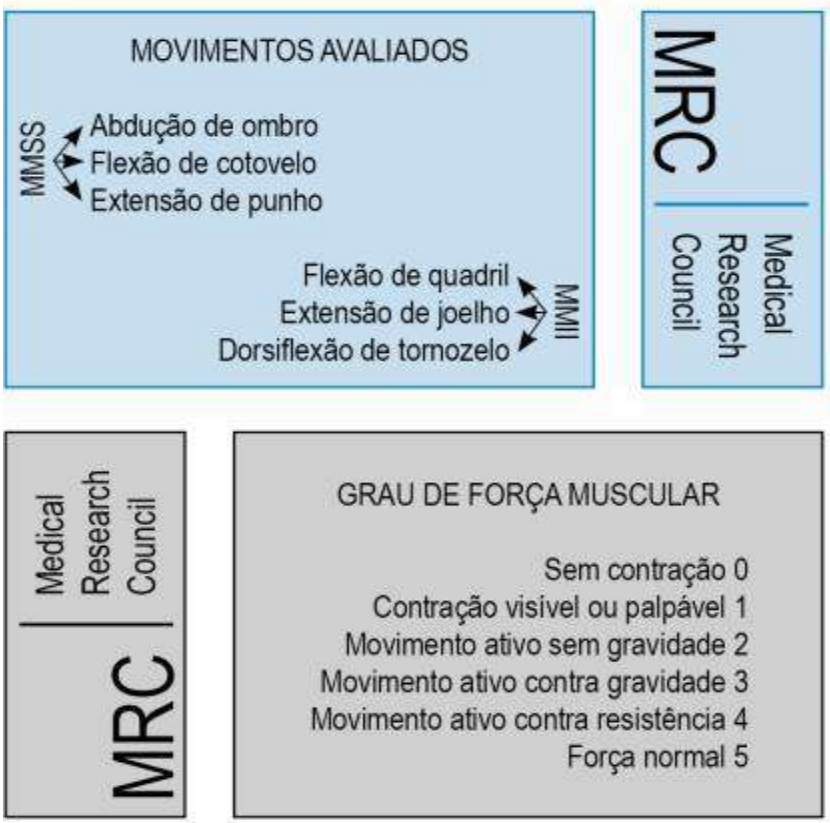
IV. Siglas e Definições

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
MMII – Membros inferiores;
MMSS – Membros superiores;
MRC - Medical Research Council;
MV-PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente.

V. Anexos

Formulário de Avaliação Fisioterapêutica baseado na Resolução COFFITO Nº. 414/12.

Escala de Força Muscular do MRC



SANTANA, VANDRÉ BORGES, 2022. Adaptada de De Jonghe e colaboradores (2002).

VI. Referências

COFFITO, CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução Nº 414/2012. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1727. Acesso em: 26/02/2024.

SANTANA, VANDRÉ BORGES. Protocolo para mobilização precoce e exercícios terapêuticos no paciente crítico, 2022.

I. Objetivos

Observar a Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, de acordo com a apresentação dos seus sinais e sintomas típicos.

II. Materiais

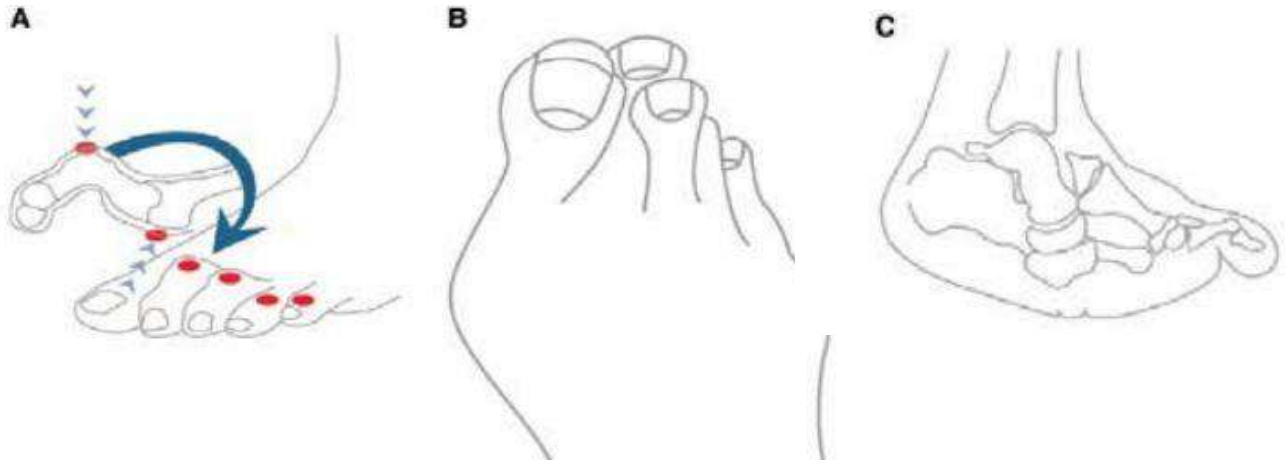
Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

O exame clínico dos pés deve ser abrangente, capaz de identificar as diversas alterações que elevam o risco de desenvolvimento de úlceras. Dessa maneira, durante o exame físico, deve-se sempre avaliar:

• Anatomia do pé

A neuropatia diabética predispõe às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra (Figura A), dedos em martelo, joanetes (Figura B) e perda do arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot (Figura C).



• Hidratação

O profissional deve avaliar a hidratação dos pés. Na presença de neuropatia diabética, os pés frequentemente encontram-se com a pele ressecada (xerodermia), o que predispõe às fissuras e às ulcerações.

• Coloração, temperatura, distribuição dos pelos.

Avaliação Neurológica

• Compreende a avalição da sensibilidade (tátil, dolorosa-térmica e vibratória), a avaliação de reflexos tendíneos e a avaliação da função motora.

• Tem como objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações.

• Os testes que se mostraram mais úteis para a pesquisa de neuropatia periférica no contexto do Pé Diabético foram as avaliações de sensibilidade tátil com monofilamento e vibratória.

• A ausência total ou parcial do reflexo Aquileu também constitui um importante sinal preditivo de processos ulcerativos nos pés e deve ser periodicamente avaliado.

I. Avaliação da sensibilidade tátil com monofilamento de Semmes-Weinstem

• É realizado com monofilamento de 10 gramas (5,07 U) de Semmes-Weinstem.

• É o método de escolha recomendado como exame de rastreamento de neuropatia diabética: tem boa relação custo benefício, alta reprodutibilidade confirmada por estudos prospectivos e elevada especificidade.

A técnica para avaliação da sensibilidade protetora utilizando o monofilamento de 10 gramas é apresentada a seguir:

1° - Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitar ao mesmo que diga “Sim” cada vez que perceber o contato com o monofilamento.
2° - Aplicar o monofilamento adequado (10 gramas) perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque.
3° - Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.
4° - O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos.
5° - Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (pé direito ou esquerdo).
6° - Serão pesquisados quatro pontos (pontos vermelho-escuro) em ambos os pés.
7° - Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.
8° - A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
9° - A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

• Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. O uso repetitivo do monofilamento pode ocasionar a perda de sua calibração.

• É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada dez pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g.

• A vida útil do produto, em geral, é de 18 meses.

II. Avaliação da sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz

• É avaliada com o uso de um diapasão de 128 Hz.

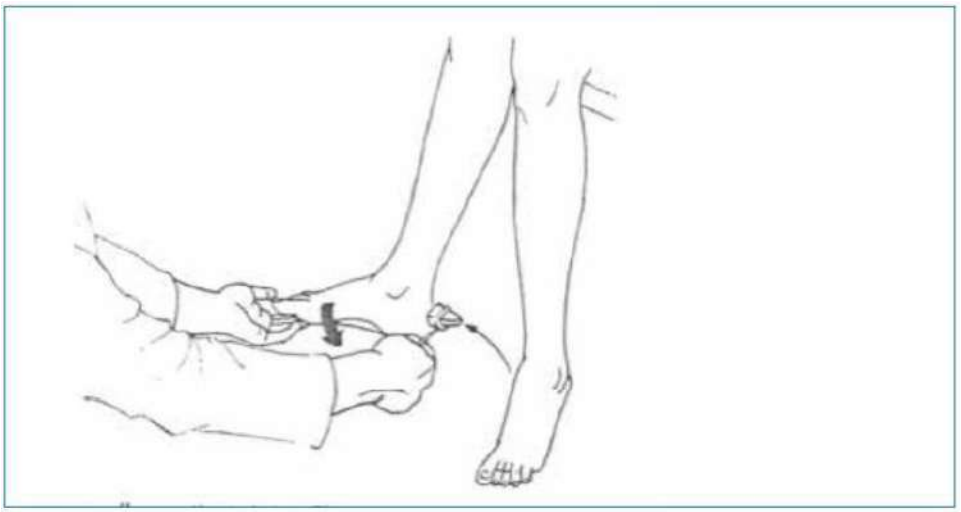
• O local de escolha para o teste é a parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado (BOULTON et al., 2008).

• O teste é positivo (alterado) se o paciente responde de forma incorreta (pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando), em pelo menos duas de três aplicações, e negativo (normal) com duas das três respostas corretas.

• Caso alterado, recomenda-se a repetição do teste em local mais proximal (maléolo ou tuberosidade tibial). A técnica para avaliação da sensibilidade protetora utilizando o diapasão de 128 Hz é apresentada a seguir:

1º - Esclarecer o paciente sobe o teste. Solicitá-lo que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.
2º - Segurar o cabo do diapasão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.
3º - Aplicar a ponta do cabo do diapasão perpendicularmente e com pressão constante sobre a falange distal do hálux. A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
4º - Manter o cabo do diapasão até que a pessoa informe não sentir mais a vibração.
5º - Repetir a aplicação mais duas vezes, em ambos os pés, mas alternando-as com pelo menos uma aplicação simulada em que o diapasão não esteja vibrando.
6º - O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando.
7º - A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
8º - A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Local para avaliação do teste com diapasão de 128 Hz

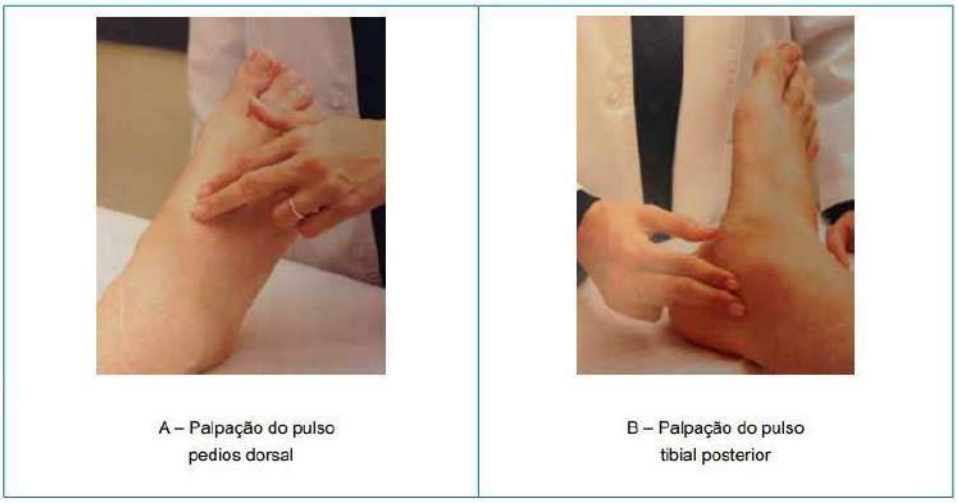


Avaliação Vascular

• O exame físico do componente vascular deve contemplar, no mínimo, a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores.

• Os achados da palpação vascular devem ser correlacionados com os achados gerais na avaliação de pele (coloração, temperatura, distribuição dos pelos) e unhas (trofismo), cuja técnica é mostrada abaixo.

• Caso o exame clínico levante a suspeita de vasculopatia (por exemplo, pulsos diminuídos ou não palpáveis) e não consiga se palpar os pulsos, deve-se encaminhar o paciente para avaliação vascular complementar.



A – Palpação do pulso pedios dorsal

B – Palpação do pulso tibial posterior

Anamnese

Dor ou desconforto em membros inferiores

Durante a anamnese, deve-se indagar sobre dor e/ou desconforto nos membros inferiores, buscando identificar a causa do problema. Sintomas de dor ou desconforto, do tipo queimação, formigamento ou "picada", começando nos dedos e ascendendo proximalmente (padrão em bota ou em luva), com piora no período noturno e aliviados ao movimento, indicam para o diagnóstico de neuropatia. A neuropatia pode se manifestar ainda da forma "negativa", como dormência e perda de sensibilidade (hipoestesia). Já sintomas de dor do tipo câimbra ou peso ao caminhar, que é aliviada ao repouso, levanta a suspeita de dor isquêmica por doença vascular periférica.

Um componente importante da avaliação é caracterizar a intensidade da dor, para direcionamento das opções de tratamento farmacológico e monitoramento da resposta terapêutica. Para tanto, utilizar-se-a a Escala Visual Analógica (EVA):

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Cuidados de higiene e proteção dos pés

Parte significativa das complicações do Pé Diabético é evitável. É essencial, portanto, certificar-se do conhecimento e da prática pelo indivíduo dos cuidados diários recomendados.

Qualidade da acuidade visual

A baixa acuidade visual dificulta a autoinspeção dos pés e pode predispor o indivíduo a traumas nos pés, principalmente quando acompanhada da insensibilidade provocada pela neuropatia diabética.

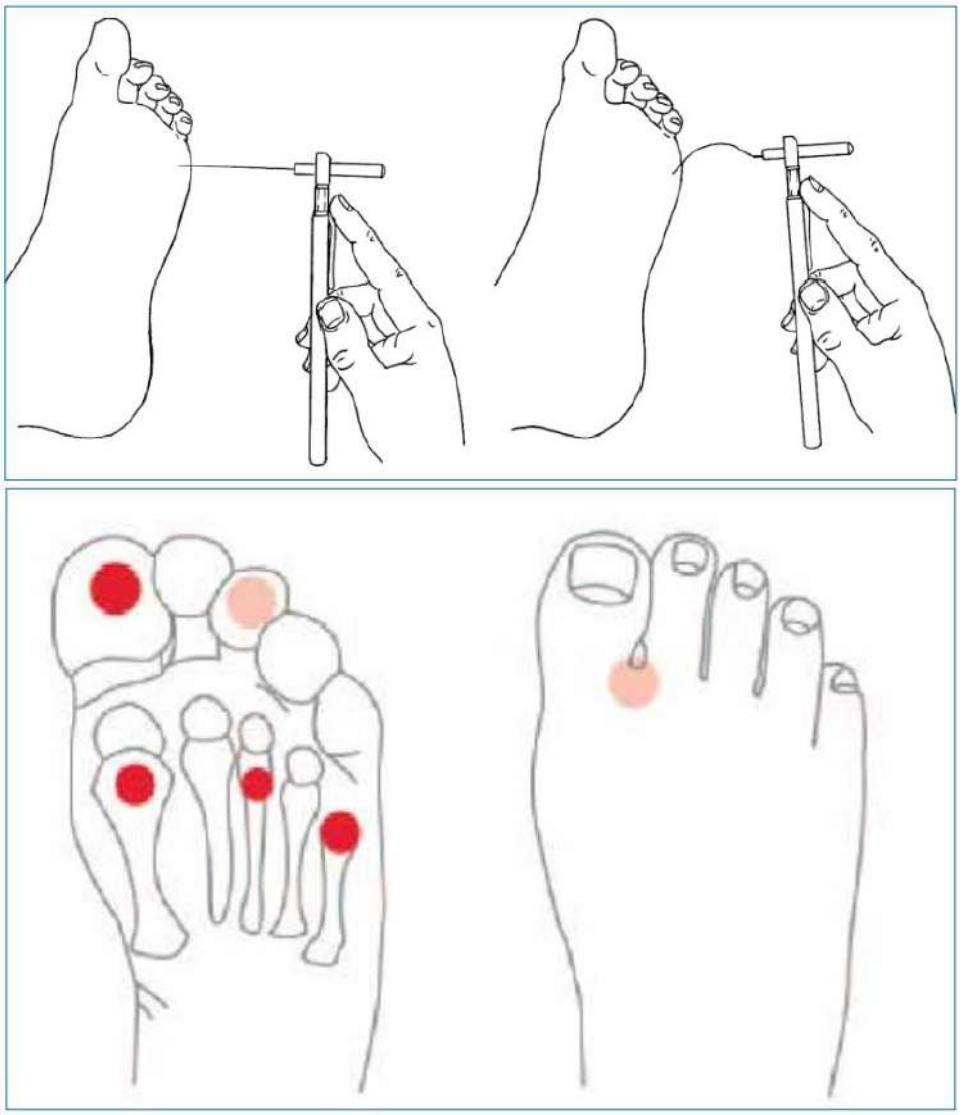
Avaliação Clínica Geral

Anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxeada), pele fria e rarefação de pelos são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos.

- Integridade de unhas e pele
- Atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças) pode ser um sinal de insuficiência arterial, devendo ser correlacionada com os demais sinais e sintomas característicos do quadro.
- Lesões esfoliativas, úmidas nos espaços interdigitais habitualmente (mas não obrigatoriamente) pruriginosas podem ser encontradas, indicativas de dermatofitose (tinea pedis ou micose superficial). Podem também ocorrer em outras localizações dos pés. São, frequentemente, porta de entrada para infecção bacteriana, devendo sempre ser buscadas e tratadas.
- Distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade) devem levantar suspeita de onicomicose.
- O corte das unhas deve ser avaliado quanto a sua técnica. Elas devem ser cortadas sempre retas. O corte inadequado pode predispor um quadro de unha encravada.

- Calosidades (espessamento epidérmico causado por traumatismos locais recorrentes) são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar. São frequentemente predispostos por uso de calçado inadequado.

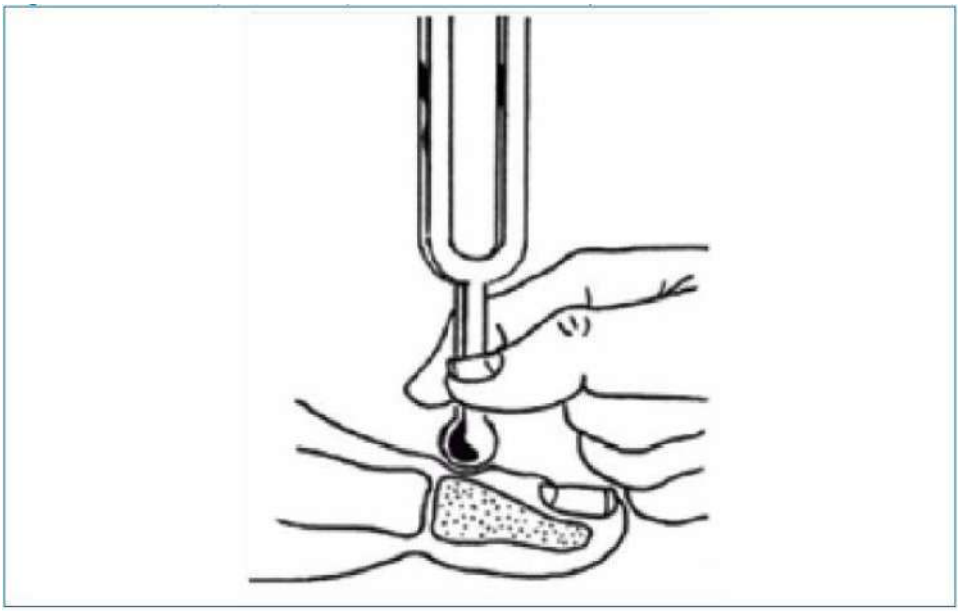
Locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstem



Informações complementares:

• O monofilamento não é de uso individual ou descartável.

• Recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso.



Algumas condições de pele são frequentemente encontradas durante a avaliação do Pé Diabético, predispondo ao surgimento de feridas e outras complicações. Seguem as principais delas, acompanhadas das condutas mais apropriadas em cada caso.

Xerodermia (pele seca)

Alteração: a xerodermia (pele seca) é provocada frequentemente pela neuropatia diabética e, por comprometer a elasticidade natural da pele, predispõe os pés às fissuras e às ulcerações.

Conduta: o paciente com pele seca nos pés deve ser orientado quanto ao uso de hidratante comum após o banho, sempre cuidando para poupar os espaços interdigitais, a fim de evitar o aparecimento de micoses.

Calosidades

Alteração: as calosidades são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar, decorrentes de deformidades nos pés.

Conduta: deve-se avaliar adequação de calçado, a necessidade de órteses para mudança de pontos de pressão e a redução do nível de atividade para os pés. Em caso de falha terapêutica com as medidas conservadoras, avaliar a necessidade de debridamento (especialmente nos casos de lesões extensas ou sintomáticas). O objetivo do debridamento é remover tecidos desvitalizados ou impregnados com substâncias estranhas cuja remoção é impossível apenas com a limpeza da ferida. Além disso, diminui a carga bacteriana, facilitando os mecanismos de defesa local do hospedeiro, e acerta as bordas da ferida, preparando-a para a síntese.

Alterações ungueais

Alteração: o corte inadequado das unhas pode propiciar a ocorrência da unha encravada, com consequente trauma local e risco de infecção.

Conduta: as unhas devem ser cortadas sempre retas e o profissional de saúde deve orientar o indivíduo ou seu cuidador quanto à técnica correta. Diante de um quadro de unha encravada, deve-se encaminhar o indivíduo para consulta com o médico da equipe, para avaliação da necessidade de cantoplastia.

As deformidades

• As alterações tróficas e vasomotoras decorrentes da neuropatia autonômica predispõem às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes e perda do arco plantar.

• As deformidades devem ser levadas em conta na hora de escolher o calçado, que deve se adaptar ao pé, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas.

• Nesses casos, os cuidados com os pés, associados à prescrição e à escolha de recursos de redução da sobrecarga, aos calçados terapêuticos e protetores, às palmilhas e órteses, constituem os pilares fundamentais para a prevenção das amputações.

• Caso haja dificuldade para acomodação do pé em calçados, considerar discussão e/ ou encaminhamento para Terapia Ocupacional, para confecção de órtese ou para avaliação ortopédica.

IV. Siglas e Definições

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

MMII – Membros inferiores;

MMSS – Membros superiores;

MRC - Medical Research Council;

MV-PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente.

V. Anexos

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2016.

Classificação de risco do Pé Diabético

Classificar o risco do Pé Diabético recomendado pelo Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BOULTON et al., 2008; BRASIL, 2013). Essa classificação deve ser usada para nortear a conduta de cuidado e de acompanhamento do profissional após a avaliação inicial (BRASIL, 2013).

Categoria de risco	Situação Clínica
Grau 0	Neuropatia ausente.
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2016.

I. Objetivos

Manter e ganhar amplitude de movimento, comprimento muscular, mobilidade articular, força muscular, prevenção da diminuição da perda de fibras musculares.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Lavar as mãos;
2. Utilizar EPI´s;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Demonstrar ao paciente o exercício a ser realizado;
6. Atentar e o exercício será realizado com ou sem ação gravidade;
7. Solicitar o início dos exercícios ao paciente e supervisionar a execução, corrigindo verbalmente se necessário;
8. Séries e repetições de acordo com tolerância do paciente e objetivo da abordagem; observar possíveis sinais de cansaço e fadiga muscular;
9. Ao final, posicionar o paciente adequadamente;
10. O procedimento deverá ser suspenso na presença de qualquer alteração hemodinâmica, arritmias, respiratória e neurológica/ nível de consciência.

CONTRAINDICAÇÕES

Pacientes que apresentem doença óssea conhecida, fratura não reduzida, procedimento vascular recente com presença de introdutor, tromboembolismo confirmado ou suspeitado.

IV. Siglas e Definições

EPIS - Equipamentos de Proteção Individual;
PLC-EF **-** Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

PRESTO, B. DAMÁZIO, L. Fisioterapia na UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. L. Fisioterapia na UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas. Barueri, SP: Manole, 2005.

I. Objetivos

Manter e ganhar força e resistência muscular, amplitude de movimento, mobilidade articular, capacidade dos tendões de suportar cargas.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

1- Lavar as mãos;
2- Utilizar EPI´s;
3- Calçar as luvas de procedimento;
4- Explicar o procedimento ao paciente;
5- Demonstrar ao paciente o exercício a ser realizado;
6- Titular peso para exercício ser realizado, iniciar com pesos baixos e incrementar de acordo com tolerância do paciente;
7- Solicitar o início dos exercícios ao paciente e supervisionar a execução, corrigindo verbalmente se necessário;
8- Séries e repetições de acordo com tolerância do paciente e objetivo da abordagem;
9- Observar possíveis sinais de cansaço e fadiga muscular;
10- Ao final, posicionar o paciente adequadamente;
11- O procedimento deverá ser suspenso na presença de qualquer alteração hemodinâmica, arritmias, respiratória e neurológica/ nível de consciência.

CONTRAINDICAÇÕES

Pacientes que apresentem doença óssea conhecida, fratura não reduzida, procedimento vascular recente com presença de introdutor, tromboembolismo confirmado ou suspeitado.

IV. Siglas e Definições

EPIS - Equipamentos de Proteção Individual;
PLC-EF **-** Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

PRESTO, B. DAMÁZIO, L. Fisioterapia na UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas. Barueri, SP: Manole, 2005.

I. Objetivos

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade de Reabilitação a assistência fisioterapêutica pulmonar ao paciente adulto e pediátrico portador de doenças respiratórias. Promovendo assim:

- Melhorar trocas gasosas;
- Mobilizar e eliminar secreções;
- Reexpandir os pulmões;
- Promover a desinsuflação pulmonar;
- Controlar a respiração com o mínimo esforço;
- Auxiliar a eficiência da tosse;
- Aumentar a tolerância e o desempenho nos exercícios;
- Reduzir os sintomas;
- Amenizar a progressão da doença e evitar complicações;
- Melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade;
- Promover um padrão normal relaxado da respiração;
- Mobilizar a caixa torácica;
- Melhorar força e endurece os músculos respiratórios;

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

A fisioterapia respiratória dispõe de uma variedade de técnicas capazes de influenciar a mecânica respiratória com exercícios que objetivam modificar o grau de participação dos músculos respiratórios com a finalidade de influenciar a ventilação pulmonar. Abaixo serão descritos os exercícios respiratórios utilizados para o tratamento dos pacientes pediátricos e adultos colaborativos, citados por Britto, Brant e Parreira em 2009.

- Exercícios Respiratórios com Freno-labial: O paciente deve estar na posição sentada e a expiração é realizada com lábios ou dentes semicerrados, de maneira suave e controlada, não sendo forçada e não muito prolongada, mantendo-se a relação inspiração/expiração de 1:2. A importância da expiração com freno-labial está em promover a melhora na oxigenação.

- Exercício Respiratório Diafragmático: É realizada aplicando estímulo manual na região abdominal, com leve compressão, solicitando-se inspiração nasal de forma suave e profunda com deslocamento anterior da região abdominal. Melhora a ventilação pulmonar, sobretudo em regiões basais

- Exercício Respiratório com Suspiros Inspiratórios: Consiste em inspirações nasais breves, sucessivas e rápidas até atingir a capacidade inspiratória máxima, podendo ser associada à colocação das mãos sobre a região abdominal ou torácica inferior. A expiração deve ser realizada de forma suave e prolongada, com resistência labial e leve compressão na região estimulada. O tempo inspiratório é prolongado, atingindo valores acima de 6 segundos, favorecendo o aumento do volume inspirado e a melhor distribuição da ventilação. A inspiração deve ser nasal e a expiração oral. Melhora a complacência pulmonar e recrutamento alveolar.

- Exercício Respiratório com Inspiração em Tempos: Esta técnica consiste em inspirações nasais curtas, suaves e sucessivas até atingir uma alta porcentagem da capacidade inspiratória, fracionando o tempo inspiratório total com pausas intermediárias. A expiração deve ser oral, lenta e suave com freno labial. A posição ideal para realizar este exercício é sentada, na qual um maior VC é movimentado. Entretanto, este exercício também pode gerar um grande VC quando realizado em decúbito dorsal, lateral direito e lateral esquerdo.

- Exercício Respiratório com Expiração Abreviada: Neste exercício respiratório utiliza-se de inspiração nasal de pequeno volume de ar, seguida de expiração com freno labial sem expirar todo o volume inspirado. Posteriormente realiza-se nova inspiração de médio volume pulmonar e nova expiração, como descrito anteriormente. Por último realiza-se uma inspiração até a capacidade máxima e expira-se prolongada e suavemente, podendo-se associar o freno-labial. O estímulo manual deve exercer leve compressão na região durante a fase expiratória.

- Exercício Respiratório desde o VR: Este exercício respiratório tem a finalidade de melhorar a ventilação nas regiões pulmonares apicais. Consiste na realização de uma expiração prolongada entre os lábios até atingir o nível do VR com o paciente na posição sentada. A seguir, realiza-se uma inspiração nasal, profunda, expandindo a região torácica superior. O estímulo manual deve ser exercido durante a fase expiratória com compressão da região torácica superior. Na fase inspiratória, deve-se manter o apoio firme da mão.

- Exercício Respiratório Inspiração Máxima: Este exercício consiste na colocação das mãos na região torácica inferior ou na região abdominal, associando uma inspiração lenta e suave, nasal, até a máxima capacidade inspiratória. Em seguida, faz-se a eliminação de pequeno volume de ar, outra

inspiração máxima, nova expiração breve e uma última inspiração máxima. Ao final, faz-se uma expiração labial suave até a CRF.

- Exercício Respiratório com Inspiração Máxima Sustentada: A inspiração sustentada máxima é realizada com um esforço inspiratório máximo, de forma lenta, pela via nasal, até atingir a máxima capacidade inspiratória. Mantém-se a inspiração máxima por cerca de 3 segundos, realizando, a seguir, a expiração sem esforço. A expiração pode ser feita entre os lábios. A inspiração é lenta para diminuir a velocidade e aumentar a força de contração muscular e máxima, com pausa ao final, para que o recrutamento de fibras musculares gere maior redução da pressão intratorácica, melhorando, assim, a distribuição do gás. Este exercício está indicado para aumentar o volume pulmonar em pacientes com dor e desvantagem mecânica por redução da complacência pulmonar e/ou de caixa torácica.

- Exercício Respiratório com Manobra de Compressão e Descompressão Torácica (manobra de pressão negativa de Farley Campos ou descompressão torácica abrupta localizada): Consiste na realização de pressão manual na região torácica acometida, em geral, a região torácica inferior. Solicita-se a realização de uma expiração prolongada e, em seguida, uma inspiração nasal profunda. No início da fase inspiratória, realiza-se uma resistência com as mãos, a qual é retirada abruptamente, promovendo uma descompressão local. Este procedimento busca a negativação da pressão pleural regional com consequente direcionamento do fluxo de ar para esta área. Acredita-se que a variação da pressão pleural provocada pela compressão e descompressão torácica atue no sistema de reabsorção do liquido pleural; assim, a técnica é bem indicada em casos de derrame pleural.

TREINAMENTO ESPECÍFICO DA MUSCULATURA RESPIRATÓRIA

- O treinamento da musculatura respiratória pode ser feito com o objetivo de aumentar a força e a endurance. Para ganho da força, deve-se utilizar uma intensidade alta e baixo número de repetições (5 a 20), enquanto para o ganho da endurance deve-se enfatizar o fator tempo, sendo considerado adequado um mínimo de 15 minutos de maneira contínua ou intervalada.

- Os Exercícios de Fortalecimento Muscular Respiratório inspiratório e expiratório são realizados com o equipamento Threshold, onde o treino dos músculos inspiratórios com carga linear, utiliza-se a intensidade de 30% a 70% da PImáx (sendo acrescido 10% por semana) e o treino dos músculos expiratórios utiliza-se a intensidade de 40% da PEmáx (sendo acrescido 10% por semana).

- Para treinar endurance, é utilizado o tempo de 15 minutos, que são acrescidos conforme a capacidade e tolerância do paciente até 20 minutos, respeitando-se a carga citada acima, tanto, para os músculos inspiratórios quanto para expiratórios.

- Para realizar o procedimento, o paciente deve inspirar por meio de um bocal com utilização de um clipe nasal e gerar uma pressão subatmosférica capaz de abrir a válvula. Quando a pressão gerada for maior que a exercida pela mola, o ar é inspirado através do aparelho. A sobrecarga é aumentada com o aumento de resistência da mola.

IV. Siglas e Definições

AVD: Atividade de vida diária
VR: Volume residual
CRF: Capacidade residual final
VC: Volume Corrente
PIMAX: Pressão inspiratória máxima
PEMAX: Pressão expiratória máxima

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

Feltrim MIZ. Exercícios respiratórios terapêuticos. In: Britto RR, Brant TCS, Parreira VF, editors. Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória. Barueri: Manole; 2009. p. 163-86.

I. Objetivos

Descrever e padronizar o fluxo e procedimentos ambulatoriais do Serviço Ambulatorial de Fonoaudiologia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;

- **Triagem:** realiza-se uma entrevista com o paciente e/ou cuidador para coleta de dados, utilizando protocolo específico para identificação, história pregressa e atual, queixas e expectativas quanto ao atendimento e prognóstico;

- **Avaliação Fonoaudiológica:** utiliza protocolos específicos de acordo com cada caso apresentado para favorecer o diagnóstico fonoaudiológico e possibilitar a elaboração do plano terapêutico. Avalia-se a linguagem oral e escrita (expressão e compreensão), fala articulação, qualidade vocal, aspectos cognitivos, estruturas estomatognáticas (postura, tônus, força muscular, mobilidade e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios) e funções neurovegetativas (mastigação, sucção e respiração). Após ser realizado a avaliação é verificado a necessidade do enquadramento do paciente para o atendimento fonoaudiológico e/ou orientações específicas, encaminhando para retornos quando necessários;

- **Devolutiva:** procedimento realizado com os pacientes, familiares e/ou responsáveis esclarecendo quanto aos achados fonoaudiológicos e também para repassar as informações sobre o processo terapêutico;
- **Terapia Fonoaudiologia Individual:** procedimento onde é aplicado métodos, técnicas e/ou abordagens que recuperem ou melhorem a comunicação/ linguagem oral e escrita, aspectos cognitivos, voz, motricidade orofacial, incluindo as funções neurovegetativas: (mastigação, deglutição e sucção) do paciente, de acordo com a necessidade de cada caso (uma ou duas vezes na semana), com duração aproximada de 40(quarenta) minutos;
- **Orientações aos pacientes, família e/ou cuidadores:** procedimento realizado para efetivar o processo terapêutico desenvolvido durante as sessões de fonoterapia e as atividades a serem realizadas em casa;

- **Registro em prontuário eletrônico: Prescrever** procedimento realizado para registrar dados de triagem inicial, avaliação fonoaudiologia específica com diagnóstico, evolução diária dos atendimentos realizados. Registra-se, como conduta, os objetivos a serem alcançados, direcionando o planejamento terapêutico.

IV. Siglas e Definições

AVC - Acidente Vascular Cerebral;
AVCI - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;
PC - Paralisia Cerebral;
PLC-EF - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;
SNE - Sonda Nasoenteral;
SNG - Sonda Nasogástrica;
TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade;
TEA - Transtorno do Espectro Autista;
VO - Via Oral.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

Código de ética da Fonoaudiologia, 2004.

FERNANDES F.D.M, MENDES B.C.A, NAVAS A.L.G.P. Tratado de Fonoaudiologia, 2ª ed. São Paulo: Roca, 2010.

LIMONGI, SCO (Org.). Procedimentos terapêuticos em linguagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 105.

MARCHESAN, IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral.2ª ed. rev. e ampl. RJ: Guanabara Koogan, 2005. vi, 146 p.

FURKIM, AM; SANTINI, CS (Org.). Disfagia orofaríngea. Barueri, SP: Pró-fono,2008. v. 2.

GOLDFELD, M. Fundamentos em fonoaudiologia: linguagem. 2. ed. Rio de Janeiro. RJ: Guanabara Koogan, 2003, p. 161.

JOTZ, GP; CARRARA-DE-ANGELIS, E; BARROS, APB 9Org.). Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos de atendimentos ambulatoriais do Serviço Ambulatorial de Psicologia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

O serviço de atendimento ambulatorial em psicologia visa oferecer suporte psicológico para os pacientes e/ou acompanhantes que estão sendo acompanhados pelos serviços oferecidos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Os principais objetivos/atribuições do psicólogo ambulatorial são:

a) Acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias bem como suas famílias em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos;

b) Dar o suporte emocional ao paciente e seu familiar durante o tratamento, visando auxiliar na compreensão da vivência do adoecimento, fortalecer as características resilientes, promover maior adesão ao tratamento e viabilizar o enfrentamento do processo de luto;

c) Realizar a alta responsável com o compartilhamento e a transição do cuidado.

O psicólogo ambulatorial da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está incluído dentro da Equipe Multiprofissional. Atuará dentro da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Gestão do Cuidado e na Avaliação Global Interdisciplinar.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

Sobre os parâmetros da assistência psicológica no atendimento ambulatorial, o Conselho Regional de Psicologia 9ª Região Goiás (CRP-09) estabelece:

a) Atendimento ambulatorial: uma (1) psicóloga (o) por jornada de trabalho de seis (6) horas/dia. Para atendimento ao usuário/familiar, estipula-se hora-assistencial de 60 minutos, com 45 minutos destinados à sessão e 15 minutos destinados à leitura e evolução no prontuário e preparo de materiais. Durante uma jornada de trabalho de seis (6) horas, a (o) psicóloga(o) deverá realizar uma média de cinco (5) atendimentos, reservando-se tempo para construção de projeto terapêutico e discussão de caso com outros profissionais, seguindo o princípio da Integralidade.

b) Reunião com os demais membros da equipe: duração mínima de 60 minutos semanais.

c) Grupos psicoterapêuticos/operativos: hora-assistencial de 120 a 150 minutos. Com o mínimo de três (3) e máximo de oito (8) participantes, deve ser coordenado por uma (1) psicóloga (o). Entre nove (9) e máximo de quinze (15) participantes, deve ser coordenado por duas (2) psicólogas (os).

d) Grupos psicoeducativos: hora-assistencial de 90 a 120 minutos. Grupos terapêuticos: quando houver a presença da (o) psicóloga (o), recomenda-se que o grupo tenha duração de 90 a 120 minutos. Com o mínimo de três (3) e máximo de oito (8) participantes, deve ser coordenado por uma (1) profissional de saúde, entre nove (9) e máximo de vinte (20) participantes, deve ser coordenado por no mínimo duas (2) profissionais de saúde.

- **Entrada do paciente na unidade**

Paciente ao ser regulado no município de origem pela sua Secretaria de Saúde, será agendado para as unidades policlínicas estaduais das quais tiverem vaga para tal procedimento ou serviço solicitado. Ao chegarem na unidade, serão recepcionados para os serviços agendados. Os atendimentos ambulatoriais de psicologia podem ser realizados por meio de encaminhamentos e agendamentos diretos da regulação ou por meio de interconsultas dos profissionais da equipe médica ou da equipe de Assistência multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

- **Atendimento Psicológico Ambulatorial**

Após o paciente ser recepcionado, ele é encaminhado à sala de atendimento psicológico, podendo haver necessidade de acompanhante dependendo do paciente (idade, dificuldade da comunicação, entre outras).

Neste primeiro momento é realizado uma anamnese exploratória, via entrevista individual e/ou com a presença de acompanhante, onde serão coletados dados iniciais sobre traços de personalidade e aspectos biopsicossociais atuais do paciente, demanda e/ou necessidade de encaminhamentos a outros serviços/especialidades; neste momento também é visado acolher o indivíduo dentro de suas necessidades, oferecer uma escuta qualificada e empática, além da facilitação na expressão emoções, sentimentos e sentidos envolvendo principalmente o adoecimento/diagnóstico.

Conforme este momento é verificado a necessidade e ofertado a continuidade do acompanhamento psicológico e o retorno à unidade ou encaminhamento para outros serviços.

Em caso de definição para acompanhamento psicológico, será delimitado o foco de trabalho e orientado o paciente quanto ao Contrato Terapêutico (CT).

O CT será realizado de forma verbal onde será acordado com o paciente e/ou acompanhante a frequência de atendimentos, os horários possíveis, o foco do trabalho terapêutico e os critérios de permanência ao acompanhamento psicológico (faltas, justificativas e etc).

O foco de trabalho terapêutico é definido a partir dos aspectos psicoemocionais observados em anamneses que tenham relação com o adoecimento e suas implicações, assim como as circunstâncias em que o estado psíquico e contexto familiar do paciente venham a interferir na evolução do tratamento desenvolvido pela equipe multiprofissional. Também é definido o plano terapêutico a partir da necessidade observada na demanda.

Após é entregue ao paciente e/ou acompanhante um receituário simples para o agendamento de retorno ao atendimento à ser entregue à recepção.

Em casos de encaminhamento/transição de cuidados para outros serviços compostos na rede de saúde municipal de origem do paciente, realizar-se-á orientações correspondentes e entrega do encaminhamento devido ao paciente e/ou acompanhante.

Realizar encaminhamento do paciente a outros serviços assistenciais em Psicologia especializados quando:

a) Houver alta pela equipe multiprofissional e ainda se verificar demanda psicológica com critério de assistência pela Atenção Básica e/ou psicoterapia (tratamento de longo prazo);

b) Apresentar transtorno psiquiátrico grave com sintomas psicóticos;

c) Apresentar dependência química;

d) Apresentar transtorno psiquiátrico grave com ideação suicida;

e) Realizar encaminhamento a outros profissionais da equipe de saúde multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa quando identificados aspectos na demanda direcionados a outras especialidades, visando a assistência integral ao paciente, por meio de interconsulta.

- **Observações:**

1. Realizar atendimentos individuais ao paciente, excepcionalmente sob a presença de acompanhante, caso seja verificada necessidade de interlocução para a efetivação da comunicação e/ou de acordo com o objetivo de trabalho.
2. Os agendamentos de retorno, junto ao paciente, serão efetivados diretamente pelo profissional de Psicologia, de acordo com a necessidade do caso e disponibilidade de agenda, ficando a secretária do setor da equipe multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa responsável por inserir o paciente no sistema MV.
3. Realizar registro de atendimento com data, assinatura, carimbo e evolução no sistema MV da unidade.
4. Há a possibilidade de realizar atendimento ao usuário conjuntamente com outros profissionais da equipe de saúde, quando necessário, visando a assistência integral ao paciente.
5. Realizar discussão de caso clínico com outros profissionais da equipe de saúde, visando a assistência integral ao paciente.

- 7.4 **Alta psicológica**

Realizar alta ambulatorial pela Psicologia quando:

a) Em caso de alta proveniente de outras especialidades da equipe multiprofissional, encarregadas do acompanhamento terapêutico, e se verifique ausência de demanda coerente com o foco de trabalho desta instituição e/ou se verifique condições psíquicas para alta psicológica;

b) Seja verificada a resolução da demanda inicial, conforme delimitação do foco de trabalho;

c) Caso seja verificada necessidade e/ou importância de continuidade de um acompanhamento psicológico em vertentes diferentes do foco inicial, deverá ser realizado encaminhamento para serviço de Atenção Básica Assistência Psicossocial especializada.

d) Após comunicação ao paciente de alta psicológica e encerramento do acompanhamento pelo profissional de psicologia, este deverá registar no sistema eletrônico MV.

- 7.5 **Registro documentais**

Os registros documentais do atendimento são realizados por meio do Sistema MV no computador da sala de atendimento psicológico. Neste sistema há um lugar específico para se redigir as evoluções dos atendimentos, consulta do prontuário, elaboração de documentos psicológicos (laudos, atestados, entre outros), encaminhamentos necessários assim como anexar documentos.

O registro documental segue as orientações da Resolução CFP Nº 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia (Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos) orientando o registro de:

I - Identificação do usuário/instituição; II - avaliação de demanda e definição de objetivos do trabalho; III - registro da evolução do trabalho, de modo a permitir o conhecimento do mesmo e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados; IV - registro de Encaminhamento ou Encerramento; V - documentos resultantes da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica deverão ser arquivados em pasta de acesso exclusivo do psicólogo. VI - Cópias de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado, deverão ser arquivadas, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário.

Mais especificamente sobre o atendimento psicológico em equipe multidisciplinar, ressalta:

Art. 6º. Quando em serviço multiprofissional, o registro deve ser realizado em prontuário único. Parágrafo único. Devem ser registradas apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho.

Sendo contemplado na evolução dos atendimentos realizados no ambulatório de psicologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a as informações sobre:

1. Tipo de atendimento: atendimento psicológico individual ambulatorial; atendimento psicológico ambulatorial com paciente e acompanhante;
2. Evolução: breve relato das informações fornecidas pelo paciente, cuidador e familiares; breve avaliação do quadro de saúde do paciente; reações frente o adoecimento e demais informações pertinentes, sempre observando o sigilo.
3. Condutas: conforme abordagem e demanda apresentada, são oferecidas condutas psicológicas científicas e aprovadas pelo Conselho Federal de Psicologia.
4. Encaminhamento/transição de cuidados: descrição de qual foi o encaminhamento realizado (retorno à unidade, encaminhamento à serviços da rede municipal, interconsulta, entre outros).

IV. Siglas e Definições

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

CT - Contrato Terapêutico

NIA - Núcleo Interno de Atendimento

PLC-EF - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;

V. Anexos

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NÃO EVENTUAL E/OU AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Eu, _____,
data de nascimento: ____/____/____, portador (a) do documento de identidade nº: _____, domiciliado à:_____
_____
____, responsável legal pelo (a) criança/adolescente:_____
_____
__, data de nascimento:__/__/__, portador (a) do documento de identidade/certidão de nascimento nº:_____, autorizo a (o) profissional _____, psicóloga (o) sob registro CRP _____ a realizar acompanhamento psicológico não eventual, bem como a realizar as avaliações psicológicas pertinentes e os encaminhamentos cabíveis. Todas as avaliações, intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial, serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

Sem mais,

_____, ____/____/_____

_____
Responsável legal pela Criança e/ou Adolescente

Nome Completo com Registro e o carimbo da(o) Psicóloga(o)

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo); Observação: esta autorização deverá estar em papel timbrado da instituição pública ou privada.

VI. Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CFP. **Resolução CFP Nº 001/2009.** Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Conselho Federal de Psicologia, Brasília 2009. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf>. Acesso e:m 28 Jan 2021.

CRP-09. **Nota técnica Nº 003/2019.** Estabelece Parâmetros de Assistência Psicológica em Contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde . Conselho Regional de Psicologia 9ª Região Goiás (CRP-09), 2019. Disponível em<http://www.crp09.org.br/portal/images/noticias/2019/NOTATECNICACRP09Nz32019_PARAMETROSDEASSISTENCIAPSICOLOGICANASAUDE.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2021.

QUEIROZ, E.; Araújo, T. C. C. F. de. (2009). **Trabalho de Equipe em Reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. Brasília: Paideia, vol. 19, nº43 (pp. 177-187) Universidade de Brasília.

DOMINGOS, T. B. **Um Processo para Analise de Segurança em Software**. 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado em Computação) - Departamento de Computação, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2000.

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para os atendimentos de terapia ocupacional junto aos pacientes, acompanhantes e familiares na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o profissional frente as demandas apresentadas no dia-a-dia da unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Receber os pacientes no setor de Terapia Ocupacional (TO) no ambulatório multiprofissional;
- Avaliar a capacidade funcional do paciente por meio de testes específicos e os diferentes contextos de desempenho ocupacional, orientando e/ou intervindo, se necessário;
- Utilizar competências inerentes da Terapia Ocupacional durante o atendimento;
- Utilizar os recursos da TO de forma assertiva;
- Treinar atividades básicas de vida diária (alimentação, vestuário, higiene e aparência pessoal, locomoção e comunicação diária), instrumentos de vida diária (uso de telefone, uso de computador), do trabalho e da vida e do lazer;
- Incluir a família no processo terapêutico a fim de obter maior efetividade no tratamento;
- Orientar quanto aos cuidados de desempenho ocupacional em casa;
- Integrar equipe multidisciplinar avaliando e indicando equipamentos e designação para o paciente da postura com vista multidisciplinar;
- Prezar pela conduta ética profissional e zelar pela segurança e bem-estar do paciente;
- Oferecer o feedback do atendimento ao paciente;
- Planejar o retorno do paciente quando necessário;

- Orientar o usuário sobre a rotina de autocuidado e AVD's em domicílio.
- Orientar aos responsáveis e/ou familiares os cuidados que devem ser tomados em casa;
- Evoluir o atendimento no prontuário eletrônico do paciente, prescrever a consulta de Terapia Ocupacional e encaminhar, quando necessário e de acordo com a demanda do paciente;
- Se em caso de realização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, deve-se, também, prescrever a PICS realizada.

IV. Siglas e Definições

AVD'S – Atividades da Vida Diária;
PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
TO – Terapia Ocupacional;

V. Anexos

Não se aplica**.**

VI. Referências

Figueiredo, M. O., Gomes, L. D., Silva, C. R., & Martinez, C. M. S. (2020). A ocupação e a atividade humana em terapia ocupacional: revisão de escopo na literatura nacional. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(3), 967-982. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1858

Galheigo, S. M. (2020). Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(1), 5-25. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Atendimento nutricional para paciente cardiometabólico			
Responsável: Serviço de Nutrição	**Código**: POP.PLCGO.NUTRI.001	**Revisão**: 00	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Tabelas de curva de crescimento percilt e score -Z

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura)

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência do braço, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Para o cálculo do IMC, adota-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 16 - Pontos de corte estabelecidos para adultos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: (WHO, 1995)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

BRASIL, Telemedicina, Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. 2015. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para idosos, através de fórmula em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;

3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. 7.Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;

11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MVPEP
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Calculadora de IMC

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado e recepcionado para atendimento nutricional;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa (modelo de anamnese em anexo);
4. Realizar avaliação antropométrica:

ADULTO/ IDOSO: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua

altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 1 - Tabela de classificação IMC adulto e idoso

Classificação IMC para idosos

IMC	Estado Nutricional
<22	Baixo Peso
22 a 27	Eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz,1994

Classificação IMC para adultos

IMC	Estado Nutricional
≥40	Obesidade Grau III
35,00 a 39,99	Obesidade Grau II
30,00 a 34,99	Obesidade Grau I
25,00 a 29,99	Sobrepeso
18,50 a 24,99	Eutrófico
17,00 a 18,49	Magreza Grau I
16,00 a 16,99	Magreza Grau II
<16,00	Magreza Grau III

Fonte: OMS,1998

CRIANÇA: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 2 - Tabela de classificação IMC infantil sexo masculino

MENINOS

IDADE	ABAIXO DO NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
6	Menor que 14,5	Entre 14,5 e 16,6	Entre 16,7 e 18,0	Maior que 18,0
7	Menor que 15,0	Entre 15,0 e 17,3	Entre 17,4 e 19,1	Maior que 19,1
8	Menor que 15,6	Entre 15,6 e 16,7	Entre 16,8 e 20,3	Maior que 20,3
9	Menor que 16,1	Entre 16,1 e 18,8	Entre 18,9 e 21,4	Maior que 21,4
10	Menor que 16,7	Entre 16,7 e 19,6	Entre 19,7 e 22,5	Maior que 22,5
11	Menor que 17,2	Entre 17,2 e 20,3	Entre 20,4 e 23,7	Maior que 23,7
12	Menor que 17,8	Entre 17,8 e 21,1	Entre 21,2 e 24,8	Maior que 24,8
13	Menor que 18,5	Entre 18,5 e 21,9	Entre 22,0 e 25,9	Maior que 25,9
14	Menor que 19,2	Entre 19,2 e 22,7	Entre 22,8 e 26,9	Maior que 26,9
15	Menor que 19,9	Entre 19,9 e 23,6	Entre 23,7 e 27,7	Maior que 27,7

Figura 3 - Tabela de classificação IMC infantil sexo feminino

MENINAS

IDADE	ABAIXO DO NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
6	Menor que 14,3	Entre 14,3 e 16,1	Entre 16,2 e 17,4	Maior que 17,4
7	Menor que 14,9	Entre 14,9 e 17,1	Entre 17,2 e 18,9	Maior que 18,9
8	Menor que 15,6	Entre 15,6 e 18,1	Entre 18,2 e 20,3	Maior que 20,3
9	Menor que 16,3	Entre 16,3 e 19,1	Entre 19,2 e 21,7	Maior que 21,7
10	Menor que 17,0	Entre 17,0 e 20,1	Entre 20,2 e 23,2	Maior que 23,2
11	Menor que 17,6	Entre 17,6 e 21,1	Entre 21,2 e 24,5	Maior que 24,5
12	Menor que 18,3	Entre 18,3 e 22,1	Entre 22,2 e 25,9	Maior que 25,9
13	Menor que 18,9	Entre 18,9 e 23,0	Entre 23,1 e 27,7	Maior que 27,7
14	Menor que 19,3	Entre 19,3 e 23,8	Entre 23,9 e 27,9	Maior que 27,9
15	Menor que 19,6	Entre 19,6 e 24,2	Entre 24,3 e 28,8	Maior que 28,8

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente - Após a conclusão da avaliação física e análise dos dados, será realizado o diagnóstico do estado nutricional do paciente, onde o mesmo entrará nos grupos de classificação e grau de risco.

ALTO RISCO - Paciente que apresenta IMC ≥ Obesidade grau II, mais de 2 patologias crônicas descompensadas e sem acompanhamento devido, uso de medicação contínua e sedentarismo.

MÉDIO RISCO - Paciente que apresente IMC ≥ Obesidade grau I, patologias crônicas controladas e em acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

BAIXO RISCO - Paciente que apresente IMC ≤ Sobrepeso, patologias crônicas em desenvolvimento, porém em início de acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais através de fórmula de Gasto energético e taxa metabólica basal

Figura 4 - Fórmulas de gasto energético

Harris-Benedict – homens	(13,8 x P) + (5 x A) – (6,8 x I) + 66
Harris-Benedict – mulheres	(9,6 x P) + (1,9 x A) – (4,7 x I) + 655

7. Fazer prescrição dietética - plano alimentar individualizado, de acordo com as necessidades calóricas do paciente para obtenção de melhora do quadro e evolução do mesmo, com alimentos que se encaixe dentro da realidade e rotina do paciente;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a necessidade de cada paciente;

9. Solicitar exames bioquímicos quando necessário - quando houver a suspeita de alguma patologia ou para averiguação de melhora do quadro do paciente de forma geral e rotina a cada 6 meses do último realizado. .

10. Solicitar agendamento de retorno via receituário simples;

11. Assinar e carimbar;

12. Realizar encaminhamentos, quando necessário;

13. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e

a conduta realizada;

14. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica - entender com o paciente como foi o processo desde a última consulta, avaliando o que foi cumprido e o que não foi para estabelecer novas metas para a melhor evolução do mesmo, conforme formulário em anexo;

2. Realizar investigação dietética - entender o que foi viável cumprir da alimentação proposta com paciente, o que o mesmo conseguiu colocar em prática, o que não foi possível, o motivo e traçar os próximos passos conforme formulário em anexo;

3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal, circunferência da cintura e circunferência de quadril) conforme formulário em anexo;

4. Verificar exames bioquímicos conforme formulário em anexo;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;

6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial e números seguintes de sessões seguintes;

   PACIENTE EM ALTO RISCO - Retornos espaçados a cada 30 dias, com média de 6 a 12 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM MÉDIO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 6 a 8 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM BAIXO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 4 a 6 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

7. Refazer prescrição dietética, se necessário;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a especificidade de cada paciente;

9. Solicitar agendamento de retorno, se ainda for necessário, via receituário simples;

10. Assinar e carimbar;

11. Realizar a evolução do paciente no programa MVPEP, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

12. Anexar formulários e anexos no sistema MVPEP;

13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

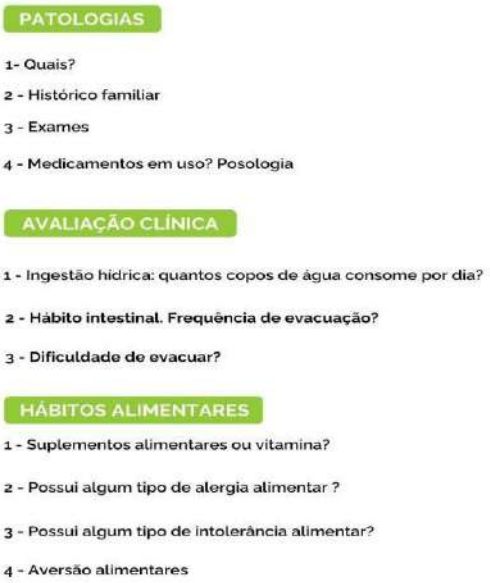
IV. Siglas e Definições

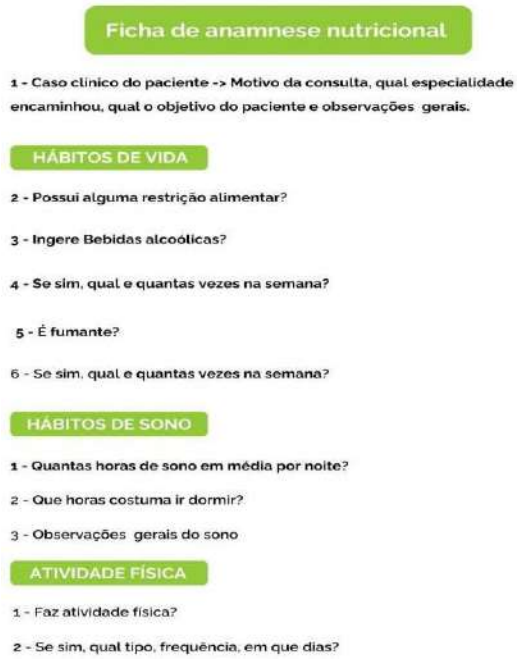
IMC - Índice de Massa Corporal.

MV PEP - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Figura 1 - Ficha de anamnese nutricional





Ficha de anamnese nutricional

1 - Caso clínico do paciente -> Motivo da consulta, qual especialidade encaminhou, qual o objetivo do paciente e observações gerais.

HÁBITOS DE VIDA

2 - Possui alguma restrição alimentar?

3 - Ingere Bebidas alcoólicas?

4 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

5 - É fumante?

6 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

HÁBITOS DE SONO

1 - Quantas horas de sono em média por noite?

2 - Que horas costuma ir dormir?

3 - Observações gerais do sono

ATIVIDADE FÍSICA

1 - Faz atividade física?

2 - Se sim, qual tipo, frequência, em que dias?

Figura 2 - Formulário de retorno

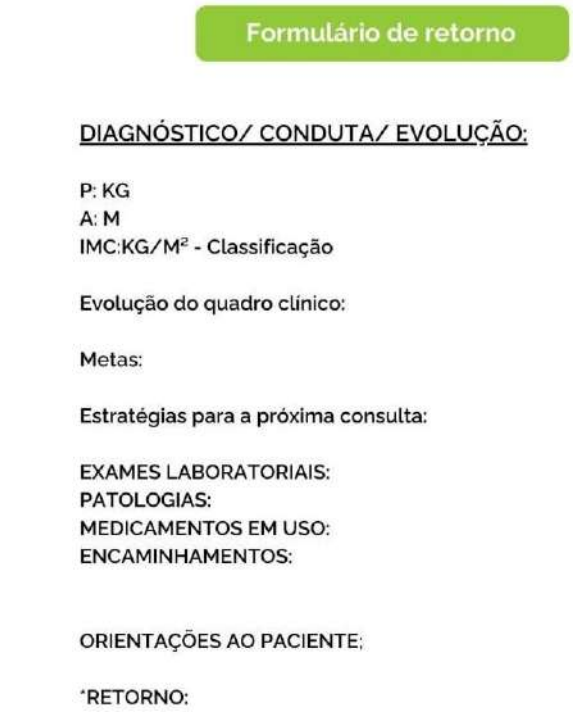
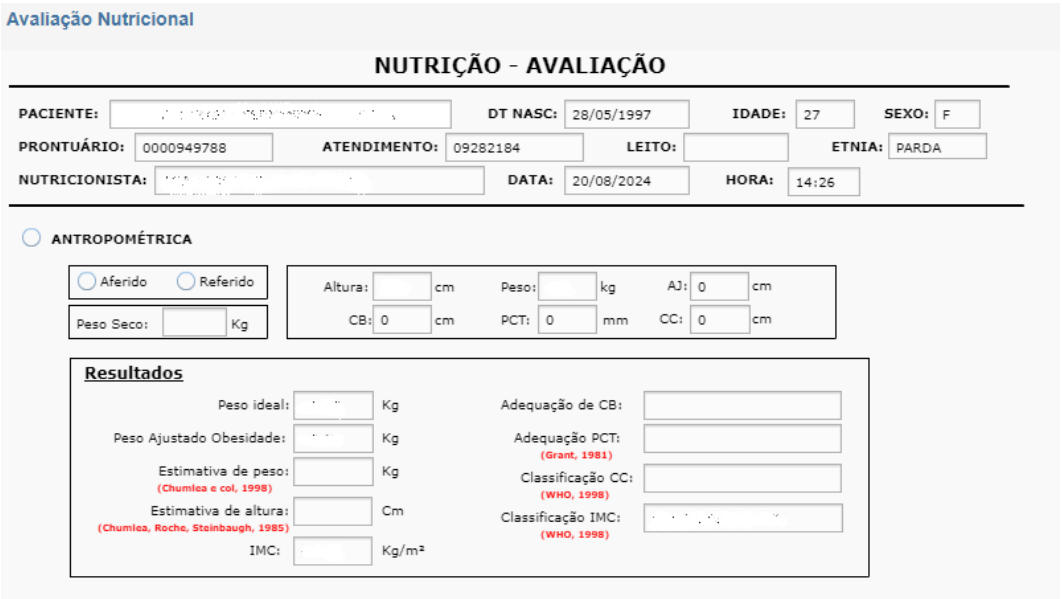


Figura 3 - Quadro de cálculo de IMC e classificação



VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos

Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

Associação Brasileira de Nutrologia.Calculadoras IMC infantil. Disponível em: ABRAN - Associação Brasileira de Nutrologia. Acesso em: 14 de agosto de 2024.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes de cada faixa de idade e sexo disponibilizadas na “Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde) MINISTÉRIO DA SAÚDE”.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);

5. Além do IMC, se necessário, outros índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças em cada faixa de idade e sexo, tanto em percentis como em escores-z através de tabelas padronizadas pela Organização Mundial de Saúde;
6. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
7. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
8. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
9. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
10. Realizar orientações nutricionais;
11. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
12. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
13. Assinar e carimbar;
14. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
15. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
16. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta;
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais

9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos; **Percentil e Score-z -** Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PLC-EF - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para gestantes;
Avaliação do **estado** nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional; Avaliação do **traçado** da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de IMC por semana gestacional;
Gráfico de IMC segundo semana de gestação e ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial através de fórmula e tabelas em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

A paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se a paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso a paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (aferição do peso e da estatura da mulher, além do cálculo da semana gestacional. Com esses dados, será determinado o estado nutricional da gestante, tendo como critério prioritário a classificação do IMC por semana gestacional estipulando o possível e adequado ganho de peso até o final da gestação);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com a paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais a paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

1.2 - Retorno

1. Realizar investigação clínica da paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta (a avaliação continuada permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início da gravidez);
4. Verificar exames bioquímicos;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

KG - Quilograma.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimento.

V. Anexos

I. Calcule o IMC da gestante:

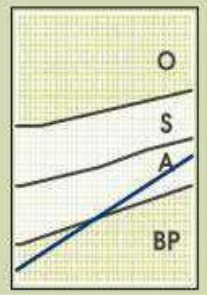
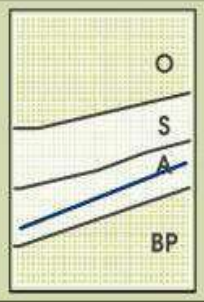
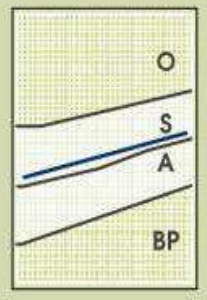
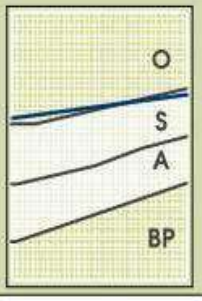
$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 19 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
7	20,0	20,1	25,0	25,1	30,1	30,2
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
9	20,2	20,3	25,1	25,2	30,2	30,3
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,3	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

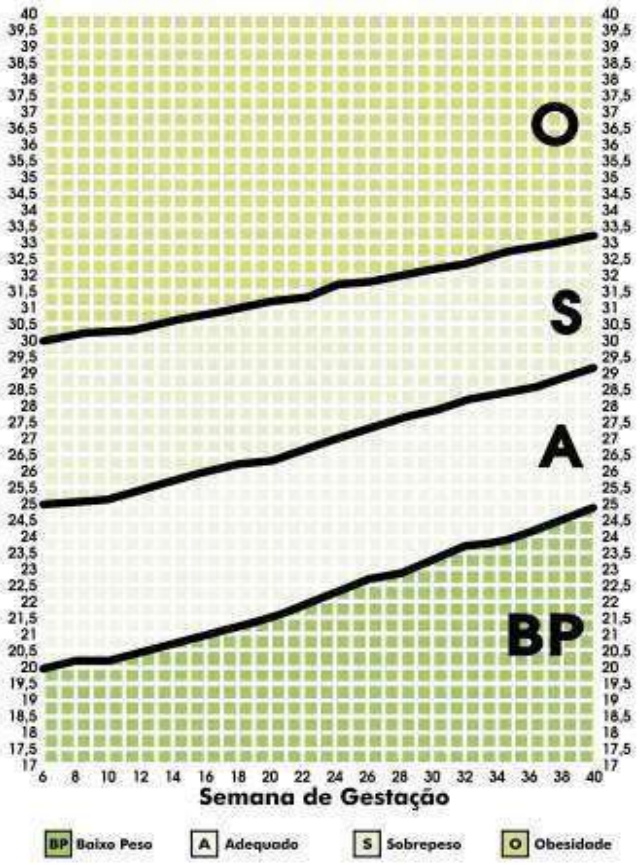
Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 1997)

Quadro 21 - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Estado Nutricional da gestante na 1ª avaliação	Inclinação da curva no Gráfico de IMC por semana gestacional	Exemplo*
Baixo Peso (BP)	A curva de ganho de peso deve apresentar inclinação ascendente maior que a da curva que delimita a parte superior da faixa de estado nutricional Baixo Peso (BP).	
Adequado (A)	A curva deve apresentar inclinação ascendente paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado (A) no gráfico.	
Sobrepeso (S)	A curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico	
Obesidade (O)	A curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).	

* Observação: As linhas em azul foram desenhadas aleatoriamente apenas para exemplificar as possíveis tendências de inclinação das curvas.

Gráfico 2 - Gráfico de Indice de Massa Corporal segundo semana de gestação



Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 2006)

Quadro 20 - Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990)
(WHO, 1995)

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para pacientes com perfil de Avaliação Global. Atendendo de forma ampliada e qualificada os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos usuários, otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; balança, preferencialmente com bioimpedância; Adipômetro Plicômetro.

III. Descrição dos passos da atividade

A Avaliação Global deve ocorrer em espaço adequado à equipe e aos usuários e acompanhantes, devendo ser acessível, possibilitando o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e espaço com iluminação, ventilação e temperaturas confortáveis. O mobiliário deve estar de acordo com a necessidade dos atendimentos realizados.

A equipe multiprofissional será composta pelas categorias profissionais/ campos do saber considerando a (s) linha (s) de cuidado e as respectivas necessidades de complexidade do usuário. Se faz necessário, ainda, que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na unidade, bem como as redes de atenção e apoio social da sua região de abrangência.

Primeira Consulta

1- Recepção do usuário na unidade;
2- Atendimento Social e Avaliação Social com o (a) Assistente Social da unidade (Ficha Social Resumida - ANEXO II);
3- Triagem com a equipe técnica de enfermagem para consulta;
4- Avaliação Global Multiprofissional e Interprofissional;
5- Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário;
6- Discussão do caso sem a presença do paciente e elaboração do Projeto Terapêutico Singular;
7- Devolutiva ao usuário e ao acompanhante;
8- Registro da Avaliação Global no Sistema (prontuário eletrônico);

IV. Siglas e Definições

IMC – Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

Percentil e Score-z – Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde.

V. Anexos

FORM.PLCGO.SS.001 FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

I. Objetivos

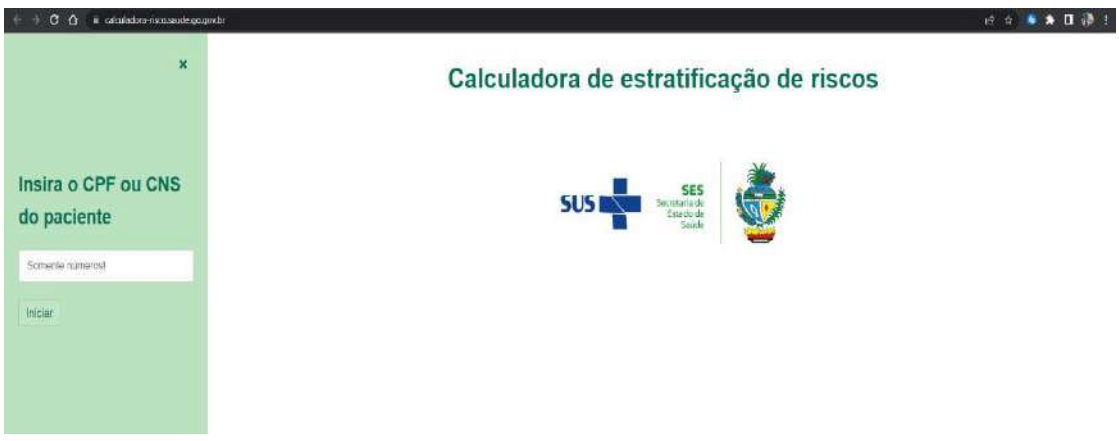
Definir o fluxo de entrada dos pacientes na Avaliação Global, com base nos critérios e protocolos clínicos para cada linha de cuidado estabelecidas como prioritárias na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, a saber: Cardiometabólica, Gestação de Alto Risco e, Bebê de Alto Risco.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Conferir a identificação do paciente;
- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento/ serviço a ser realizado;
- Verificar a real necessidade de encaminhamento de acordo com o protocolo clínico do caso do paciente a ser encaminhado para a Avaliação Global;
- Identificar o paciente cardiometabólico e/ ou com obesidade e/ ou gestante de alto risco e/ou bebê de alto risco;
- Essa identificação pode ser realizada por toda equipe multiprofissional (médicos e demais especialidades multidisciplinares) e, posteriormente encaminhado para atendimento com o Gestor do Cuidado para agendamento e orientações pertinentes a Avaliação Global;
- O responsável pela Gestão do Cuidado irá verificar se o paciente é perfil de uma das, ou de várias das linhas de cuidados da Avaliação Global através da calculadora de risco: https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/



- Se o paciente não se encaixar nas especificações o responsável pela Gestão do Cuidado realizará o atendimento e encaminhará o paciente conforme suas necessidades internas na unidade ou compartilhará o seu caso com o município de origem.
- Se o paciente tem os pré-requisitos para ser um paciente da AVALIAÇÃO GLOBAL, o responsável pela Gestão do Cuidado informará ao paciente o que é a Avaliação Global, o conceito, seu fluxo de funcionamento e os documentos necessários para o dia do atendimento.
- Após avaliação o paciente é convidado a se retirar da sala para que os profissionais vão construir um PTS – Plano terapêutico
- Após as orientações o responsável pela Gestão do Cuidado encaminhará o paciente para Avaliação Global que será agendada no sistema MV-SOUL pela equipe de recepção com data e horário a ser realizada a AVALIAÇÃO GLOBAL;
- Em uma planilha compartilhada com a recepção é colocado os dados de todos os pacientes da avaliação global com datas de início, retornos e alta da avaliação.
- O Projeto Terapêutico Singular - PTS pode ou não ser compartilhado com Município de Origem do paciente, se o PTS for compartilhado, cabe a Gestão do Cuidado compartilhar esse cuidado do paciente por meio de e-mail. Se a demanda for social, terá o suporte do Serviço Social da Policlínica para compartilhar o cuidado e garantir que esse paciente seja totalmente assistido em suas múltiplas necessidades.
- Realizar registro no prontuário eletrônico, assinar digitalmente e imprimir uma via para o paciente;
- Organizar a sala, conforme rotina.

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.
PLCGO – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Nota Técnica nº: 4/2021 - SAIS- 03083 Assunto: Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência aos usuários com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada (AE) no Estado de Goiás.

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Nota Técnica nº: 12/2021 - SAIS- 03083 ASSUNTO: Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência ao usuário com diabetes mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Nota Técnica nº: 10/2021 - SAIS- 03083 Assunto: Estratificação de risco gestacional para a organização da assistência à gestante na Atenção Primária à Saúde (APS).

I. Objetivos

A Gestão do Cuidado envolve o processo de planejar, avaliar, implantar e monitorar os direcionamentos do cuidado, diante das necessidades dos usuários elegíveis às linhas prioritárias de cuidado (Cardiometabólicos - Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade; Gestantes e Bebê de alto risco), que necessitam de tratamentos específicos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, bem como na rede socioassistencial de seu município. Tendo como objetivo assegurar uma atenção de qualidade, humanizada, com resolutividade e que atenda de forma integral o usuário, articulando para que o mesmo receba toda a assistência indicada no plano terapêutico ainda dentro da unidade, através da Avaliação Global e garantindo a continuidade do cuidado após finalização do PTS, por meio da comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Recepção de pacientes pelas especialidades médica ou não médicas com perfil de linha de cuidado	Médico do cuidado Gestão do cuidado
2	Consulta com médico do cuidado para avaliação e eleger o paciente para gestão de caso, registrando todo processo dentro do PEP/MV	Médico do Cuidado
3	Discussão de caso com equipe multiprofissional de acordo com o diagnóstico e doenças de base	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional Gestão do cuidado
4	Definição do Projeto Terapêutico por especialidades médicas e não médicas	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional Gestão do cuidado
5	Apresentação do Projeto Terapêutico ao paciente e familiares e aprovação dos mesmo em participação	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional

6	Estabelecer tempo e linha cronológica do Projeto Terapêutico	Médico do Cuidado Gestão do cuidado
7	Assegurar a assistência indicada no plano terapêutico ainda dentro da unidade ao paciente	Gestão do cuidado
8	Garantir a continuidade do cuidado após finalização do PTS, por meio da comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção.	Gestão do cuidado Assistente Social
9	Transição do Cuidado com atenção primaria e redes de atenção à saúde, para garantir a continuidade do cuidado	Médico do Cuidado Gestão do cuidado

Recomendações:

Em relação à comunicação com a RAS, cabe à Gestão do cuidado:

Realizar a comunicação com a unidade de origem do usuário, e/ou para a unidade que ele será encaminhado, caso necessário continuidade do tratamento;

Realizar a transição do cuidado de forma efetiva, compartilhando toda informação relacionada a assistência prestada ao usuário dentro da policlínica, assim como os desdobramentos do PTS, reduzindo assim a fragmentação do cuidado no momento em que o paciente é contra referenciado RAS;

Informar a RAS, no momento da alta do usuário, sobre os encaminhamentos realizados junto ao PTS, tanto nos casos de alta motivada pela finalização do tratamento, quanto nos casos de compartilhamento do cuidado, cuja alta está vinculada a continuidade do PTS em outras unidades.

IV. Siglas e Definições

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PLCGO – Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, caderno de atenção básica estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, nº 35(Link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)

Nota Técnica nº: 12/2021 - SAIS- 03083 Diabetes mellitus (DM)

Nota Técnica nº: 11/2021 - SAIS- 03083 Hipertensão Arterial Sistêmica

Nota Técnica nº: 4/2021 - SAIS- 03083 Sobrepeso e Obesidade

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos que devem ser seguidos em caso de Notificação de Violência Interpessoal e/ ou Autoprovocada na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, com o objetivo de padronizar o atendimento e notificação de caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIA+ relatadas pelos pacientes ou acompanhantes atendidos em consultas e exames realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;
- Receber a pessoa de forma acolhedora e profissional, sem alardes que possam constrangê-la.
- Priorizar o atendimento das pessoas em situação de violência, assegurando o sigilo das informações pessoais e a resolutividade.
- Preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO – SINAN.
- Prestar informações objetivas e esclarecer, com calma, as dúvidas da pessoa e de seus familiares. Evitar julgamentos e suposições, no momento do registro das informações prestadas pelas pessoas, por seus familiares e/ou acompanhantes.
- Respeitar e prestar um atendimento sem discriminação de qualquer tipo;
- Assumir uma postura humanizada ao tratar as questões referentes à orientação sexual e identidade de gênero em todas as situações, principalmente quando a pessoa em situação de violência for uma criança ou adolescente, pois ainda está em desenvolvimento; não sendo adequado fazer definições ou generalizações quanto à sexualidade.
- Buscar obter o máximo de informações sobre a ocorrência de violência de maneira cuidadosa.
- Não deixar campos em branco ou preenchidos indevidamente com o código ignorado.

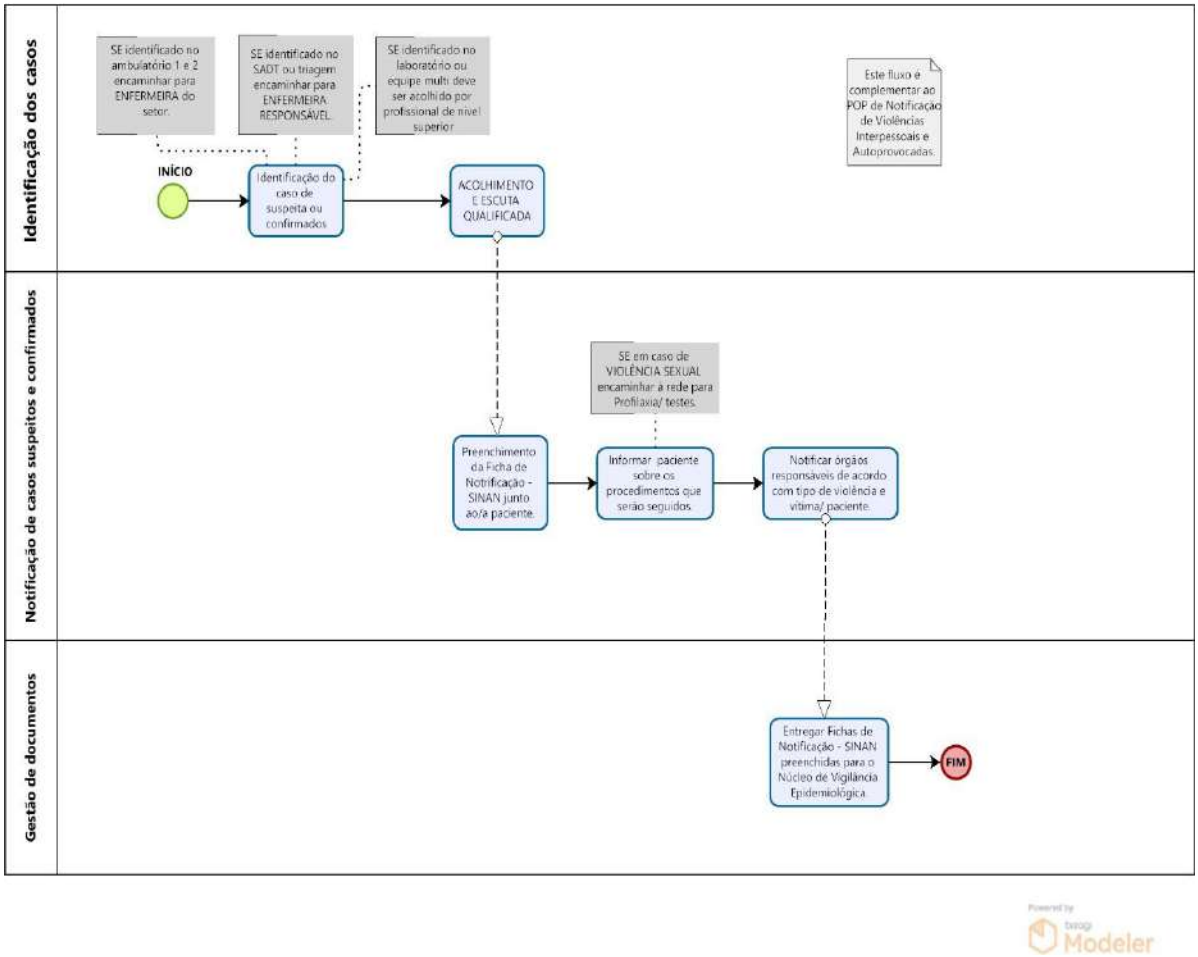
- Deixar explícito no campo das observações as informações que julgar relevantes ao processo de acompanhamento e seguimento do caso.
- Realizar os encaminhamentos necessários, partindo de fluxos e protocolos que assegurem o vínculo e a responsabilização dos demais serviços da Rede de Atenção e Proteção de Pessoas em Situação de Violência. Assim como para instituições de garantia de direitos (Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, Ministério Público, Defensoria) ou de responsabilização (Delegacias), conforme a necessidade e a especificidade de cada caso.
- Registrar em prontuário Eletrônico (MV-PEP) os encaminhamentos realizados para outros setores da saúde ou para outros serviços da Rede de Atenção e Proteção.
- Evoluir corretamente no Prontuário Eletrônico (MV-PEP).
- Encaminhar Ficha de Notificação de Violência impressa para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Ambulatorial institucional.
- O NVEA deve preencher a Ficha de Notificação de Violência disponível no Sistema MV-PEP e encaminhar fichas por e-mail do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município a qual a unidade está alocada.
- As informações pessoais contidas em documentos e prontuários são sigilosas, sendo seu acesso restrito. O acesso por terceiros só é permitido diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa ou seus responsáveis.
- Tentativa de suicídio e violência sexual são de notificação imediata (Notificação imediata é aquela realizada em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível).

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
NVEA – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
PLCGO – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto;
RAS – Rede de Atenção à Saúde;
SINAN – Sistema Nacional de Notificação.

V. Anexos

- Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada – SINAN (ACESSE AQUI)
- Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.



VI. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: 14143249-cartilha-notificacao-de-violencias-interpessoais-e-autoprovocadas.pdf (cevs.rs.gov.br) Acesso em: 26/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. – 2. ed. – Brasília: 2016. Disponível em: Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] (saude.gov.br) Acesso em: 26/09/2022.

GALVÃO, Vanessa Almira Brito de Medeiros. **O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade –** Natal-RN, 2009. Disponível em: Microsoft Word - 9 Artigo Revista Mental_13_p_149-169.doc (bvsalud.org). Acesso em: 26/09/2022.

I. Objetivos

Garantir que todas as mulheres que desejem estar acompanhadas em consultas, exames e procedimentos realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, terão esse direito. É o que garante a Lei nº 14.737, sancionada e publicada no Diário Oficial da União (DOU) desta terça-feira, 28 de novembro de 2023.

II. Materiais

Será necessário canetas, impressora, pranchetas e a impressão dos termos:

- TERMO DE INDICAÇÃO DO ACOMPANHANTE PELA UNIDADE DE SAÚDE;
- TERMO DE RECUSA DE ACOMPANHANTE MULHER;
- TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE ACOMPANHANTE.

III. Descrição dos passos da atividade

O acompanhante deverá ser realizado por pessoa maior de idade e escolhido pela paciente ou, caso ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, indicado pelo seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

- **Em caso de atendimento com sedação/ rebaixamento do nível de consciência**, e caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde deverá indicar pessoa para acompanhar a paciente, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino. A paciente poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa. **O nome escolhido deverá ficar registrado no documento gerado durante o atendimento.**
- **A eventual renúncia da paciente ao direito ao acompanhante nos atendimentos com sedação/ rebaixamento do nível de consciência deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com antecedência a qualquer uso de medicação e/ou anestesia que comprometa o nível de consciência da paciente, assinada por ela e arquivada em seu prontuário**.
- **Deverá ser mantido em local visível, aviso que informe sobre o direito ao acompanhante**.
- No caso de atendimento realizado em procedimentos como endoscopia ou colonoscopia ou outros procedimentos com restrições relacionadas à segurança ou à saúde das pacientes, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde.

- Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

Dessa forma, algumas providências deverão ser adotadas pela Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto:

1. Informar aos pacientes a respeito do direito ao acompanhante em todas as consultas, exames e procedimentos.
2. Orientar a equipe de toda a unidade a respeito do direito ao acompanhante e da obrigação de todos a respeitá-lo.
3. Registrar no prontuário da paciente, a cada consulta e/ou triagem, a presença do acompanhante (indicando seu nome completo) ou a recusa da paciente a ser acompanhada, quando ela optar por entrar desacompanhada – lembrando que em caso de atendimento com sedação, a renúncia da paciente ao direito ao acompanhante deverá ser feita por escrito, com antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário;
4. Afixar **cartaz em local visível informando sobre o direito ao acompanhante** (já elaborado pelo Setor de Comunicação.
5. **Assinar termo de renúncia e arquivar no prontuário da paciente em caso de renúncia ao direito a acompanhante em atendimentos com sedação ou rebaixamento de nível de consciência.**
6. Indicar pessoa para acompanhar a paciente, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino para acompanhar paciente em atendimentos que envolvam qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante e o **nome escolhido deverá ficar registrado no documento gerado durante o atendimento.** A paciente poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa .
7. O acompanhante deverá assinar o termo de sigilo e confidencialidade

IV. Siglas e Definições

DOU – Diário Oficial da União

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

PLCGO – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto.

V. Anexos

- TERMO DE INDICAÇÃO DO ACOMPANHANTE PELA UNIDADE DE SAÚDE;
- TERMO DE RECUSA DE ACOMPANHANTE MULHER;
- TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE ACOMPANHANTE.

VI. Referências

BRASIL. Lei nº Lei nº 14.737, de 28 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 nov. 2018.

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para as abordagens do Serviço Social junto aos pacientes, acompanhantes e familiares Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o assistente social nas abordagens de acolhimento e acompanhamento social junto aos pacientes e seus acompanhantes durante sua passagem para consultas e exames na unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

O trabalho do assistente social na saúde é pautado por alguns processos de atendimentos descritos abaixo para melhor compreender a realidade que está inserido o sujeito / paciente e identificar possíveis aspectos que comprometam sua condição de saúde/ doença, aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento proposto e demais situações que possam ir na direção contrária a garantia de direitos sociais do sujeito/ paciente. A saber:

- **Acompanhamento Social:** Procedimento técnico realizado no Serviço Social, de caráter continuado, por período de tempo determinado correlato ao tratamento dos pacientes da unidade, no qual, via de regra, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. No processo de acompanhamento podem ser realizadas várias atividades, procedimentos e técnicas a depender da complexidade da realidade social e condição de saúde do paciente.
- **Atendimento Social:** Ação socioassistencial voltada para a resolutividade das demandas dos usuários do Serviço Social. Envolve vários procedimentos e atividades do setor.
- **Busca Ativa:** Atividade realizada no âmbito do Serviço Social com o propósito de identificar potenciais usuários do setor para inseri-los na rede de atendimento sócio assistencial.
- **Demanda Social:** Manifestação de necessidades, apresentadas explicitamente pelo usuário ou identificadas pelo assistente social, que exigem intervenções de natureza socioassistencial interna ou externa à unidade onde se realiza o atendimento.

- **Encaminhamento Social:** Procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços na unidade onde se realiza o atendimento ou junto aos órgãos competentes pela satisfação das necessidades do paciente. Os encaminhamentos devem ser feitos para rede de apoio socioassistencial quando houver alguma necessidade de proteção, prevenção de riscos sociais e quando houver situações de violações de direito sociais individuais ou coletivos, a saber:
    a) Mulheres vítimas de violência devem ser encaminhadas ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    b) Crianças e adolescentes em situação de violação de direitos devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar (CT) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    c) Indíviduos em situação de risco social devem ser encaminhados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
    d) Situações de violação aos direitos humanos podem ser notificadas através do telefone 180.
    e) Situações não previstas neste item devem ser articuladas com Assistente Social RT e com a rede de proteção da municipalidade do paciente/ usuário.
- **Entrevista Social:** Técnica utilizada no Serviço Social junto aos pacientes da unidade para levantamento e registro de informações que possibilitem o reconhecimento de suas demandas sociais, vulnerabilidades, contexto familiar e comunitário. Objetivando compor o histórico de vida do paciente e orientar o profissional na definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados durante seu acompanhamento social.
- **Orientação Social:** Atividade de repasse de informações que auxilie o paciente ou seu acompanhante a acessar a rede de atendimento das políticas públicas para a satisfação das suas demandas sociais.
- **Violação de Direitos:** Atentado aos direitos do cidadão, por ação ou omissão, que infrinja norma ou disposição legal, ou contratual, podendo se dar através de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão.
- **Violência Doméstica:** Todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis, contra criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, ou por um cônjuge contra o outro, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima.
- **Vulnerabilidade Social:** Pacientes e acompanhantes com relatos que apontam indícios de contexto individual ou familiar de situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, insegurança alimentar, fragilização de vínculos familiares e comunitários em decorrência das discriminações etárias, étnicas, de

gênero, por deficiência, intolerância religiosa, orientação sexual e discriminações correlatas; e pacientes com vínculos familiares rompidos e sem rede de apoio cuja condição de saúde aguda ou crônica aponte para as necessidades de acompanhamento prolongado e cuidado compartilhado.

-

DOS PROCEDIMENTOS:

- Identificar-se com nome e profissão;
- Dar as boas-vindas aos pacientes e acompanhantes;
- Contextualizar a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e pontuar as especialidades médicas, os exames disponíveis e o seu papel na assistência à saúde junto às Unidades Básicas de Saúde das microrregiões atendidas e seu suporte fundamental junto à atenção terciária;
- Explicar o passo a passo de como a população pode acessar os serviços da Policlínica a partir das Unidades Básicas de Saúde de referência domiciliar da/o paciente. A saber:
  O acesso se dá através do atendimento inicial em uma Unidade Básica de Saúde no território do paciente, onde será apresentado ao médico da unidade suas queixas e posteriormente, caso necessário referenciado para especialidade médica compatível à sua necessidade. Com isso, o paciente deve procurar a Central de Regulação do seu município para regular via Sistema Estadual de Regulação o seu pedido, aguardando assim a vaga ser disponibilizada na rede de atenção à saúde.
- Estimular pacientes e seus acompanhantes a buscarem, em caso de necessidade, os serviços de saúde disponíveis na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a partir de encaminhamentos da atenção básica;
- Estimular pacientes e acompanhantes a se reconhecerem como sujeitos de direitos conscientizando-os sobre os Direitos e Deveres dos Pacientes;

DIREITOS	DEVERES
Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os colaboradores, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação;	Respeitar o direito dos demais pacientes, colaboradores e prestadores de serviço da unidade, que deverão ser tratados com cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes; utilizando-se do canal de comunicação disponível (ouvidoria) para exercer o seu direito de apresentar reclamações.

Ser identificado pelo seu nome e sobrenome ou nome social e não pelo nome de sua doença, número ou qualquer outra forma;	Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio da instituição colocado a sua disposição;
Ter seus valores e crenças respeitados dentro dos preceitos legais	Portar todos os documentos necessários para autorização da consulta e ou exame e ou procedimento.
Poder identificar as pessoas responsáveis por cada serviço, por meio de uniformes, crachás legíveis, posicionados em lugar de fácil visualização, com fotografia, nome e função.	Respeitar as normas e diretrizes institucionais.
Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, assegurada em qualquer momento do atendimento.	Estar acompanhado de uma pessoa acima de 18 anos e menor de 60 quando solicitado.
Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações através da garantia do sigilo ético profissional dos colaboradores da unidade.	Expressar se entendeu as informações recebidas e fazer perguntas em caso de dúvidas.
Receber informações nítidas e objetivas a respeito de sua doença ou proposta diagnóstica do tratamento.	Zelar pela sua saúde. Observar todas as recomendações e instruções que lhe foram transmitidas pelos profissionais que lhe prestaram ou que estão prestando atendimento, assumindo as consequências da não observação de tais instruções.
Ser orientado sobre os riscos, benefícios e alternativas dos tratamentos e procedimentos que será submetido.	Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias e outras condições de saúde.
Ter acesso a cópia do prontuário de acordo com as normas da instituição podendo consulta-lo a qualquer momento, mesmo após o seu arquivamento pelo prazo estipulado em lei.	Deixar seus pertences com pessoas de sua confiança, sendo vedado a qualquer profissional da instituição a guarda de tais itens.
Solicitar esclarecimento sobre qualquer documento e ou formulário que lhe for solicitado assinatura.	Respeitar a proibição de não fumar nas dependências da unidade.
Ser orientado, informado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu autocuidado na continuidade do tratamento em domicílio.	Respeitar a proibição de não se alimentar nos ambulatórios.
Consentir ou recusa, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação sobre procedimentos, diagnósticos, planos terapêuticos e avaliações clínicas realizadas.	Tratando-se de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente acima relacionado deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.
Receber o adequado tratamento para minimizar o sofrimento de acordo com as possibilidades disponíveis.	
Receber, quando solicitado, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que lhe serão administrados, sua origem e prazo de validade.	

Ter acesso ao setor de Ouvidoria para apresentar sugestões, elogios e reclamações, sendo respeitado sua privacidade, o sigilo e caráter confidencial. Receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

- Estimular pacientes e acompanhantes a avaliarem a qualidade do atendimento prestado na Policlínica participando da Pesquisa de Satisfação do Paciente disponível nas Recepções da Instituição - ressaltando que a avaliação é fundamental no aprimoramento dos serviços públicos, fortalece o controle social democrático e que não acarreta represálias;
- Convidar a/o paciente de primeiro atendimento para participar da Entrevista Social, explicando o objetivo da entrevista e o seu papel no mapeamento de como os determinantes sociais da saúde influenciam e/ou condicionam no seu processo de saúde-doença (deixando claro a não obrigatoriedade da participação);
- Em caso de violação de direitos ou diante de contextos de vulnerabilidade social a/o assistente social deverá prestar orientações de como o paciente e/ou seu acompanhante devem proceder para reclamarem seus direitos junto aos órgãos e instituições competentes;
- Ainda em caso de violação de direitos e/ou diante de contextos de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar os encaminhamentos possíveis e cabíveis junto aos órgãos e instituições competentes mediante recursos disponíveis via contatos telefônicos e/ou virtuais (e-mail institucional). Junto aos pacientes de atendimento recorrente (atendimentos de retorno), em se tratando daqueles em situação de violação de direitos ou de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar acompanhamento social mediante entrevista breve e escuta ativa no intuito de verificar se houve alteração na realidade social do paciente e, em sendo necessário, prestar-lhe novas orientações e realizar novos encaminhamentos no intuito de atender suas demandas sociais;
- Registrar a abordagem social no sistema no intuito de alimentar o prontuário social do paciente e, na medida do possível, nos instrumentais técnicos de sistematização da prática profissional do Serviço Social.
- Em caso de Avaliação Global o paciente deverá chegar a unidade na data e hora agendada, ser recepcionado na recepção de cadastro, passar por acolhimento/ triagem, posteriormente deve, antes do início da Avaliação Global, passar por atendimento com o Serviço Social no intuito de conhecer os aspectos sociais que estão intrínsecos ao processo de saúde/ doença do paciente, de modo a garantir maior efetividade e adesão do tratamento que será proposto pelos demais membros da equipe multiprofissional;

- Ainda sobre a Avaliação Global, o/a Assistente Social deve preencher documento de entrevista social e entregar ao paciente com as informações necessárias que podem auxiliar ou comprometer o plano terapêutico proposto na Avaliação Global (documento em anexo);
- **As informações devem estar explicitamente registradas em prontuário eletrônico do paciente, zelando pelo sigilo profissional quanto as informações prestadas e considerando a importância do preenchimento do documento de "ANAMNESE SOCIAL" no MV PEP.**

IV. Siglas e Definições

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.
ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
APS: Atenção Primária em Saúde.
BPC: Benefício de Prestação Continuada.
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
CEO: Centro Especializado de Odontologia.
CER: Centro Especializado em Reabilitação.
CP – Cuidados Paliativos.
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social.
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.
DSS – Determinantes Sociais da Saúde.
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990).
ESF – Estratégia Saúde da Família.
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.
LEP – Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/1984).
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.
PAEFI – Serviço de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos.
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (2014).
PNH – Política Nacional de Humanização do SUS.
PTS – Projeto Terapêutico Singular.
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993).

LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990).

RAS – Rede de Atenção à Saúde.

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

SAE – Serviço de Assistência Especializada.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SCFV – Serviço de Fortalecimento de Vínculo.

SGQ – Setor de Gestão da Qualidade.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UESF – Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

V. Anexos

POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO			
Título: AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA – AVALIAÇÃO GLOBAL			
Responsável: André Nunes dos Santos	**Código**: FOR.SSO.001	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

PACIENTE:	DN:
ENDEREÇO:	

OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS
Informações importantes sobre o contexto familiar, social, cultural e econômico do usuário.

_____, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura e carimbo

Proibido Reproduzir	Página 1 de 1

VI. Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da Assistência Social**: ASCOM, 2007. 132 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: L7210 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: L8069 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: L8662 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: L8742 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: L10741 (planalto.gov.br) Acesso em 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: L13146 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Código de Ética Profissional dos assistentes sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CFESS. Orientação Normativa 04/2020, de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre o sigilo profissional e a participação de assistente social como testemunha ou perito/a em processos que envolvam usuário/a. Disponível em: Microsoft Word - Orientação normativa 4.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.
Disponível em: Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Disponível em: Microsoft Word - RESOLUCAO 383-99.doc (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Disponível em: Microsoft Word - Resolução 533.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 443, de 23 de maio de 2003. Institui procedimentos para a realização de desagravo público e regulamenta a alínea “E” do artigo 2º do Código de Ética do assistente social / altera e revoga a resolução CFESS nº 294, de 04 de junho de 1994. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 . Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 556, de 15 de setembro de 2009. Procedimentos para efeito da lacração do material técnico e material técnico sigiloso do Serviço Social. Disponível em: Resolucao_CFESS_556-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: Resolucao_CFESS_557-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

I. Objetivos

- Assegurar uma abordagem holística e individualizada para cada paciente.
- Facilitar a comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde envolvidos no atendimento.
- Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado durante a transição entre os diferentes níveis de atendimento.
- Apoiar a integração da rede de apoio necessária ao paciente.

II. Materiais

1. **Formulários de Avaliação Inicial do Paciente**
    - Dados pessoais
    - Histórico médico
    - Necessidades específicas
2. **Protocolos de Atendimento**
    - Diretrizes para cada profissional envolvido
    - Procedimentos padrão para recepção e transição de cuidado
3. **Ferramentas de Comunicação**
    - Plataformas de comunicação entre equipes
    - Relatórios de progresso e de casos
4. **Documentos de Coordenação do Cuidado**
    - Planos de cuidado individuais
    - Registros de coordenação entre profissionais
5. **Material Educativo para o Paciente e Familiares**
    - Informações sobre o processo de atendimento
    - Recursos e serviços de apoio disponíveis

III. Abrangência

O PRS abrange todas as etapas do atendimento ao paciente de alto extermínio, incluindo:

1. **Recepção do Paciente**
    - Registro inicial e acolhimento
    - Identificação das necessidades imediatas
2. **Avaliação e Planejamento**
    - Avaliação feita pelos profissionais envolvidos (enfermeiro, psicólogo, assistente social)

- Elaboração do plano de cuidado individualizado

3. **Execução do Plano de Cuidado**
    - Implementação das intervenções planejadas
    - Monitoramento e ajustes conforme necessário
4. **Transição do Cuidado/ Compartilhar o cuidado**
    - Coordenação entre profissionais durante a transição
    - Garantia de continuidade e integração do cuidado
5. **Follow-up e Avaliação final**
    - Avaliação dos resultados do plano de cuidado
    - Planejamento de acompanhamento e recursos de suporte
    - Contra referenciar o cuidado com a Unidade Básica de Saúde do paciente.

IV. Descrição dos passos da atividade

Recepção

- **Registro do Paciente:** O paciente é registrado e uma triagem inicial é realizada pela equipe de recepção para identificar necessidades urgentes.
- **Coleta de Informações:** Informações básicas e médicas são coletadas e compartilhadas com a equipe multidisciplinar.

Avaliação

- **Enfermeiro:** Realiza uma avaliação clínica inicial, incluindo histórico médico e estado atual.
- **Psicólogo:** Avalia o estado emocional e psicológico do paciente.
- **Assistente Social:** Identifica necessidades sociais e de suporte, incluindo rede de apoio e recursos comunitários.

Planejamento

- **Equipe Multidisciplinar:** Reúne-se para discutir o plano de cuidado, definir metas e intervenções específicas para o paciente.
- **Gestor do Cuidado:** Coordena a elaboração do plano e garante a alocação adequada de recursos.

Implementação

- **Enfermeiro:** Administra cuidados clínicos e monitora a resposta do paciente.

- **Psicólogo:** Fornece apoio psicológico e intervém conforme necessário.
- **Assistente Social:** Facilita o acesso a recursos e serviços de apoio e coordena com a rede de suporte.

Transição de Cuidado

- **Coordenação:** O gestor do cuidado coordena a transição entre diferentes níveis de atendimento ou serviços, garantindo que todas as informações relevantes sejam compartilhadas.
- **Orientação ao Paciente e Família:** Fornece informações sobre a continuidade do cuidado e os próximos passos.

Follow-up

- **Avaliação Final:** A equipe realiza uma avaliação final para medir a eficácia do plano de cuidado.
- **Ajustes e Recursos:** Identifica necessidades adicionais e ajusta o plano conforme necessário.

V. Siglas e Definições

PRS: Plano de Referência de Serviços;

Atendimento de Alto Extermínio: Atendimento que envolve múltiplos profissionais e níveis de cuidado para atender necessidades complexas do paciente;

Gestor do Cuidado: Profissional responsável pela coordenação e supervisão do plano de cuidado do paciente.

Rede de Apoio: Conjunto de recursos e serviços que fornecem suporte ao paciente, incluindo familiares, amigos e serviços comunitários.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

"Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)," Brasil, 2022.

“Diretrizes da ANVISA para Atendimento de Saúde," Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023.

"Material Educacional sobre Atendimento Psicossocial," Associação Brasileira de Psicologia, 2023.

"Diretrizes de Atenção Integral à Saúde do Paciente," Organização Mundial da Saúde (OMS), 2023.

"Protocolos de Cuidado e Integração de Serviços de Saúde," Ministério da Saúde, 2024.

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo a comunicação de valores críticos e situações de alerta aos médicos resultantes dos exames. O conceito de valor crítico é de um resultado que comunicado pode definir uma conduta médica que garanta a vida do paciente, bem como, indicar os valores críticos de resultados de exames que devem ser comunicados imediatamente ao médico responsável.

II. Materiais

Papel sulfite
Impressora

III. Abrangência

Biomédicos, radiologistas, gestor do cuidado, médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Sempre que ocorrer um resultado crítico, este deve ser comunicado imediatamente ao gestor do cuidado que terá acesso aos médicos responsáveis, ou na sua ausência, a comunicação pode ser feita a equipe de enfermagem.
- Esta comunicação deve ser registrada via e-mail com resultado crítico em anexo se encaminhadas pelo laboratório de análises clínicas ou pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT (andrenunes@hmtjgo.org.br)
- Se encaminhadas pelos médicos à gestão do cuidado, esta comunicação deve ser registrada no receituário simples em prontuário eletrônico (MVPEP) e o paciente direcionado à recepção da equipe multiprofissional;
- Se os resultados críticos forem encaminhados pelo laboratório de análises clínicas à gestão do cuidado, os mesmos passarão pela avaliação do médico do cuidado (clínico geral) que fará a análise e definirá a conduta que deve ser tomada.
- Condutas que podem variar de acordo com a necessidade estabelecido pelo médico do cuidado: adiantamento de consulta médica de retorno, encaminhamento para especialidade pertinente com maior agilidade e urgência, repetição do exame e outros;
- Se encaminhados pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT à gestão do cuidado, o paciente, cuja sua entrada na unidade tenha sido unicamente para realização de exame/ externo, o mesmo deve ser direcionado ao médico do cuidado (clínico geral) para avaliação e conduta. Em caso de paciente

interno, com médico especialista solicitante do exame, o retorno deve ser agendado dentro do prazo de 7 dias úteis ou em próxima data de agenda do médico solicitante.

- De acordo com as condutas médicas estabelecidas para o paciente, a depender da gravidade, em caso de encaminhamento para outra unidade externa, da atenção terciária, o caso será direcionado, através do receituário simples no prontuário eletrônico à gestão do cuidado para acompanhamento e compartilhamento do caso com o município de origem (ver POP de compartilhamento de caso com a Rede de Atenção à Saúde).

V. Siglas e Definições

RESULTADOS CRÍTICOS: Entende-se por resultados críticos todos que são potencialmente fatais ou incompatíveis com a vida. (GONG & ADELI, 2009). Uma vez que são resultados que geram ações médicas imediatas, uma comunicação oportuna, precisa, completa e inequívoca desses valores críticos é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir os efeitos adversos causados por atrasos no tratamento (LLOPIS DÍAZ et al., 2010). O médico que será notificado desses valores críticos tem a responsabilidade de interpretar o resultado relacionando com a clínica do paciente e tomar a conduta necessária. Caso a pessoa notificada não esteja qualificada para tomar decisões clínicas, esta tem a obrigação de repassar a informação imediatamente a uma pessoa qualificada.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

BRASIL, Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Acesso: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n 2014-de-17-- Fevereiro-2016.pdf.

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

Nome do Paciente			**Atendimento**	☐ **Consulta** ☐ **Exame** ☐ **Procedimento**	
Prontuário					
Data de Nascimento		**Idade**			
Nome da Mãe					
Observação	Em caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher com os dados do Representante Legal.				

REPRESENTANTE LEGAL	
Nome	
Data de Nascimento	Termo de renúncia ao direito a acompanhante – Lei 14.737/2023
Doc. De Identificação ou CPF	
Grau de Parentesco	

DECLARAÇÃO DO PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

DECLARO que fui devidamente informada que de acordo com a Lei 14.737/2023, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, durante todo o período do atendimento.

ESTOU CIENTE de que os atendimentos realizados em procedimentos de endoscopia e colonoscopia ou salas com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde.

Manifesto por minha livre e espontânea vontade a renúncia ao direito ao acompanhante durante o atendimento realizado na unidade.

Motivo da renúncia: _____

Goiás, _____de _____de _____.

_____

Nome do paciente

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (EM CASO DE RECUSA EM ASSISNAR OS TERMOS)

Nome:_____ Nome:_____

CPF: _____._____._____-_____ CPF: _____._____._____-_____

REPRESENTANTE LEGAL	
Nome do Acompanhante	
Doc. De Identificação ou CPF	Declaração de sigilo e confidencialidade de acompanhante
Nome da Paciente:	

DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente termo, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações a que tiver acesso nas dependências da unidade, bem como de cumprir as normas de conduta, sob minha total e absoluta responsabilidade, comprometendo-me:

I - A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;

II - A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação a que tiver acesso;

III - a não filmar ou fotografar pacientes e/ou funcionários.

IV - a não repassar o conhecimento das informações confidenciais e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações;

V - A seguir as regras de conduta estabelecidas pela unidade, em especial:

a) não permanecer nas dependências da unidade fora dos locais e horários previamente autorizados;
b) portar identificação de acompanhante.
c) trajar sapato fechado, cabelos presos durante toda a permanência na unidade;
d) não fazer qualquer tipo de alimentação nas áreas de assistência (consultórios, exames, sala de procedimentos e, etc.)
e) a unidade não se responsabilizará por objetos pessoais esquecidos ou mantidos em suas dependências;

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Normas de Conduta, fica o abaixo assinado ciente de que poderão ser adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis. E, por estar ciente e de acordo, o presente Termo é assinado em (02) duas vias, sem rasuras e sem ressalvas.

Goiás, _____de _____de _____.

_____

Nome do paciente

_____._____._____-_____

CPF:

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
Título: Indicação do acompanhante pela unidade de saúde – Lei 14.737/2023	

Nome do Paciente				**Atendimento**	☐ **Consulta** ☐ **Exame** ☐ **Procedimento**
Prontuário					
Data de Nascimento		**Idade**			
Nome da Mãe					
Observação	Em caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher com os dados do Representante Legal.				

REPRESENTANTE LEGAL	
Nome	Indicação do acompanhante pela unidade de saúde – Lei 14.737/2023
Data de Nascimento	
Doc. De Identificação ou CPF	
Grau de Parentesco	

DECLARAÇÃO DO PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

DECLARO que fui devidamente informada que de acordo com a Lei 14.737/2023, toda mulher tem o direito de se fazer acompanhar por pessoa maior de idade, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, durante todo o período do atendimento.

CONSIDERANDO que o atendimento envolve sedação e/ou rebaixamento do nível de consciência.

CONSIDERANDO que não foi, por mim, indicado acompanhante.

Indicação do acompanhante abaixo pela unidade de saúde para acompanhamento durante o procedimento:

ACOMPANHANTE INDICADO PELA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome	
Doc. De Identificação ou CPF	

Eu, na qualidade de ( ) paciente ( ) representante legal, manifesto por minha livre e espontânea vontade minha:

( ) concordância com o nome indicado pela unidade de saúde para acompanhamento durante o atendimento realizado na unidade

( ) recusa da indicação e solicito a indicação de outra pessoa para acompanhamento durante o atendimento realizado na unidade.

Motivo da recusa: _____

Goiás, _____de _____de _____.

_____

Nome do paciente

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (EM CASO DE RECUSA EM ASSISNAR OS TERMOS)

Nome:_____ Nome:_____

CPF: _____._____._____-_____ CPF: _____._____._____-_____

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para pacientes com perfil de Avaliação Global. Atendendo de forma ampliada e qualificada os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos usuários, otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MVPEP
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Calculadora de IMC

III. Descrição dos passos da atividade

A Avaliação Global deve ocorrer em espaço adequado à equipe e aos usuários e acompanhantes, devendo ser acessível, possibilitando o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e espaço com iluminação, ventilação e temperaturas confortáveis. O mobiliário deve estar de acordo com a necessidade dos atendimentos realizados.
A equipe multiprofissional será composta pelas categorias profissionais/ campos do saber considerando a (s) linha (s) de cuidado e as respectivas necessidades de complexidade do usuário. Se faz necessário, ainda, que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na unidade, bem como as redes de atenção e apoio social da sua região de abrangência.

Primeira Consulta

1- Recepção do usuário na unidade;
2- Atendimento Social e Avaliação Social com o (a) Assistente Social da unidade (Ficha Social Resumida - ANEXO II);
3- Triagem com a equipe técnica de enfermagem para consulta;
4- Avaliação Global Multiprofissional e Interprofissional;
5- Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário (roteiro em anexo);
6- Discussão do caso sem a presença do paciente e elaboração do Projeto Terapêutico Singular;

7- Devolutiva ao usuário e ao acompanhante;

8- Registro da Avaliação Global no Sistema (prontuário eletrônico);

IV. Siglas e Definições

IMC – Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

Percentil e Score-z – Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde.

V. Anexos

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO GLOBAL EQUIPE MULTI - NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

1. Quais patologias crônicas o paciente possui?

_____
_____
_____
_____
_____

2. Possui condições básicas para manter uma alimentação equilibrada?

_____
_____
_____
_____
_____

3. Qual a frequência de consumo de hortifrutis?

_____
_____
_____
_____
_____

4. Altura e último peso?

_____
_____
_____
_____
_____

5. Possui alguma intolerância ou alergia alimentar diagnosticada?

_____
_____
_____
_____
_____

- OBSERVAÇÕES

_____
_____
_____
_____

FROM.PLC GO.SS.001 FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

I. Objetivos

Realizar Seguimento Individual – Evolução do Paciente. O seguimento individual é o aprofundamento do caso clínico do paciente e o levantamento dos registros da consulta de retorno. Busca-se avaliar se houve mudanças com as intervenções farmacêuticas, no comportamento e adesão ao tratamento, alterações na farmacoterapia e nos achados clínicos e se tais itens auxiliaram para o alcance das metas terapêuticas do paciente e ainda, avaliar individualmente o resultado e o progresso obtido pelo paciente conforme acompanhamento farmacêutico.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;
- Realizar o levantamento de dados referentes a mudanças no comportamento e adesão ao tratamento, alterações nas farmacoterapias, resultados de novos exames realizados e novas consultas com outros profissionais de saúde realizadas.
- Realizar o levantamento das metas terapêuticas definidas e das alcançadas.
- Realizar uma avaliação criteriosa.
- As hipóteses, sugestões e avaliações pertinentes realizadas pelo farmacêutico poderão ser registradas em folha separada, simples e em branco, que posteriormente deverão ser anexadas aos registros dos pacientes para arquivamento.
- Avaliar se os resultados gerados nesta etapa colaboram para a adoção correta das medidas terapêuticas definidas para o paciente ou se necessitam de mudanças de novas metas terapêuticas.
- Definir a periodicidade das consultas conforme progresso clínico avaliado para o paciente.
- A avaliação e tomadas de decisões acerca do caso clínico poderá ser feita de forma individual pelo farmacêutico, ou por meio de reuniões programadas e discussão clínica entre outros profissionais de saúde da equipe.
- Registrar o resultado e o progresso obtido pelo paciente conforme acompanhamento farmacêutico, no sistema MV PEP.

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria/GM nº 9712 de 03 de maio de 2006 – POLÍTICA Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 308 p.: il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2)

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos que devem ser seguidos para os atendimentos relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) oferecidas pela equipe multiprofissional na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa. Com o objetivo de padronizar o fluxo assistencial para atendimento aos pacientes elegíveis às diversas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) oferecidas pela equipe multiprofissional da Unidade da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe. Sementes e metais para auriculoterapia; caneta específica para auriculoterapia; algodão, álcool 70%; óleos essenciais, difusor de aroma, moxa, caixa som com acesso remoto e demais materiais que possam se fazer necessário para a realização das PICS.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;
- Todos os atendimentos realizados de PICS devem ser devidamente registrados em Prontuário Eletrônico do Paciente e prescritos, a cada sessão, para fins de faturamento e série histórica dos procedimentos.
- Cada paciente deve iniciar o tratamento por meio das PICS, preferencialmente, por uma prática por vez, possibilitando a rotatividade dos pacientes e a disponibilidade de vagas. Casos excepcionais serão discutidos pela gestão da equipe multiprofissional.
- Quanto à duração do tratamento, fica padronizado para as PICS:
    - ACUPUNTURA, ACUPUNTURA AURICULAR CHINESA, IMPOSIÇÃO DE MÃOS (REIKI), CROMOTERAPIA, AROMATERAPIA, VENTOSA/MOXA: máximo de 8 (oito) sessões semanais, com reavaliação e alta do paciente, podendo ou não encaminhar para outra PICS oferecida no serviço;
    - TERAPIA FLORAL, sem limite máximo de atendimentos, desde que observados os critérios derotatividade e a promoção do autocuidado e autoresponsabilização por sua saúde;

- Caso necessário, o paciente será encaminhado para realizar outro tipo de PICS ou então, receber assistência de outro profissional da equipe multiprofissional ou médica da unidade.

- As demais práticas que futuramente venham a compor o rol de atendimentos das PICS serão padronizadas de acordo com as suas características.
  Observação: completado o número padronizado de sessões, o profissional avaliará a necessidadede continuidade e será possível prorrogar o atendimento na mesma PICS, desde que devidamente justificado em prontuário e não ultrapassando o número máximo de sessões padronizado para a prática.
- Após concluído o número de sessões padronizadas para cada PICS, o paciente que, após reavaliação do profissional, encontrar-se em condição melhoradaem relação a que motivou a busca do serviço, receberá ALTA da PICS e será contabilizado nas estatísticas como ALTA MELHORADA.
- O paciente poderá, mediante avaliação do profissional, ser encaminhado a outra PICS ou especialidade multiprofissional.
- Pacientes que apresentarem 3 (três) faltas consecutivas, sem justificativa, serão automaticamente desligados, retornando para o final da lista de espera, entrando nas estatísticas do serviço como ALTA POR DESISTÊNCIA.

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
PICS – Práticas Integrativas e Complementarem em Saúde
PLCGO – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto;
RAS – Rede de Atenção à Saúde.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria/GM nº 9712 de 03 de maio de 2006 – POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPICS (disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA No 849, de 27 de março de 2017 (disponível em portaria 849PNPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA No- 633, DE 28 DE MARÇO DE 2017 (disponível em portaria 633PNIPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 145, DE 11 DE JANEIRO DE 2017 (disponível em portaria 145PNPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA N° 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018 (disponível em Portaria 7022018 PNPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 1.988, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018 (disponível em portaria1988-1.pdf (cosemsrn.org.br).

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para as abordagens do Serviço Social junto aos pacientes, acompanhantes e familiares na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o assistente social nas abordagens de acolhimento e acompanhamento social junto aos pacientes e seus acompanhantes durante sua passagem para consultas e exames na unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

O trabalho do assistente social na saúde é pautado por alguns processos de atendimentos descritos abaixo para melhor compreender a realidade que está inserido o sujeito / paciente e identificar possíveis aspectos que comprometam sua condição de saúde/ doença, aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento proposto e demais situações que possam ir na direção contrária a garantia de direitos sociais do sujeito/ paciente. A saber:

- **Acompanhamento Social:** Procedimento técnico realizado no Serviço Social, de caráter continuado, por período de tempo determinado correlato ao tratamento dos pacientes da unidade, no qual, via de regra, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. No processo de acompanhamento podem ser realizadas várias atividades, procedimentos e técnicas a depender da complexidade da realidade social e condição de saúde do paciente.
- **Atendimento Social:** Ação socioassistencial voltada para a resolutividade das demandas dos usuários do Serviço Social. Envolve vários procedimentos e atividades do setor.
- **Busca Ativa:** Atividade realizada no âmbito do Serviço Social com o propósito de identificar potenciais usuários do setor para inseri-los na rede de atendimento sócio assistencial.
- **Demanda Social:** Manifestação de necessidades, apresentadas explicitamente pelo usuário ou identificadas pelo assistente social, que exigem intervenções de natureza socioassistencial interna ou externa à unidade onde se realiza o atendimento.

- **Encaminhamento Social:** Procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços na unidade onde se realiza o atendimento ou junto aos órgãos competentes pela satisfação das necessidades do paciente. Os encaminhamentos devem ser feitos para rede de apoio socioassistencial quando houver alguma necessidade de proteção, prevenção de riscos sociais e quando houver situações de violações de direito sociais individuais ou coletivos, a saber:
    a) Mulheres vítimas de violência devem ser encaminhadas ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    b) Crianças e adolescentes em situação de violação de direitos devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar (CT) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    c) Indíviduos em situação de risco social devem ser encaminhados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
    d) Situações de violação aos direitos humanos podem ser notificadas através do telefone 180.
    e) Situações não previstas neste item devem ser articuladas com Assistente Social RT e com a rede de proteção da municipalidade do paciente/ usuário.
- **Entrevista Social:** Técnica utilizada no Serviço Social junto aos pacientes da unidade para levantamento e registro de informações que possibilitem o reconhecimento de suas demandas sociais, vulnerabilidades, contexto familiar e comunitário. Objetivando compor o histórico de vida do paciente e orientar o profissional na definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados durante seu acompanhamento social.
- **Orientação Social:** Atividade de repasse de informações que auxilie o paciente ou seu acompanhante a acessar a rede de atendimento das políticas públicas para a satisfação das suas demandas sociais.
- **Violação de Direitos:** Atentado aos direitos do cidadão, por ação ou omissão, que infrinja norma ou disposição legal, ou contratual, podendo se dar através de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão.
- **Violência Doméstica:** Todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis, contra criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, ou por um cônjuge contra o outro, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima.
- **Vulnerabilidade Social:** Pacientes e acompanhantes com relatos que apontam indícios de contexto individual ou familiar de situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, insegurança alimentar, fragilização de vínculos familiares e comunitários em decorrência das discriminações etárias, étnicas, de

gênero, por deficiência, intolerância religiosa, orientação sexual e discriminações correlatas; e pacientes com vínculos familiares rompidos e sem rede de apoio cuja condição de saúde aguda ou crônica aponte para as necessidades de acompanhamento prolongado e cuidado compartilhado.

DOS PROCEDIMENTOS:

- Identificar-se com nome e profissão;
- Dar as boas-vindas aos pacientes e acompanhantes;
- Contextualizar a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e pontuar as especialidades médicas, os exames disponíveis e o seu papel na assistência à saúde junto às Unidades Básicas de Saúde das microrregiões atendidas e seu suporte fundamental junto à atenção terciária;
- Explicar o passo a passo de como a população pode acessar os serviços da Policlínica a partir das Unidades Básicas de Saúde de referência domiciliar da/o paciente. A saber:
  O acesso se dá através do atendimento inicial em uma Unidade Básica de Saúde no território do paciente, onde será apresentado ao médico da unidade suas queixas e posteriormente, caso necessário referenciado para especialidade médica compatível à sua necessidade. Com isso, o paciente deve procurar a Central de Regulação do seu município para regular via Sistema Estadual de Regulação o seu pedido, aguardando assim a vaga ser disponibilizada na rede de atenção à saúde.
- Estimular pacientes e seus acompanhantes a buscarem, em caso de necessidade, os serviços de saúde disponíveis na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a partir de encaminhamentos da atenção básica;
- Estimular pacientes e acompanhantes a se reconhecerem como sujeitos de direitos conscientizando-os sobre os Direitos e Deveres dos Pacientes;

DIREITOS	DEVERES
Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os colaboradores, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação;	Respeitar o direito dos demais pacientes, colaboradores e prestadores de serviço da unidade, que deverão ser tratados com cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes; utilizando-se do canal de comunicação disponível (ouvidoria) para exercer o seu direito de apresentar reclamações.

Ser identificado pelo seu nome e sobrenome ou nome social e não pelo nome de sua doença, número ou qualquer outra forma;	Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio da instituição colocado a sua disposição;
Ter seus valores e crenças respeitados dentro dos preceitos legais	Portar todos os documentos necessários para autorização da consulta e ou exame e ou procedimento.
Poder identificar as pessoas responsáveis por cada serviço, por meio de uniformes, crachás legíveis, posicionados em lugar de fácil visualização, com fotografia, nome e função.	Respeitar as normas e diretrizes institucionais.
Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, assegurada em qualquer momento do atendimento.	Estar acompanhado de uma pessoa acima de 18 anos e menor de 60 quando solicitado.
Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações através da garantia do sigilo ético profissional dos colaboradores da unidade.	Expressar se entendeu as informações recebidas e fazer perguntas em caso de dúvidas.
Receber informações nítidas e objetivas a respeito de sua doença ou proposta diagnóstica do tratamento.	Zelar pela sua saúde. Observar todas as recomendações e instruções que lhe foram transmitidas pelos profissionais que lhe prestaram ou que estão prestando atendimento, assumindo as consequências da não observação de tais instruções.
Ser orientado sobre os riscos, benefícios e alternativas dos tratamentos e procedimentos que será submetido.	Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias e outras condições de saúde.
Ter acesso a cópia do prontuário de acordo com as normas da instituição podendo consulta-lo a qualquer momento, mesmo após o seu arquivamento pelo prazo estipulado em lei.	Deixar seus pertences com pessoas de sua confiança, sendo vedado a qualquer profissional da instituição a guarda de tais itens.
Solicitar esclarecimento sobre qualquer documento e ou formulário que lhe for solicitado assinatura.	Respeitar a proibição de não fumar nas dependências da unidade.
Ser orientado, informado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu autocuidado na continuidade do tratamento em domicílio.	Respeitar a proibição de não se alimentar nos ambulatórios.
Consentir ou recusa, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação sobre procedimentos, diagnósticos, planos terapêuticos e avaliações clínicas realizadas.	Tratando-se de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente acima relacionado deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.
Receber o adequado tratamento para minimizar o sofrimento de acordo com as possibilidades disponíveis.	
Receber, quando solicitado, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que lhe serão administrados, sua origem e prazo de validade.	

Ter acesso ao setor de Ouvidoria para apresentar sugestões, elogios e reclamações, sendo respeitado sua privacidade, o sigilo e caráter confidencial. Receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

- Estimular pacientes e acompanhantes a avaliarem a qualidade do atendimento prestado na Policlínica participando da Pesquisa de Satisfação do Paciente disponível nas Recepções da Instituição - ressaltando que a avaliação é fundamental no aprimoramento dos serviços públicos, fortalece o controle social democrático e que não acarreta represálias;
- Convidar a/o paciente de primeiro atendimento para participar da Entrevista Social, explicando o objetivo da entrevista e o seu papel no mapeamento de como os determinantes sociais da saúde influenciam e/ou condicionam no seu processo de saúde-doença (deixando claro a não obrigatoriedade da participação);
- Em caso de violação de direitos ou diante de contextos de vulnerabilidade social a/o assistente social deverá prestar orientações de como o paciente e/ou seu acompanhante devem proceder para reclamarem seus direitos junto aos órgãos e instituições competentes;
- Ainda em caso de violação de direitos e/ou diante de contextos de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar os encaminhamentos possíveis e cabíveis junto aos órgãos e instituições competentes mediante recursos disponíveis via contatos telefônicos e/ou virtuais (e-mail institucional). Junto aos pacientes de atendimento recorrente (atendimentos de retorno), em se tratando daqueles em situação de violação de direitos ou de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar acompanhamento social mediante entrevista breve e escuta ativa no intuito de verificar se houve alteração na realidade social do paciente e, em sendo necessário, prestar-lhe novas orientações e realizar novos encaminhamentos no intuito de atender suas demandas sociais;
- Registrar a abordagem social no sistema no intuito de alimentar o prontuário social do paciente e, na medida do possível, nos instrumentais técnicos de sistematização da prática profissional do Serviço Social.
- Em caso de Avaliação Global o paciente deverá chegar a unidade na data e hora agendada, ser recepcionado na recepção de cadastro, passar por acolhimento/ triagem, posteriormente deve, antes do início da Avaliação Global, passar por atendimento com o Serviço Social no intuito de conhecer os aspectos sociais que estão intrínsecos ao processo de saúde/ doença do paciente, de modo a garantir maior efetividade e adesão do tratamento que será proposto pelos demais membros da equipe multiprofissional;

- Ainda sobre a Avaliação Global, o/a Assistente Social deve preencher documento de entrevista social e entregar ao paciente com as informações necessárias que podem auxiliar ou comprometer o plano terapêutico proposto na Avaliação Global (documento em anexo);
- **As informações devem estar explicitamente registradas em prontuário eletrônico do paciente, zelando pelo sigilo profissional quanto as informações prestadas e considerando a importância do preenchimento do documento de "ANAMNESE SOCIAL" no MV PEP.**

IV. Siglas e Definições

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.
ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
APS: Atenção Primária em Saúde.
BPC: Benefício de Prestação Continuada.
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
CEO: Centro Especializado de Odontologia.
CER: Centro Especializado em Reabilitação.
CP – Cuidados Paliativos.
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social.
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.
DSS – Determinantes Sociais da Saúde.
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990).
ESF – Estratégia Saúde da Família.
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.
LEP – Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/1984).
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.
PAEFI – Serviço de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos.
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (2014).
PNH – Política Nacional de Humanização do SUS.
PTS – Projeto Terapêutico Singular.
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993).

LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990).

RAS – Rede de Atenção à Saúde.

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

SAE – Serviço de Assistência Especializada.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SCFV – Serviço de Fortalecimento de Vínculo.

SGQ – Setor de Gestão da Qualidade.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UESF – Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

V. Anexos

POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO			
Título: AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA – AVALIAÇÃO GLOBAL			
Responsável: Serviço Social	**Código**: FOR.SSO.001	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

PACIENTE:	DN:
ENDEREÇO:	

OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS
Informações importantes sobre o contexto familiar, social, cultural e econômico do usuário.

_____, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura e carimbo

VI. Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da Assistência Social**: ASCOM, 2007. 132 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: L7210 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: L8069 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: L8662 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: L8742 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: L10741 (planalto.gov.br) Acesso em 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: L13146 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Código de Ética Profissional dos assistentes sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CFESS. Orientação Normativa 04/2020, de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre o sigilo profissional e a participação de assistente social como testemunha ou perito/a em processos que envolvam usuário/a. Disponível em: Microsoft Word - Orientação normativa 4.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.
Disponível em: Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Disponível em: Microsoft Word - RESOLUCAO 383-99.doc (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Disponível em: Microsoft Word - Resolução 533.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 443, de 23 de maio de 2003. Institui procedimentos para a realização de desagravo público e regulamenta a alínea “E” do artigo 2º do Código de Ética do assistente social / altera e revoga a resolução CFESS nº 294, de 04 de junho de 1994. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 . Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 556, de 15 de setembro de 2009. Procedimentos para efeito da lacração do material técnico e material técnico sigiloso do Serviço Social. Disponível em: Resolucao_CFESS_556-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: Resolucao_CFESS_557-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

I. Objetivos

Os exames Radiológicos realizados nesta Unidade, são armazenados em um sistema PACs, que permite acesso e vizualização das imagens e do laudo. Esses exames também podem ser armazenados em mídia digital CD/DVD, dessa forma possibilitando acesso na íntegra das imagens produzidas. Uma outra forma de adquirir essas imagens são através de impressões das mesmas em películas radiográficas e papel Couchê.

Objetiva padronizar a entrega de resultado de exames Radiológicos (Radiografia; Mamografia; Densitometria óssea e Tomografia Computadorizada), realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Película Radiográfica

Papel Couchê A3

Papel Couchê A4

CD/DVD

III. Descrição dos passos da atividade

- Para a retirada do exame o paciente deve apresentar o protocolo de entrega do exame e documento de identificação pessoal.
- Para a impressão de imagens de exames, o paciente deverá solicitar de forma antecipada de no mínimo 48 horas.
- Quando solicitado a impressão de imagens, o paciente deverá fazer a retirada do mesmo. Caso não o faça, a Unidade entrará em contato para a retirada.

IV. Siglas e Definições

- TC – Tomografia Computadorizada.
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno - Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

FORMIGA et al. **Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade**. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006.

ZANON et al. **Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade**. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SC), 2002

SANTANA, Alline Kelly da Silva et al**. Procedimento Operacional Padrão EBSERH**: Entrega dos laudos de pacientes externos/ambulatoriais que realizaram exames de Tomografia e Ressonância, 2022.
Disponível: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwic5-X8m5iAAxUFNTUKHT-2ACEQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Febserh%2Fpt-br%2Fhospitais-universitarios%2Fregiao-nordeste%2Fhulw-ufpb%2Facesso-a-informacao%2Fgestao-documental%2Fpop-procedimento-operacional-padrao%2F2022%2Fudi-unidade-de-diagnostico-de-imagem%2Fpop-udi-007-entrega-dos-laudos-de-pacientes-externos-ambulatoriais-que-realizaram-exames.pdf%2F%40%40download%2Ffile&usg=AOvVaw2P9vYsivvfc693nODQo2wY&opi=89978449.

I. Objetivos

A Tomografia Computadorizada (TC) é um exame de imagens de alta qualidade e resolução. As imagens são geradas via radiação ionizante e reproduzidas por um computador, que permite visualizar órgãos, estruturas e tecidos de forma mais detalhada que uma radiografia comum.

A TC desempenha papel importante no desenvolvimento das atividades assistenciais da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, na medida em que confirma ou complementa os achados diagnósticos.

Objetiva sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Tomografia Computadorizada na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Papel Lençol

Papel Toalha

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Papel Couchê A3

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação do exame.
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante.
- Encaminhar o paciente para o vestiário para troca de roupa de modo a não deixar objetos metálicos no paciente (caso necessite).
- Posicionar adequadamente o paciente no Tomógrafo, para realização do exame solicitado.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).

- O exame é realizado por um técnico em radiologia, na sala de tomografia computadorizada. A sala é composta por um tubo de radiação (Gantry) Phillips 16 canais; mesa que é regulável em altura e profundidade em relação ao Gantry para assim facilitar a colocação e a centralização do paciente; Sala de comando protegida por chumbo onde o técnico em radiologia se posiciona para realizar o exame.
- Técnico em radiologia opera o tomógrafo conforme recomendações do fabricante e realizar a captura das imagens desejadas.
- Encaminhar o paciente após realização do exame a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- TC – Tomografia Computadorizada.
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

O exame de Raio - X (RX) é um método de imagens que se utiliza radiação ionizante para examinar diversas partes internas do corpo. Através do exame de raio x pode-se visualizar estruturas ósseas e determinados órgãos. Podendo diagnosticar ossos fraturados, corpos estranhos, tumores, dentre outros.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Raio-X na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Papel Toalha

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Papel Couchê A4

Película radiográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação de exame;
- Encaminhar o paciente para o vestiário para troca de roupa, atentando-se para não deixar objetos metálicos no paciente (caso necessite);
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante;
- O paciente é posicionado na sala de RX de acordo com o exame a ser realizado;
- O exame é realizado na sala do RX, que é composta por um aparelho de RX fixo, uma mesa bucky elevatória. Um bucky mural para exames que são realizados em ortostático. Sala de controle com

parede protegida por chumbo e EPI's (equipamento de proteção individual);

- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar o EPI;
- Colimar o feixe de radiação de forma que apenas a área de interesse seja incluída;
- Encaminhar paciente após realização de exame para a recepção, para retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- RX – Raio x;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

A Densitometria óssea é um exame de imagem, não invasivo e simples, que se utiliza radiação ionizante de baixas doses. Indicado para avaliar a densidade mineral dos ossos.O Exame fornece uma estimativa da densidade mineral do osso em vários locais anatômicos (coluna, fêmur, corpo inteiro e antebraço). Esses valores podem ser então comparados ao grupo de referência adulto, de acordo com o julgamento do médico. É um método para diagnóstico de osteoporose e osteopenia, que detecta a redução da massa óssea de maneira precoce e precisa.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Densitometria Óssea na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação do exame.
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante.
- Encaminhar o paciente para o vestiário, fazendo a troca de roupas por camisola para não deixar objetos metálicos no paciente.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar os EPI (Equipamento de proteção individual).
- Os exames são realizados na sala de densitometria, composta por um aparelho DO PRIMUS que emite radiação ionizante por meios de tubos de RX especiais que capta a imagem, permitindo a

observação detalhada do tecido ósseo, evidenciando a estrutura dos ossos analisados, se estão fracos ou porosos.

- O paciente é deitado na mesa em decúbito Dorsal para realização do exame.
- O técnico em radiologia posiciona o raio na área de interesse para dar início ao exame.
- Certificar que a imagem na área de interesse foi realizada com sucesso.
- Encaminhar paciente ao término do exame para a retirada do protocolo de resultado de exame na recepção.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- DO – Densitometria Óssea;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

A Mamografia (MG) é um exame de raios X, onde se obtém imagens das mamas por meio de compressão. Trata-se de um exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas do câncer de mama e pacientes em tratamento de câncer de mama, é recomendado na faixa etária de 40 a 69 anos, anualmente ou conforme recomendação médica.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Mamografia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Luva Descartável

Máscara Descartável

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Película radiográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame.
- Paciente é chamada pela técnica em radiologia pelo nome completo, conforme ordem de prioridades definidas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Realizar anamnese com a paciente;
- Explicar de forma clara e sucinta para a paciente como se é feito o exame;
- Paciente é orientada a retirar objetos metálicos e roupas da parte superior a fim de deixar as mamas livres.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual);
- O exame é realizado na sala de mamografia por um técnico em radiologia, em um mamógrafo digital (Digimamo D VMI), com um console de operação; biombo; disparador remoto e protetor de tireóide (caso paciente necessite);
- Mamas comprimidas em mamógrafo de modo a adquirir imagens em CC (crânio caudal) e MLO (médio lateral oblíqua), e complementares caso solicitado por médico.
- Encaminhar paciente após realização de exame para recepção, para a retirada doprotocolo de

resultado do exame.

- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- CC – Crânio caudal;
- MG – Mamografia;
- MLO – Médio lateral oblíqua;
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇODE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

Sistematizar o fluxo de atendimento para a gestão de situações em que o paciente não consegue realizar o exame no setor de imagem por alguma condição e para quando o médico radiologista sinaliza o laudo como crítico.

II. Materiais

- Avental descartável
- Luva Descartável
- Máscara Descartável
- Papel Lençol
- Papel Toalha
- Álcool 70%
- Pano multiuso descartável
- Papel Couchê A3
- Computador
- PAC's
- Impressoras
- E-mail

III. Abrangência

- Recepção Central
- Recepção de imagem
- Setor de Radiologia
- Gestão de Cuidados

IV. Descrição dos passos da atividade

- Paciente é recepcionado na recepção central
- Paciente encaminhado a triagem para exames de Densitometria Óssea, os demais exames como (TC, RX, MG e USG não são necessários).
- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).
- Técnico em radiologia realiza o exame;
- Após realização do exame o paciente é encaminhado para a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.

- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.
- Em situações onde o paciente não consegue realizar o exame, seja por **Claustrofobia**, **deficiências físicas** que impeçam o posicionamento adequado, **Distúrbios cognitivos ou comportamentais** que não consiga compreender as instruções do procedimento ou se manter imóveis; **Obesidade** que esteja acima do peso permitido que os equipamentos suportam; **Mal estar geral** que não consiga ficar parados durante os exames; **Agitação ou inquietação** para pacientes, especialmente crianças que, não consigam ficar parados e assim necessitar de sedação. Após tentativas sem sucesso, tais pacientes ou seus acompanhantes serão orientados a retornarem ao médico solicitante para que seja reavaliado a necessidade de solicitar o exame com sedação para que esses pacientes consigam realizar seus exames.
- Será repassado ao gestor de cuidados via e-mail para que o mesmo tenha ciência e solicite ao médico clínico geral da unidade para relatar no prontuário do paciente a não realização do exame e seus motivos. Será ainda, relatado no caderno de notificações do setor de radiologia sobre a situação.
- Para pacientes oriundos da regulação externa, serão orientados a retornarem à unidade que solicitou o procedimento, e assim explicarem ao médico sobre a necessidade da sedação para realizar seu exame.
- Para pacientes internos, será repassado via e-mail ao gestor de cuidados, para que ele tome as medidas necessárias para que o paciente consiga um novo pedido com a sedação para realizar o exame.

V. Siglas e Definições

- **TC** – Tomografia Computadorizada.
- **EPI** – Equipamento de proteção individual;
- **RX** – Raio X
- **MG** – Mamografia
- **USG** – Ultrassonografia
- **PAC's** - Picture Archiving and Communication System (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
- **NIA –** Núcleo interno de agendamento.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

FREIRES, Mirelli Silva. PLANO DE OPERAÇAO PADRAO – RADIOLOGIA, 26 DE JUNHO DE 2024.

I. Objetivos

Sistematizar o fluxo de atendimento para a gestão de situações em que o paciente não consegue realizar o exame no setor de imagem por alguma condição e para quando o médico radiologista sinaliza o laudo como crítico.

II. Materiais

- Avental descartável
- Luva Descartável
- Máscara Descartável
- Papel Lençol
- Papel Toalha
- Álcool 70%
- Pano multiuso descartável
- Papel Couchê A3
- Computador
- PAC's
- Impressoras
- E-mail

III. Abrangência

- Recepção Central
- Recepção de imagem
- Setor de Radiologia
- Gestão de Cuidados

IV. Descrição dos passos da atividade

- Paciente é recepcionado na recepção central
- Paciente encaminhado a triagem para exames de Densitometria Óssea, os demais exames como (TC, RX, MG e USG não são necessários).
- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).
- Técnico em radiologia realiza o exame;
- Após realização do exame o paciente é encaminhado para a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.

- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.
- Quando o médico radiologista responsável pela elaboração dos laudos, sinaliza um laudo como crítico no PACS, o setor de radiologia toma ciência imediatamente. Ao identificar a criticidade do laudo, este setor encaminha uma notificação via e-mail para o gestor de cuidados responsável. Este, por sua vez, toma as devidas medidas para garantir que o paciente receba o atendimento necessário, assegurando assim a rapidez e a eficiência no tratamento adequado.

V. Siglas e Definições

- **TC** – Tomografia Computadorizada.
- **EPI** – Equipamento de proteção individual;
- **RX** – Raio X
- **MG** – Mamografia
- **USG** – Ultrassonografia
- **PAC's** - Picture Archiving and Communication System (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
- **NIA –** Núcleo interno de agendamento.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

FREIRES, Mirelli Silva. PLANO DE OPERAÇAO PADRAO – RADIOLOGIA, 26 DE JUNHO DE 2024.

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo a comunicação de valores críticos e situações de alerta aos médicos resultantes dos exames. O conceito de valor crítico é de um resultado que comunicado pode definir uma conduta médica que garanta a vida do paciente, bem como, indicar os valores críticos de resultados de exames que devem ser comunicados imediatamente ao médico responsável.

II. Materiais

Papel sulfite
Impressora

III. Abrangência

Biomédicos, radiologistas, gestor do cuidado, médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Sempre que ocorrer um resultado crítico, este deve ser comunicado imediatamente ao gestor do cuidado que terá acesso aos médicos responsáveis, ou na sua ausência, a comunicação pode ser feita a equipe de enfermagem.
- Esta comunicação deve ser registrada via e-mail com resultado crítico em anexo se encaminhadas pelo laboratório de análises clínicas ou pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT (sadt@hmtjgo.org.br)
- Se encaminhadas pelos médicos à gestão do cuidado, esta comunicação deve ser registrada no receituário simples em prontuário eletrônico (MVPEP) e o paciente direcionado à recepção da equipe multiprofissional;
- Se os resultados críticos forem encaminhados pelo laboratório de análises clínicas à gestão do cuidado, os mesmos passarão pela avaliação do médico do cuidado (clínico geral) que fará a análise e definirá a conduta que deve ser tomada.
- Condutas que podem variar de acordo com a necessidade estabelecido pelo médico do cuidado: adiantamento de consulta médica de retorno, encaminhamento para especialidade pertinente com maior agilidade e urgência, repetição do exame e outros;
- Se encaminhados pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT à gestão do cuidado, o paciente, cuja sua entrada na unidade tenha sido unicamente para realização de exame/ externo, o mesmo deve ser direcionado ao médico do cuidado (clínico geral) para avaliação e conduta. Em caso de paciente

interno, com médico especialista solicitante do exame, o retorno deve ser agendado dentro do prazo de 7 dias úteis ou em próxima data de agenda do médico solicitante.

- De acordo com as condutas médicas estabelecidas para o paciente, a depender da gravidade, em caso de encaminhamento para outra unidade externa, da atenção terciária, o caso será direcionado, através do receituário simples no prontuário eletrônico à gestão do cuidado para acompanhamento e compartilhamento do caso com o município de origem (ver POP de compartilhamento de caso com a Rede de Atenção à Saúde).

V. Siglas e Definições

RESULTADOS CRÍTICOS: Entende-se por resultados críticos todos que são potencialmente fatais ou incompatíveis com a vida. (GONG & ADELI, 2009). Uma vez que são resultados que geram ações médicas imediatas, uma comunicação oportuna, precisa, completa e inequívoca desses valores críticos é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir os efeitos adversos causados por atrasos no tratamento (LLOPIS DÍAZ et al., 2010). O médico que será notificado desses valores críticos tem a responsabilidade de interpretar o resultado relacionando com a clínica do paciente e tomar a conduta necessária. Caso a pessoa notificada não esteja qualificada para tomar decisões clínicas, esta tem a obrigação de repassar a informação imediatamente a uma pessoa qualificada.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

BRASIL, Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Acesso: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n 2014-de-17-- Fevereiro-2016.pdf.

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

ELETROENCEFALOGRAMA

ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL (EEG)

1) Ficha do Paciente

Preencher com o máximo de informações possíveis. Isto ajudará na elaboração de uma conclusão que auxilie de fato o médico do paciente.

São informações ***obrigatórias:***

- Nome completo
- Idade
- Indicação clínica (o porquê de estar realizando o exame)

São informações pertinentes:

- Em caso de epilepsia, a idade de início das crises
- Qual tipo de epilepsia (focal x generalizada x desconhecida)
- Em caso de epilepsia, quais são os medicamentos anticrise em uso *(vide tabela)*
- Em caso de crises epilépticas conhecidas, quando foi a última crise
- Se o paciente tem deficiência intelectual (antigo ‘retardo mental’)
- AVC prévio?
- Traumatismo craniano grave prévio?

2) Provas de ativação

Provas de ativação são qualquer procedimento que teste a reatividade cerebral ou ação que ative descargas epileptiformes. Existem três provas de ativação na área de EEG: a) abertura e fechamento ocular; b) hiperventilação (HV) ou hiperpneia; c) fotoestimulação intermitente (FEI).

A única **prova obrigatória** em todos os exames de EEG é a abertura e o fechamento ocular. Esta prova objetiva avaliar a reatividade do ritmo cerebral dominante do paciente.

As demais provas (FEI e HV) são realizadas na suspeita de epilepsias generalizadas genéticas. Apesar de seguras, ressalta-se que existem situações clínicas impeditivas da realização da hiperventilação (HV), conforme listado a seguir. Não existem contraindicações a FEI.

Procedimento de abertura e fechamento ocular:

Após realizada a montagem dos eletrodos, iniciar o exame e solicitar que o paciente permaneça relaxado e de olhos fechados. A maioria da população saudável neste momento apresentará um ritmo contínuo e sinusoidal na tela, localizada principalmente em regiões posteriores (T5-01; T6-02; P3-01; P4-02) da cabeça. Assim que identificarmos esse ritmo, pedir para o paciente abrir os olhos uma única vez. Isto produzirá um artefato de de piscamento na tela. Notaremos que este ritmo desaparecerá enquanto o paciente permanecer com os olhos abertos.

Uma vez que identificarmos esse bloqueio fisiológico, pediremos para o paciente fechar novamente os olhos e relaxar. Notaremos que o ritmo dominante posterior retornará a tela. Com esses passos, a prova de reatividade a abertura e fechamento ocular foi realizada com sucesso.

Algumas vezes os pacientes podem começar o exame sonolentos e não notaremos com clareza esse ritmo. Deixaremos que o paciente entre em sono espontâneo e realize o exame, mas, nos últimos 2 minutos de exame deveremos estimular o paciente a abrir os olhos, realizar o procedimento acima descrito ou até mesmo realizar perguntas ao paciente a fim de que ele desperte pelo menos no final do exame.

Observar que 10% das pessoas normais não possuem ritmo dominante posterior e que pessoas com lesão neurológica frequentemente não ter ritmo dominante posterior identificável na tela.

Indicações de HV e FEI:

- Realizar as provas caso conste em pedido médico: “EEG de rotina com hiperventilação e hiperneia – código TUSS **40103234’’** ou “EEG de rotina com provas de ativação’’

Quando <u>não</u> realizar hiperventilação (HV):

- AVC prévio nos últimos 3 meses
- Hemorragia cerebral nos últimos 3 meses
- Enfisema pulmonar/DPOC ou outra doença pulmonar
- Anemia falciforme
- Dor de cabeça intensa e refratária em investigação

Procedimento de hiperventilação (HV):

Solicitar ao paciente que inspire e expire (numa frequência de 20 incursões por minuto), puxando e soltando o ar pela boca por 1 a 3 minutos. Alguns pacientes não toleram 3 minutos completos de HV. Neste caso, é melhor que realizemos uma HV adequada por no mínimo 1 minuto. Continuar o registro do EEG por pelo menos 1 minuto após o término da hiperventilação. O esperado é que o EEG tenha uma lentificação das ondas cerebrais.
Aguardar 3 minutos após o fim da HV para iniciar o fotoestímulo (FEI), como descrito abaixo.

Procedimento de fotoestimulação intermitente (FEI):

Posicionar a luz estroboscópica a 30 centímetros a face do paciente. Pedir para o paciente permanecer de olhos fechados e abrir os olhos assim que o flash iniciar. Logo em seguida (poucos segundos após o flash), o paciente deve fechar os olhos. Quando o flash parar de piscar, orientar o paciente para permanecer de olhos fechados e relaxar. Assim que o flash voltar a piscar, ele deve automaticamente abrir os olhos e olhar diretamente para a luz, repetindo o processo.

Para iniciar o fotoestímulo:

Barra de Ferramentas >> Estimuladores >> Executar/Interromper Programa de Foto.

O processo levará cerca de 3 minutos e encerrará sozinho.

Goiás, 27 de agosto de 2024

Dra. Louise A. Lobo Lopes

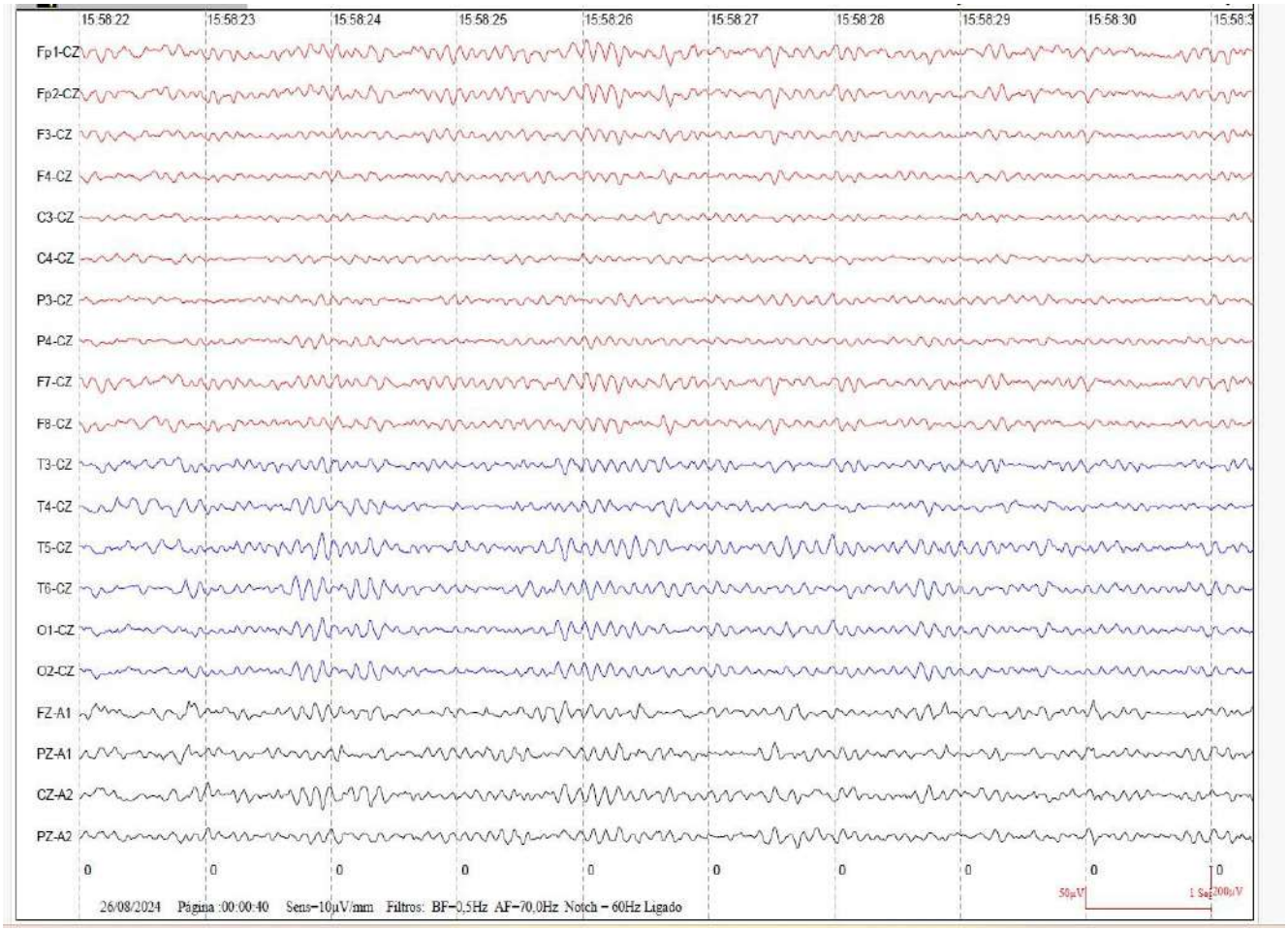
Médica Neurologista

CRM GO 20.079 RQE 12.785

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa	
LAUDO MÉDICO	
Título: Eletroencefalograma	

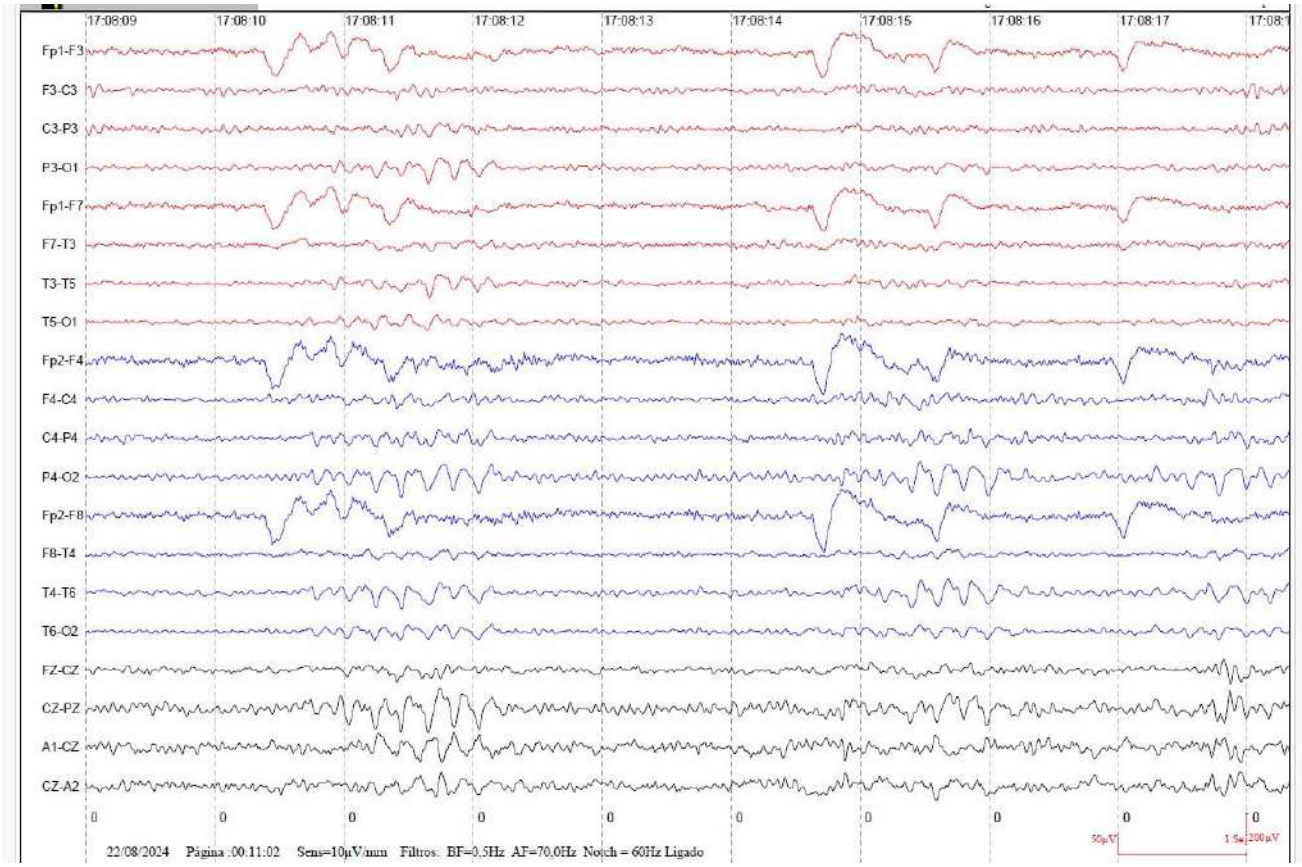
Título: Eletroencefalograma

ANEXO I -



Ritmo dominante posterior localizado nas regiões posteriores (01 e 02) da cabeça. Note que ele é uma onda arredonda, contínua.

Título: Eletroencefalograma



Artefato de piscamento ocular (onda triangular grande, apontando para baixo, em canais Fp1-F3, Fp2-F4, Fp1-F7 e Fp2-F8.

ANEXO II – MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVANTES

Medicações anticrise ou anticonvulsivantes
Fenobarbital (Gardenal)
Fenitoína (Hidantal)
Carbamazepina (Tegretol) ou Oxcarbazepina
Topiramato
Ácido valproico ou divalproato de sódio (Depakene, Depakote)
Clobazam (Frisium)
Clonazepam (Rivotril)
Lamotrigina
Levetiracetam (Keppra)
Lacosamida
Canabidiol
Etossuximida

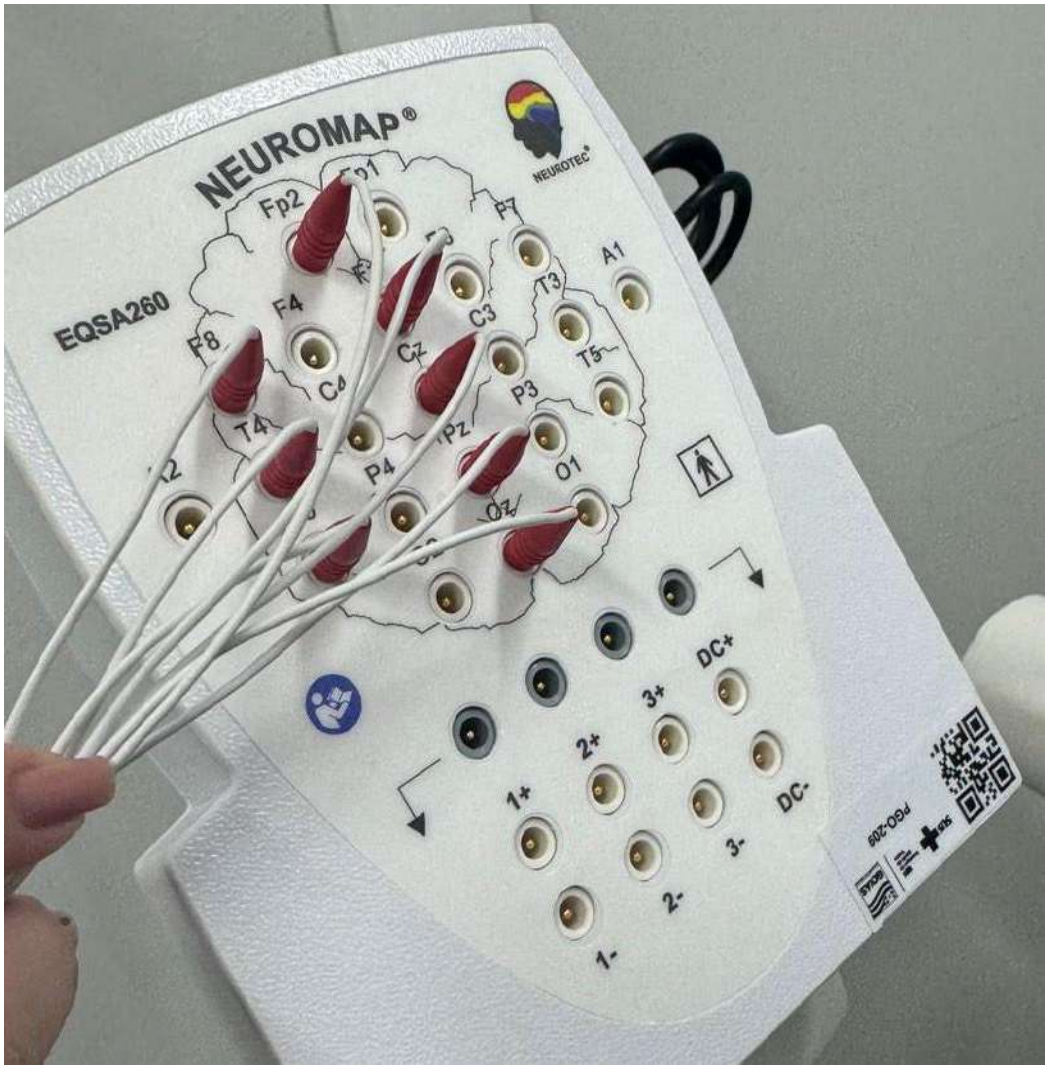
ANEXO III – POSICIONAMENTO DE ELETROS

Eletrodo Terra / Referência

Posicionar na região do nasion (eletrodo Fpz) e conectar na primeira entrada da esquerda para direita (na entrada cinza) do cabeçote.

Eletrodos de eletrocardiograma (ECG)

Posicionar nas entradas + 1 e -1 (nas entradas brancas)



ANEXO IV – FLUXOGRAMA DE EXAMES

Exame de rotina	**Duração de 15 minutos – SEM provas de ativação**
Início do Exame	Paciente de olhos fechados, relaxado Identificar o ritmo dominante posterior
2 minutos	Pedir pro paciente abrir os olhos
2 minutos e 30 segundos	Pedir pro paciente permanecer de olhos fechados e relaxado até o final do exame
15 minutos	Encerrar o exame

Exame de rotina	**Duração de 15 minutos – COM provas de ativação**
Início do Exame	Paciente de olhos fechados, relaxado Identificar o ritmo dominante posterior
2 minutos	Pedir para o paciente permanecer de olhos abertos
5 minutos	Pedir para paciente permanecer de olhos fechados
08 minutos	Iniciar hiperventilação (HV) por 1 minuto
09 minutos	Encerrar a HV. Paciente segue relaxado, de olhos fechados
12 minutos	Iniciar fotoestimulação intermitente (FEI)
15 minutos	Encerrar o exame

I. Objetivos

Realizar método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognostico das lesões do sistema nervoso periférico. A eletroneuromiografia é método complementar de diagnóstico de doenças do sistema nervoso periférico, na Disciplina de Neurologia. Baseia-se na mensuração da passagem do impulso elétrico pelos nervos, e na captação de atividade elétrica emitida pelos músculos durante o repouso e contrações voluntárias. Avaliar pacientes com doenças nos nervos periféricos, doenças da transmissão neuromuscular e doenças primárias do músculo.

II. Materiais

Equipamentos de Proteção Individual (EPI's):
Óculos de proteção, máscara, cirúrgica, avental, se o paciente estiver em esquemas de precaução. Em geral, luvas de procedimento.

Materiais e Equipamentos Específicos para o Procedimento:
Equipamento de eletroneuromiografia com acessórios, incluindo estimulador elétrico e eletrodos captadores, em sala adequada, incluindo maca e lençóis descartáveis, eletrodos captadores, sala adequada, diva, lençol descartável, Álcool 70 INPM, gaze não estéril, Gel condutor, Micropore, Pasta de boa qualidade e boa condutividade elétrica para fixar eletrodos, Luva de procedimento, Escadinha.

III. Descrição dos passos da atividade

Orientações sobre o preparo:

1. Evite o uso de cremes, pomadas e hidratantes nas regiões a serem avaliadas

Realização do Exame:

1. Realizar a higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo 30 segundos) ou Álcool Gel (mínimo 15 segundos);
2. Forrar o divã com lençol descartável;
3. Chamar o paciente pelo nome completo;
4. Confirma verbalmente o nome e sobrenome;
5. Confirmar o tipo de exame;
6. Encaminhar a sala de exame;
7. Explicar o procedimento ao paciente;
8. Calçar luvas de procedimentos;
9. Posicionamento o paciente no divã junto com o aparelho;

10. Realizar limpeza de pele para diminuição da impedância;
11. Verificar conexões elétricas do equipamento em rede e fio terra;
12. Ligar equipamento na tomada correspondente à rede elétrica
na potência do aparelho;
13. Conectar eletrodos captadores e fio terra ao paciente;
14. Realizar o exame;
15. Anotar resultados significativos;
16. Imprimir achados cruciais;
17. Orientar o paciente a data do resultado;
18. Orientar o paciente até a saída no término do procedimento;
19. Desprezar os materiais em lixo comum ou em lixo branco se o paciente estiver em precaução de contato;
20. Retirar as luvas de procedimentos;
21. Fazer higienização das mãos;
22. Registrar o exame realizado no prontuário do paciente.

IV. Siglas e Definições

ENMG: Eletroneuromiografia

V. Anexos

VI. Referências

1. HENDRICKS H. Planejamento e organização do serviço de enfermagem: manual de normas e rotinas. São Paulo: CEDAS - Centro Universitário São Camilo; 1998. 87 p. (Apostila).
2. FELIPPE MJDB, SILVA NAM, GARCIA VC. MB. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Unidade de Internação – Terceiro Andar Esquerdo. Bauru: Hospital Estadual Bauru; 2006. 32 p.
3. TAUCCI RA, BIANCHINI EMG. Verificação da interferência das disfunções temporomandibulares na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares. Ver Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(4):274-80.

I. Objetivos

Esta seção tem por objetivo definir claramente os propósitos e metas do procedimento de Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF), seguindo as normas e diretrizes atuais. Os objetivos incluem:

1. **Obter amostras de tecido ou líquido** de lesões sólidas ou císticas para análise histopatológica ou citológica.
2. **Diagnosticar neoplasias malignas ou processos inflamatórios** em pacientes com massas ou nódulos visíveis e acessíveis à agulha.
3. **Realizar o procedimento de forma ambulatorial**, sem necessidade de anestesia geral, permitindo que o paciente retome suas atividades normais imediatamente após o exame.
4. **Garantir a segurança e o conforto do paciente** durante todo o processo, seguindo rigorosamente as normas de biossegurança e ética médica.

II. Materiais

Esta seção descreve todos os materiais necessários para a realização do procedimento de Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF), conforme as normas e regras atualizadas:

1. **Materiais Médicos:**

    - Agulhas de diferentes calibres para PAAF (por exemplo, 40x12, 25x7, 13x4,5).
    - Agulhas para Core Biópsia conforme o procedimento específico (por exemplo, 14x10, 14x12 para mama, 18x20, 18x25, 18x30 para próstata, 16x10, 18x10 para tireoide).
    - Lidocaína a 2% sem vasoconstritor para anestesia local.
    - Seringas de 5 mL ou 10 mL.
    - Álcool 70%, álcool absoluto, clorexidina alcóolica para assepsia.
    - Cloreto de sódio 0,9% para diluição.
    - Gel condutor para ultrassonografia, se necessário.
    - Instrumentos para preparação e coleta das amostras (lâminas de vidro, porta lâminas, etc.).
    - Materiais para curativo (gaze estéril, micropore).

2. **Materiais de EPI (Equipamento de Proteção Individual):**

    - Luvas estéreis.
    - Máscara cirúrgica.
    - Gorro e avental estéreis, conforme necessário.
    - Óculos de proteção, se aplicável.

3. **Equipamentos:**

    - Aparelho de ultrassonografia para guiamento do procedimento, se indicado.
    - Equipamento de limpeza e desinfecção de ultrassom e outros equipamentos, conforme POP específico.

4. **Documentos e Formulários:**

- Termo de Consentimento para PAAF.
- Requisição médica completa e corretamente preenchida.
- Protocolo de Identificação do Paciente.

III. Descrição dos passos da atividade

Preparação Pré-Procedimento:

- Verificar a requisição médica completa e corretamente preenchida.
- Confirmar a identidade do paciente através de dupla checagem de dados (nome completo, data de nascimento) com um documento de identificação válido.
- Explicar ao paciente sobre o procedimento, incluindo seus objetivos, potenciais riscos e benefícios.
- Obter o consentimento informado por escrito do paciente para realizar o procedimento.

Preparação do Ambiente:

- Assegurar que todos os materiais e equipamentos necessários estejam prontos e esterilizados.
- Preparar a sala de procedimento de acordo com as normas de biossegurança, incluindo a desinfecção adequada dos equipamentos.

Posicionamento do Paciente:

- Posicionar o paciente de forma adequada na mesa de exame, geralmente em decúbito dorsal, conforme a localização da lesão a ser biopsiada.

Anestesia Local (se aplicável):

- Auxiliar o médico na administração de anestesia local na área de biópsia utilizando lidocaína a 2% sem vasoconstritor, conforme necessário para o conforto do paciente durante o procedimento.

Processamento das Amostras:

- Preparar as amostras coletadas em lâminas de vidro, identificando-as de acordo com o protocolo estabelecido.
- Encaminhar as amostras devidamente etiquetadas para o laboratório de Anatomia Patológica para análise histopatológica ou citológica.

Finalização do Procedimento:

- Aplicar curativo compressivo no local da punção para prevenir sangramentos e infecções.
- Orientar o paciente sobre os cuidados pós-procedimento e instruir sobre o recebimento dos resultados da biópsia.

Limpeza e Desinfecção:

- Realizar a desinfecção adequada dos equipamentos utilizados e da sala de procedimento, conforme os protocolos de limpeza estabelecidos.

Documentação:

- Registrar todos os procedimentos realizados no prontuário eletrônico ou em formulários específicos, conforme as diretrizes institucionais.

IV. Siglas e Definições

Siglas:

- PAAF: Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina.
- EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- POP: Procedimento Operacional Padrão.
- CID: Classificação Internacional de Doenças.
- CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.
- SOP: Standard Operating Procedure (Procedimento Operacional Padrão).

Definições:

- Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF): Procedimento minimamente invasivo para coleta de amostras de tecido ou líquido de lesões sólidas ou císticas, utilizando uma agulha fina para análise histopatológica ou citológica.
- Anatomia Patológica: Especialidade médica responsável pelo diagnóstico das doenças baseado em alterações morfológicas e funcionais nos tecidos e órgãos.
- Consentimento Informado: Processo pelo qual o paciente recebe informações detalhadas sobre o procedimento, seus objetivos, riscos e benefícios, e concorda voluntariamente em participar após compreender completamente as informações fornecidas.
- Biossegurança: Conjunto de medidas voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.
- Histopatologia: Ramo da patologia que estuda as alterações morfológicas dos tecidos decorrentes de doenças.
- Citologia: Ramo da biologia que estuda as células em relação à sua estrutura, função e patologia.

V. Anexos

Anexo 01: Termo de Consentimento

VI. Referências

Normas e Diretrizes:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP).
- Protocolos da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO).
- Recomendações da Sociedade Brasileira de Ultrassonografia (SBUS).

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo definir condutas a serem realizadas pela pessoa na função de Gestor (a) do Cuidado em caso de documentos médicos irregulares com as normas padronizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e/ou pela Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, que interfira no seguimento do tratamento do paciente.

II. Materiais

Papel sulfite;
Impressora;
Caneta;
Computador com acesso ao Sistema MVPEP.

III. Abrangência

Gestão do Cuidado; médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Situações que interferem no seguimento e/ ou perca de continuidade no tratamento do paciente:
  - **a)** Quando a Autorização de internação hospitalar – AIH: CID incompatível com código de procedimento SIGTAB (SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (datasus.gov.br)); documento manuscrito não é aceito;
  - **b)** Quando a Autorização de Procedimento – APAC: CID incompatível com procedimento solicitado; documento manuscrito não é aceito;
  - **c)** Quando os Encaminhamentos externos forem realizados em receituário simples e sem CID;
  - **d)** Quando o atendimento médico indicar necessidade de retorno ambulatorial com a especialidade mesmo o médico não fazendo o pedido de retorno;
  - **e)** Quando o paciente estiver sem receita médica quando a evolução médica indicar prescrição medicamentosa;
  - **f)** Quando houver qualquer falha sistêmica que prejudique o andamento da consulta do paciente;
  - **g)** Quando houver qualquer documento com erro de grafia, nominal ou qualquer outro erro que impossibilite a continuidade do paciente no tratamento indicado.
  - **h)** Qualquer situação que não esteja aqui discriminada será resolvida pela direção técnica em conjunto com a diretoria geral.

V. Siglas e Definições

AIH – Autorização de internação Hospitalar

APAC – Autorização de procedimento

CID – Código internacional de doenças

GC – Gestor do cuidado

MVPEP – Prontuário eletrônico do paciente

SIGTAB – Sistema de gerenciamento de tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

Nada consta.

I. Objetivos

Padronizar as ações assistenciais relacionadas à realização de procedimento de Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

II. Materiais

Cateter de O2;

- Sondas de aspiração;
- Pacotes para guarda de próteses e adornos dos pacientes;
- Seringas de 5, 10 e 20ml;
- Agulhas 25x7, 25x8, 40x12;
- Pinça dente de rato e pinça jacaré;
- Material para punção periférica (abocath 20, 22 e 24, garrote, micropore, tesoura);
- Etiquetas para identificação de medicações e frascos de biópsia;
- Luvas de procedimento;
- Frasco com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Caixa de descarte para perfurocortantes;
- Maca vestida com lençol e móvel;
- Suporte de soro móvel;
- Escada com dois degraus;
- Monitor multiparamétrico;
- Carro de emergência com desfibrilador;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Eletrocautério;
- Computador para laudos.

III. Descrição dos passos da atividade

7.1 Procedimentos de enfermagem:

7.1.1 Realizar confirmação do paciente chamando-o pelo nome e comparando o registro, conferir pulseira de identificação realizando dupla checagem;

7.1.2 Confirmar o preparo do paciente para o exame (ANEXO 02) e o preenchimento do Termo de Consentimento (ANEXO 01 E ANEXO 03);

7.1.3 Preencher o checklist de endoscopia/colonoscopia segura (ANEXO 04);

7.1.4 Posicionar o paciente na mesa em decúbito lateral esquerdo;

7.1.5 Na impossibilidade da mudança de decúbito por cirurgia recente de quadril ou fratura sob tração, pode-se realizar o exame em decúbito dorsal;

7.1.6 Aplicar xilocaína Spray 10% conforme prescrição médica e orientar a deglutição;

7.1.7 Fixar bocal;

7.1.8 Preparar medicações para início da sedação, conforme prescrição médica;

7.1.9 Monitorizar o paciente para controle de seus sinais vitais;

7.1.10 Acompanhar o paciente durante todo o procedimento, checando sinais vitais, condições clínicas e informar qualquer alteração à equipe médica;

7.1.11 Administrar medicação conforme solicitação médica, em caso de intoxicação pelos sedativos, a medicação estará na sala de realização do exame;

7.1.12 Assegurar a segurança dos pacientes contra risco de queda, devido ao efeito sedativo;

7.1.13 Após o término do exame o paciente será encaminhado para sala de repouso, até a neutralização completa dos efeitos sedativos e/ou anestésico;

7.1.14 Retorno a atividades de acordo com orientação médica. O paciente somente será liberado após alta médica e presença de acompanhante maior de idade;

7.1.15 Orientá-lo que informe ao seu médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômito nas 24 horas após o exame;

7.1.16 Armazenar o endoscópio na caixa organizadora denominada ¨SUJO¨ e encaminhar para sala de reprocessamento dos endoscópios para dar início a limpeza e desinfecção

7.2 Procedimento médico:

7.2.1 •Execução do procedimento endoscópico: introdução do aparelho flexível de visão frontal através de um bocal fixado na cavidade oral, progredindo-o através do esfíncter superior do esôfago, ao longo de todo o trajeto do esôfago, estômago até a segunda porção duodenal. Exame detalhado destes segmentos;

7.2.2 •Durante o exame, a identificação de alterações nestes segmentos pode indicar a realização de biópsias ou outros procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos;

7.2.3 •Retirada do aparelho;

- Após o procedimento, ainda dentro da sala de endoscopia, com o aparelho conectado na fonte de luz: Limpar o tubo de inserção com um pano embebido em água ou detergente enzimático, no sentido da manopla para baixo;
- Limpeza do canal de aspiração: Aspirar água ou detergente enzimático por 30 segundos, em seguida, aspirar ar por 30 segundos;
- Limpeza do canal de insuflação: Encaixar o adaptador de limpeza do canal de ar/água. Injete água e, em seguida ar, através dos canais de ar/água por 30 segundos;

- Destrocar as válvulas. O tubo do canal auxiliar deve permanecer conectado ao endoscópio durante o transporte para a sala de reprocessamento;
- Desconectar todas as partes desconectáveis; Fixar a tampa de vedação. Colocar o aparelho na caixa organizadora denominada SUJO

7.2.4 O médico é responsável pela elaboração do laudo do exame após o procedimento e entrega na Central de Exames.

IV. Siglas e Definições

EDA - Endoscopia Digestiva Alta;

- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

V. Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Identificação:

Paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento: _____

Identificação do Responsável (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Responsável: _____

Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Descrição técnica do procedimento:

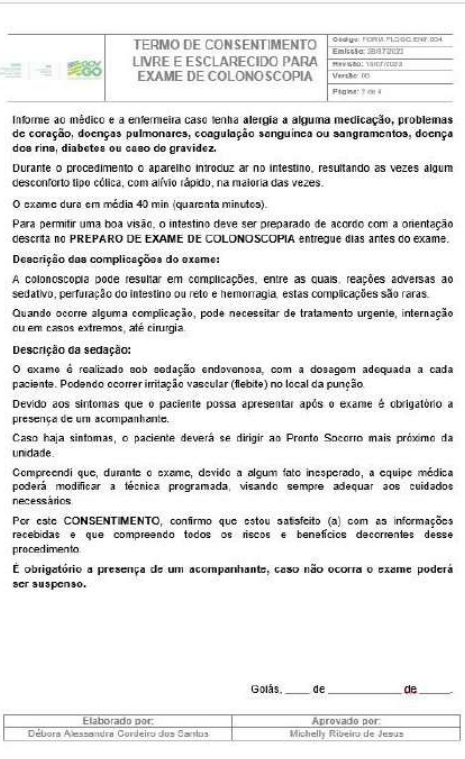
O exame de Colonoscopia é um exame visual do intestino grosso (cólon) realizado com aparelho flexível em forma de tubo (colonoscópio).

O exame é iniciado ao nível do ânus, progredindo ao reto ou todo o intestino grosso.

Durante o exame podem ser realizados retiradas de pólipos (um crescimento de células), caso haja necessidade e consentimento do acompanhante, devido ao paciente estar em uso de sedativo.

Caso necessite de biópsia será realizado imediatamente, entregando o frasco com a peça para que seja levado ao laboratório da Policlínica.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Informe ao médico e a enfermeira caso tenha **alergia a alguma medicação, problemas de coração, doenças pulmonares, coagulação sanguínea ou sangramentos, doença dos rins, diabetes ou caso de gravidez.**

Durante o procedimento o aparelho introduz ar no intestino, resultando as vezes algum desconforto tipo cólica, com alívio rápido, na maioria das vezes.

O exame dura em média 40 min (quarenta minutos).

Para permitir uma boa visão, o intestino deve ser preparado de acordo com a orientação descrita no **PREPARO DE EXAME DE COLONOSCOPIA** entregue dias antes do exame.

Descrição das complicações do exame:

A colonoscopia pode resultar em complicações, entre as quais, reações adversas ao sedativo, perfuração do intestino ou reto e hemorragia, estas complicações são raras.

Quando ocorre alguma complicação, pode necessitar de tratamento urgente, internação ou em casos extremos, até cirurgia.

Descrição da sedação:

O exame é realizado sob sedação endovenosa, com a dosagem adequada a cada paciente. Podendo ocorrer irritação vascular (flebite) no local da punção.

Devido aos sintomas que o paciente possa apresentar após o exame é obrigatório a presença de um acompanhante.

Caso haja sintomas, o paciente deverá se dirigir ao Pronto Socorro mais próximo da unidade.

Compreendi que, durante o exame, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica programada, visando sempre adequar aos cuidados necessários.

Por este **CONSENTIMENTO**, confirmo que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes desse procedimento.

É obrigatório a presença de um acompanhante, caso não ocorra o exame poderá ser suspenso.

Goiás, ____ de _____ de _____.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA

Código: FORM.PLCGO.ENF.003
Emissão: 26/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 1 de 3

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Responsável:

Parentesco: _____ CPF: _____

Endereço:

Fone: _____

Procedimento:

Data: _____

Nº do atendimento: _____

Médico: _____

CRM: _____

Procedimento: _____

O presente Termo de Ciência de Consentimento para Procedimento Anestésico tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto ao procedimento anestésico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços da **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELHO – GOIÁS.**

Autorizo o médico anestesista abaixo identificado, ou qualquer outro membro da equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____ ou a seguinte alternativa

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA

Código: FORM.PLCGO.ENF.003
Emissão: 26/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 2 de 3

anestésica _____ devido qualquer complicação informada.

Declaro ainda que:

1. Fui informado quanto ao procedimento anestésico/sedação a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais conforme exemplificadas abaixo e alternativas me foram explicadas claramente.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
3. Tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperados e não discutidos, inclusive risco de morte.
4. Afirmo que prestei todas as informações relativas às minhas alterações de saúde, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas e experiências ou complicações com anestesia/medicamentos minhas e familiares, medicações em uso e hábitos, inclusive alergias a medicamentos.
5. Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento, com sérios e graves riscos a minha saúde.
6. Autorizo outros procedimentos necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daquelas inicialmente propostas.
7. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
8. Principais riscos anestésicos exemplificados:

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇOES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA

Código: FORM.PLCGO.002
Emissão: 10/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 1 de 4

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Identificação do Responsável (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Responsável:

Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Descrição do exame:

E um exame indicado para avaliação do tubo digestivo, incluindo o esôfago, estômago e a porção inicial do duodeno. Ele é realizado introduzindo-se pela boca um aparelho flexível com iluminação central que permite a visualização de todo o trajeto examinado.

Descrição das complicações:

Sangramento; irritação da garganta; perfurações (esôfago, estômago, duodeno); dor; vômitos; dificuldade respiratória em função da sedação; aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.

Descrição da sedação: Será submetido a sedação ou anestesia endovenosa para fazer o exame, com drogas seguras e de boa qualidade, garantindo o aumentando o seu conforto e segurança. A sedação poderá ser leve ou profunda, na dependência da necessidade de

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA

Código: FORM.PLCGO.002
Emissão: 10/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 2 de 4

seu procedimento e da sua reação aos medicamentos necessários para tal. Haverá sempre um médico responsável pela sua sedação para assisti-lo. Pacientes mais graves ou inconsedentes poderão necessitar serem submetidos a anestesia geral, passando um tubo pela garganta que será conectado a um respirador para garantir a sua segurança. Isso será informado ao responsável legal caso seja necessário e possa ser previsto com antecedência.

Descrição do procedimento:

Na sala de exame você será colocado numa posição adequada. Será oferecida uma medicação oral para eliminar bolhas de ar, facilitando a visualização do estômago e duodeno.

Um anestésico tópico (spray) poderá ser "borrifado" na sua garganta, que facilitará a passagem do aparelho.

Um protetor plástico será colocado entre seus dentes para manter sua boca aberta durante o exame.

Uma medicação para relaxar ou mesmo um anestésico será administrado na veia, momentos antes de iniciar o exame.

Um tubo flexível, fino e pequeno será passado através de sua boca. Por meio dele, o médico será capaz de identificar anormalidades que possam estar presentes, inclusive pesquisar amostras de tecido (biópsia) colhidas durante o exame para análise laboratorial detalhada. Esse procedimento não causa dor.

Alguns tratamentos podem ser realizados pela endoscopia. Estes incluem: dilatação de uma área estreitada do esôfago, estômago ou duodeno, remoção de pólipos, objetos deglutidos e tratamento de vasos sangrantes e úlceras por injeção interna ou aplicação de calor (usando corrente elétrica, laser argônio ou heat probe).

A medicação para relaxar ou o anestésico provocam sono e esquecimento por algum tempo. Após o exame, você não deve dirigir, realizar tarefas que necessitem de atenção, operar máquinas ou tomar decisões relevantes uma vez que a sedação diminui seus reflexos e raciocínio.

Deverá vir acompanhado de uma pessoa que lhe conduza para casa. O exame somente será realizado se no momento da admissão o paciente identificar quem se responsabilizará por conduzi-lo após o exame.

Tempo do exame:

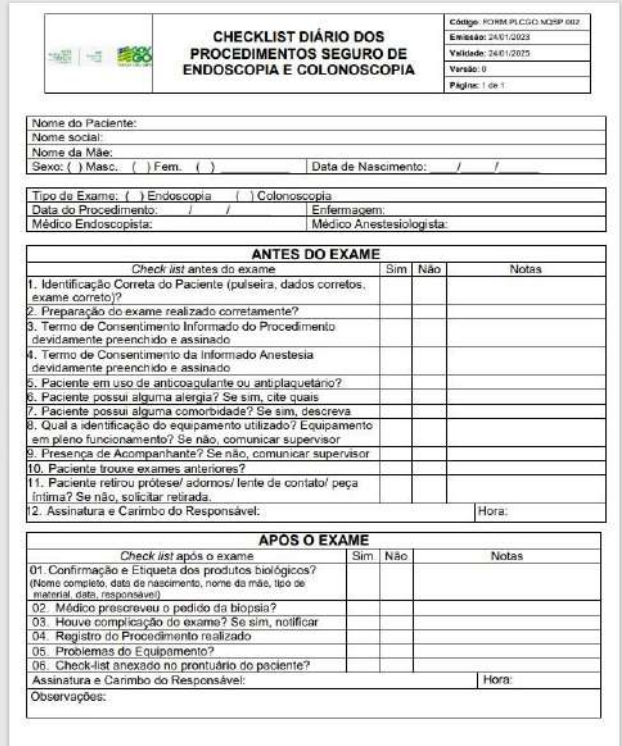
E um exame que dura, em média, 15 minutos.

Após o Procedimento:

Você irá permanecer na endoscopia em torno de 30 minutos, até a neutralização completa dos efeitos do sedativo e/ou anestésico.

Sua garganta pode ficar adormecida ou levemente irritada.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus



CHECKLIST DIÁRIO DOS PROCEDIMENTOS SEGURO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

Código: FORM.PLCGO.NQSP.002
Emissão: 24/01/2023
Validade: 24/01/2025
Versão: 0
Página: 1 de 1

Nome do Paciente:
Nome social:
Nome da Mãe:
Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. ( ) _____ Data de Nascimento: / /

Tipo de Exame: ( ) Endoscopia ( ) Colonoscopia
Data do Procedimento: / / Enfermagem:
Médico Endoscopista: Médico Anestesiologista:

ANTES DO EXAME

Check list antes do exame	Sim	Não	Notas
1. Identificação Correta do Paciente (pulseira, dados corretos, exame correto)?			
2. Preparação do exame realizado corretamente?			
3. Termo de Consentimento Informado do Procedimento devidamente preenchido e assinado			
4. Termo de Consentimento da Informado Anestesia devidamente preenchido e assinado			
5. Paciente em uso de anticoagulante ou antiplaquetário?			
6. Paciente possui alguma alergia? Se sim, cite quais			
7. Paciente possui alguma comorbidade? Se sim, descreva			
8. Qual a identificação do equipamento utilizado? Equipamento em pleno funcionamento? Se não, comunicar supervisor			
9. Presença de Acompanhante? Se não, comunicar supervisor			
10. Paciente trouxe exames anteriores?			
11. Paciente retirou prótese/ adornos/ lente de contato/ peça íntima? Se não, solicitar retirada.			
12. Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:

APÓS O EXAME

Check list após o exame	Sim	Não	Notas
01. Confirmação e Etiqueta dos produtos biológicos? (Nome completo, data de nascimento, nome da mãe, tipo de material, data, responsável)			
02. Médico prescreveu o pedido da biopsia?			
03. Houve complicação do exame? Se sim, notificar			
04. Registro do Procedimento realizado			
05. Problemas do Equipamento?			
06. Check-list anexado no prontuário do paciente?			
Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:
Observações:			

VI. Referências

POP N°05: Assistência Multiprofissional na Colonoscopia. Unidade de Endoscopia. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Versão 1. 2017.

Exame de Colonoscopia. POP.GAS.USD.002. Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Versão 1. 2019.

BRASIL. Resolução RDC n° 6 de 10 de março de 2013. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2013

SOBED – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA. Diretrizes da SOBED: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de aparelhos e acessórios em endoscopia gastrintestinal. Versão 09/09/2017

I. Objetivos

1. OBJETIVO

Padronizar as ações assistenciais relacionadas à realização de procedimento de Colonoscopia no âmbito PLC-GO.

II. Materiais

Torre colonoscopia contendo:

- Colonoscópio montado;
- Garrafa com água;
- Frasco de aspiração de 5000ml;
- Balde com água e detergente enzimático.
- Na mesa auxiliar:
- Luvas de procedimento;
- Medicações diluídas para sedação (conforme sala de endoscopia);
- Frasco de água para injeção de 500ml;
- Gaze;
- Cuba redonda pequena;
- Cuba rim;
- Seringa de 50 ou 60 ml;
- Seringas de 20ml;
- Seringas de 10ml com bico Luer Lock (rosca);
- Frascos de formol para biópsia;
- Xilocaína gel;
- Agulha de aspiração;
- Pinças de biópsia;
- Alça de polipectomia;
- Cata pólipo;
- Gel conduto

Preparar na régua de gases:

- Mamadeira de O2 com intermediário;
- Frasco de aspiração ligado ao frasco da torre;
- Frasco de aspiração em ar comprimido para aspirar secreções se necessário.

Manter em sala:

- Cateter de O2;
- Sondas de aspiração;

- Pacotes para guarda de próteses e óculos dos pacientes;
- Seringas de 5, 10 e 20ml;
- Agulhas 25x7, 25x8, 40x12;
- Material para punção periférica (abocath 20, 22 e 24, garrote, micropore, tesoura);
- Etiquetas para identificação de medicações e frascos de biópsia;
- Luvas de procedimento;
- Frasco com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Caixa de descarte para perfurocortantes;
- Maca vestida com lençol e móvel;
- Suporte de soro móvel;
- Escada com dois degraus;
- Monitor multiparâmetros;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Eletrocautério;
- Computador para laudos

III. Descrição dos passos da atividade

Recepcionar o usuário;

- Realizar confirmação do paciente chamando-o pelo nome e comparando o registro, conferir pulseira de identificação realizando dupla checagem;
- Confirmar o preparo do paciente para o exame (ANEXO 02) e o preenchimento do Termo de Consentimento (ANEXO 01 E ANEXO 04);
- Preencher o checklist de endoscopia/colonoscopia segura (ANEXO 03);
- Confirmar a retirada de próteses, óculos, bonés e adornos;
- Posicionar o paciente em posição lateral, deitado sobre o seu lado esquerdo, para que haja maior conforto para o paciente, evitando náuseas e engasgos. Mantendo-o aquecido e confortável;
- Monitorar paciente para controle de seus sinais vitais;
- Puncionar acesso venoso em MSE, preferencialmente;
- Instalar e controlar oxigeno terapia se necessário
- Avaliar nível de consciência;
- Realizar manobras de abertura de vias aéreas/aspiração de secreções se necessário;
- Auxiliar nos procedimentos médicos;
- Identificar protocolar e encaminhar as amostras coletadas para exames, com atenção aos descritores de identificação do paciente;

- Proceder os registros de enfermagem;
- Dar o destino adequado à instrumentos e materiais utilizados;
- Assegurar a segurança dos pacientes contra risco de queda, devido ao efeito sedativo;
- Após o término do exame o paciente será encaminhado para sala de repouso, até a neutralização completa dos efeitos sedativos e/ou anestésico;
- Retorno a atividades de acordo com orientação médica. O paciente somente será liberado após alta médica e presença de acompanhante maior de idade;
- Orientá-lo que informe ao seu médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômito nas 24 horas após o exame;
- Armazenar o colonoscópio na caixa organizadora denominada “SUJO” e encaminhar para sala de reprocessamento para dar início a limpeza e desinfecção.

Observações:

- Na colonoscopia são realizados procedimentos de biópsia e polipectomia, como na endoscopia, porém com instrumentais específicos.
- O fragmento pode ser coletado com a própria pinça, como na biópsia, ou com a alça.
- Porém, na polipectomia com alça, normalmente, é necessário coletar o pólipo com um cata pólipo. O médico instila a água e a aspira. O pólipo vem com a água pela aspiração e fica retido no cata pólipo que deve ser colocado entre o colonoscópio e a borracha de aspiração, na torre.
- Na sala há um armário para guarda de documentos e equipamentos específicos da colonoscopia e do ultrassom endoscópico, onde estão as válvulas do aparelho de ultrassom e algumas tampas de canal de colonoscópio furadas para realização de biópsias.
- O paciente deve ser registrado em livro controle, observando o médico que executou o procedimento.
- O laudo do exame deve ser impresso em duas vias, uma via para o paciente e uma via para arquivo na pasta do médico que efetuou o exame.
- As amostras de biópsia devem ser protocoladas e identificadas corretamente para encaminhamento à patologia.
- O médico é responsável pela elaboração do laudo do exame após o procedimento e entrega na Central de Exames.

IV. Siglas e Definições

V. Anexos

4.1 Termo de Consentimento para realização do exame de Colonoscopia;

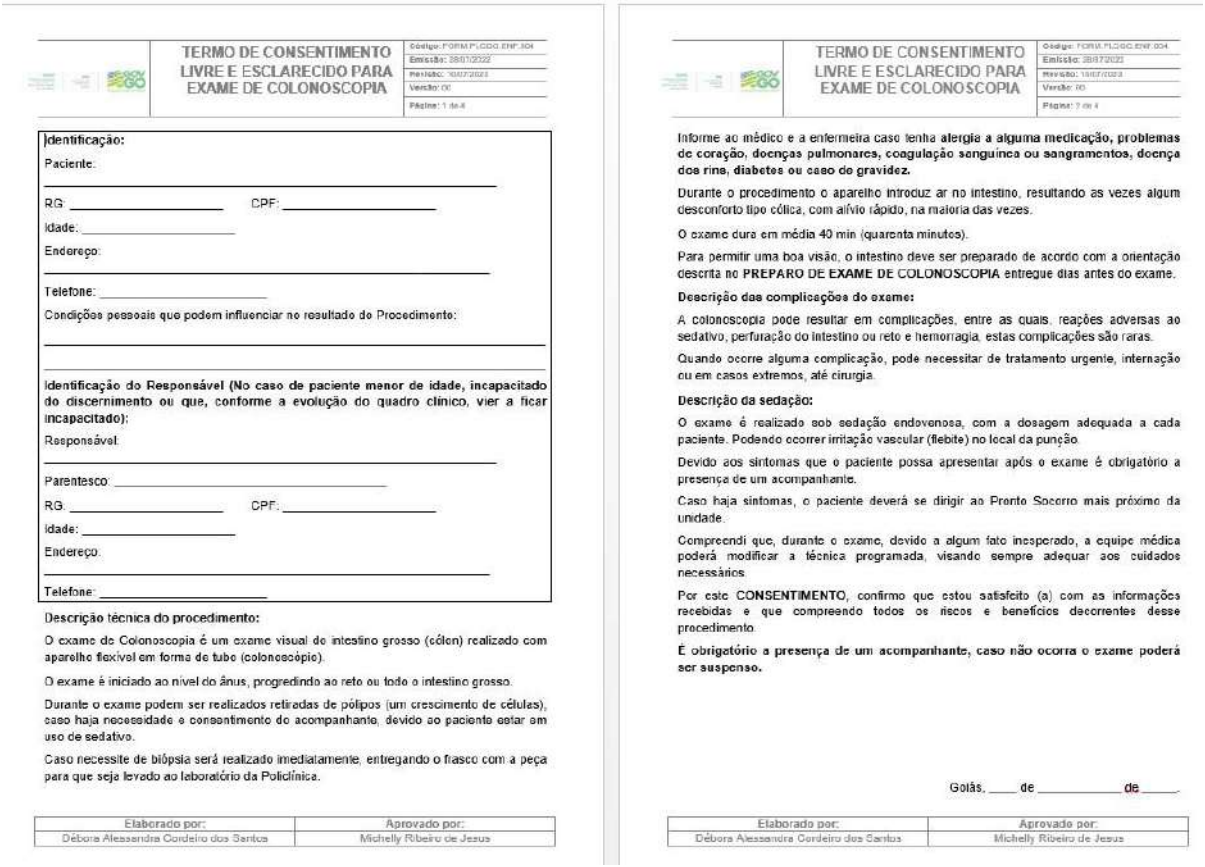
4.2 Termo de Ciência e Consentimento para anestesia;

4.3 Preparo para exame de Colonoscopia;

4.4 Checklist de Endoscopia/Colonoscopia segura;

4.5 POP limpeza e desinfecção de endoscópios.

Anexo 1: Termo de consentimento para realização do exame de Colonoscopia.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Identificação do Responsável (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Responsável:

Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Descrição técnica do procedimento:

O exame de Colonoscopia é um exame visual do intestino grosso (cólon) realizado com aparelho flexível em forma de tubo (colonoscópio).

O exame é iniciado ao nível do ânus, progredindo ao reto ou todo o intestino grosso.

Durante o exame podem ser realizados retiradas de pólipos (um crescimento de células), caso haja necessidade e consentimento do acompanhante, devido ao paciente estar em uso de sedativo.

Caso necessite de biópsia será realizado imediatamente, entregando o frasco com a peça para que seja levado ao laboratório da Policlínica.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Informe ao médico e a enfermeira caso tenha **alergia a alguma medicação, problemas de coração, doenças pulmonares, coagulação sanguínea ou sangramentos, doença dos rins, diabetes ou caso de gravidez.**

Durante o procedimento o aparelho introduz ar no intestino, resultando as vezes algum desconforto tipo cólica, com alívio rápido, na maioria das vezes.

O exame dura em média 40 min (quarenta minutos).

Para permitir uma boa visão, o intestino deve ser preparado de acordo com a orientação descrita no **PREPARO DE EXAME DE COLONOSCOPIA** entregue dias antes do exame.

Descrição das complicações do exame:

A colonoscopia pode resultar em complicações, entre as quais, reações adversas ao sedativo, perfuração do intestino ou reto e hemorragia, estas complicações são raras.

Quando ocorre alguma complicação, pode necessitar de tratamento urgente, internação ou em casos extremos, até cirurgia.

Descrição da sedação:

O exame é realizado sob sedação endovenosa, com a dosagem adequada a cada paciente. Podendo ocorrer irritação vascular (flebite) no local da punção.

Devido aos sintomas que o paciente possa apresentar após o exame é obrigatório a presença de um acompanhante.

Caso haja sintomas, o paciente deverá se dirigir ao Pronto Socorro mais próximo da unidade.

Compreendi que, durante o exame, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica programada, visando sempre adequar aos cuidados necessários.

Por este **CONSENTIMENTO**, confirmo que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes desse procedimento.

É obrigatório a presença de um acompanhante, caso não ocorra o exame poderá ser suspenso.

Goiás, ____ de _____ de _____.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

Anexo 2: Preparo para exame de Colonoscopia:

PREPARO PARA COLONOSCOPIA PERÍODO DA MANHÃ

Paciente: _____
Data do exame: ____/____/2022
Horário: ____:____

DIETA DO DIA ANTERIOR AO EXAME

Café da manhã: Água, chá, água de coco, isotônico (ex: Gatorade) de cor clara, bolacha de água e sal, torrada sem manteiga, gelatina e sucos coados, café, refrigerantes e geleias.

Almoço: Arroz branco, frango ou peixe grelhado sem pele, macarrão sem molho, purê de batata e gelatina.

Jantar: Chá, isotônico, sucos coados, torradas sem manteiga, geleias, macarrão tipo miojo, sopas, balidas ou canja.

Laxante: BISACODIL (lactopurga) ou Humectol D. Tomar 2 comprimidos ás 12 horas e 2 comprimidos ás 18 horas.

OBSERVAÇÃO:

NÃO COMER FRUTAS E/OU VERDURAS, NEM TOMAR LEITE OU DERIVADOS NA VÉSPERA DO EXAME.

PREPARO (NO DIA DO EXAME): ____/____/_____ ÀS _____:_____ HORAS.

Diluir 1 frasco de IMOLAC (200ml) em 400ml de suco de laranja ou limão, coado e sem açúcar. Iniciar a ingestão 5 horas **ANTES** do horário marcado para o exame. Dividir 600ml em 4 copos em quantidade iguais e tomar 1 copo de 15 em 15 minutos. Durante a ingestão do IMOLAC beber bastante água. **AO TÉRMINO DO IMOLAC NÃO INGERIR NENHUM LÍQUIDO ATÉ A REALIZAÇÃO DO EXAME.**

Eu _____, portador (a) do documento de identidade nº _____, declaro estar informado (a), orientado (a), quanto ao preparo do exame a ser realizado e quanto à obrigatoriedade da presença de um acompanhante maior de 18 anos. Em decorrência dos efeitos da medicação sedativa, não poderei voltar dirigindo e nem em garupa de moto. Não poderei realizar atividades que necessitem de atenção no período de 24 horas após o exame. Se o meu acompanhante não estiver presente no momento em que eu for chamado, o exame não será realizado, passando a vez para o próximo paciente, até que o acompanhante esteja presente. Ciente, me responsabilizo e assino abaixo.

Goiás, ___ de _____ de 20____.

PREPARO PARA COLONOSCOPIA PERÍODO DA TARDE

Paciente: _____
Data do exame: ____/____/2022
Horário: ____:____

VÉSPERA DO EXAME

Dieta líquida sem resíduos, ingerir apenas os alimentos recomendados abaixo:

Alimentos liberados: Pão branco, bolacha de água e sal, torrada (não integral), gelatinas, flan, macarrão sem molho, purê de batata, frango ou peixe grelhado, arroz.

Líquidos liberados: Água, suco sem polpa, chás, refrigerantes, isotônicos, água de coco 3-4 litros.

A ingestão dos seguintes alimentos **PREJUDICA** o preparo: Frutas, verduras, castanhas, leite, sementes, queijo, café, molhos vermelhos, bebidas escuras (vermelhas, roxa, etc.)

Ingerir grande quantidade de líquidos: (MÍNIMO DE 3-4 LITROS)

Ingerir no dia anterior ao exame 20:00 – 3 comprimidos de BISACODIL (lactopurga) 10mg OU 6 comprimidos de BISACODIL (lactopurga) 5mg

DIA DO EXAME

Ingerir no dia do exame – **07:00 da manhã**:

SOLUÇÃO DE PICOSSULFATO DE SÓDIO 10mg (manipulado)

Diluir 2 envelopes em 300ml de líquido claro e ingerir todo conteúdo.

OU

SOLUÇÃO DE MANITOL

2 frascos de manitol a 20% (250ml) + 2 frascos de Simeticona (15ml) + 500ml de suco cítrico sem açúcar.

Tomar 1 copo (200ml) de 15 em 15 minutos até terminar.

ORIENTAÇÕES

MANTER JEJUM

6 horas para alimentos sólidos – Comer até às: ____:____

4 horas para alimentos líquidos – Beber até as: ____:____

Se possível caminhar em quanto toma o preparo;

Avaliar a qualidade do preparo, não podendo haver resíduos de evacuações;

Suspender medicação para diabetes no período de jejum;

Suspender o uso de anticoagulantes ou agregantes plaquetários como AAS e Clopidogrel 5 dias antes do exame e Xarelto 2 dias antes do exame;

De preferência usar roupas confortáveis, calçados baixos e evitar o uso de joias e adornos;

Em pacientes com quadro de sangramento digestivo baixos deve ser realizado preferencialmente o preparo anterógrado em uso de manitol, mas esses casos também, devem ser avaliados individualmente;

A FALTA DO ACOMPANHANTE É MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO EXAME!

No caso de preparo insatisfatório fazer 1 frasco de clister glicerinado ou FOSFHO ENEMA via retal.

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade nº _____, declaro estar informado (a), orientado (a), quanto ao preparo do exame a ser realizado e quanto à obrigatoriedade da presença de um acompanhante maior de 18 anos. Em decorrência dos efeitos da medicação sedativa, não poderei voltar dirigindo e nem em garupa de moto. Não poderei realizar atividades que necessitem de atenção no período de 24 horas após o exame. Se o meu acompanhante não estiver presente no momento em que eu for chamado, o exame não será realizado, passando a vez para o próximo paciente, até que o acompanhante esteja presente. Ciente, me responsabilizo e assino a baixo.

Goiás, _____ de _____ de 20_____.

_____
Assinatura do paciente

Anexo 3: Checklist de endoscopia/colonoscopia segura

CHECKLIST DIÁRIO DOS PROCEDIMENTOS SEGURO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

Nome do Paciente:
Nome social:
Nome da Mãe:
Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. ( ) _____ | Data de Nascimento: ___/___/___

Tipo de Exame: ( ) Endoscopia ( ) Colonoscopia
Data do Procedimento: ___/___/___ | Enfermagem:
Médico Endoscopista: | Médico Anestesiologista:

ANTES DO EXAME

Check list antes do exame	Sim	Não	Notas
1. Identificação Correta do Paciente (pulseira, dados corretos, exame correto)?			
2. Preparação do exame realizado corretamente?			
3. Termo de Consentimento Informado do Procedimento devidamente preenchido e assinado			
4. Termo de Consentimento da Informado Anestesia devidamente preenchido e assinado			
5. Paciente em uso de anticoagulante ou antiplaquetário?			
6. Paciente possui alguma alergia? Se sim, cite quais			
7. Paciente possui alguma comorbidade? Se sim, descreva			
8. Qual a identificação do equipamento utilizado? Equipamento em plena funcionamento? Se não, comunicar supervisor			
9. Presença do Acompanhante? Se não, comunicar supervisor			
10. Paciente trouxe exames anteriores?			
11. Paciente retirou próteses/ adornos/ lente de contato/ peça íntima? Se não, solicitar retirada.			
12. Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:

APÓS O EXAME

Check list após o exame	Sim	Não	Notas
01. Confirmação e Etiqueta dos produtos biológicos? (Nome completo, data de nascimento, nome da mãe, tipo de material, data, assinatura).			
02. Médico preservou a pedido da biopsia?			
03. Houve complicação do exame? Se sim, notificar			
04. Registro do Procedimento realizado			
05. Problemas do Equipamento?			
06. Check-list anexado no prontuário do paciente?			
Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:
Observações:			

VI. Referências

POP N°05: Assistência Multiprofissional na Colonoscopia. Unidade de Endoscopia. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Versão 1. 2017. Exame de Colonoscopia.

POP.GAS.USD.002. Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Versão 1. 2019

POP.SADT.002- universidade federal do Tocantins hospital de doenças tropicais - Realização de procedimento de colonoscopia- HDT/ EBDERH, 2020.

AREA DA ATIVIDADE

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

A Organização Mundial de Saúde – OMS define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo proposito e selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transforma-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde.

Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O Setor de Faturamento está subordinado a Diretoria Administrativa, devendo obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão da Policlínica. O Setor de Faturamento e responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas hospitalares dos clientes internos e externos, SUS e dos demais convênios contratados pela Policlínica.

No Setor de Faturamento são elaboradas contas hospitalares dos diversos clientes que adentrem a Policlínica, sendo de fundamental importância que o serviço esteja sempre atualizado no que diz respeito às normas, diretrizes, portarias, tabelas e demais informações necessárias para a execução de suas atividades.

O Setor de Faturamento tem por finalidades:

I. Confeccionar as contas de todos os clientes que adentram a Policlínica, segundo tabelas e normas firmadas mediante contrato prévio;

II. Conservar os sistemas de registros de todas as despesas, tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;

III. Confecção de relatórios de produção do faturamento encaminhando-o a Diretoria que darão subsídios para tomada de decisões, avaliações do desempenho e da produtividade de instituição.

O HORARIO DE TRABALHO

O Setor de Faturamento trabalha no horário das 08:00 as 17:00 segunda a sexta-feira sempre com intervalo de 1h para almoço.

I. Objetivos

O objetivo da criação de um POP é orientar o colaborador sobre suas atribuições na execução do faturamento da Unidade

II. Materiais

Agenda
Computador

III. Descrição dos passos da atividade

3.1 Atribuições do faturista

- Enviar relatório BPA-I e BPA-C para equipe de faturamento da SES
- Monitorar de forma contínua a vinculação de prestadores no CNES, realizando o envio de dados ao responsável para as atualizações necessárias
- Verificar lançamentos dos atendimentos realizados na Unidade identificar e se possível corrigir inconsistências de procedimentos (vinculação CNES, SIGTAP, CBO, erro no cadastro de pacientes …)
- Realizar o envio de procedimentos SISCAN separado dos demais procedimentos realizados na Unidade
- Coletar dados de novos prestadores e repassar para o TI realizar cadastro e solicitar para a SES a vinculação do prestador a Unidade
- Manter a OS informada sobre as aprovações e reprovações dos BPA apresentados a SES

IV. Siglas e Definições

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

BPA C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

BPA I - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRE – Complexo Regulador

CREMEGO - Conselho Regional de Medicina do Estado de Goias

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OS - Organização Social

SES – Secretária Estadual de Saúde

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

V. Anexos

N/A

VI. Referências

Regimento interno e Sistema MV

I. Objetivos

Direcionar o colaborador a realizar a correção e se necessário a atualização dos procedimentos lançados para a prestação de contas do faturamento.

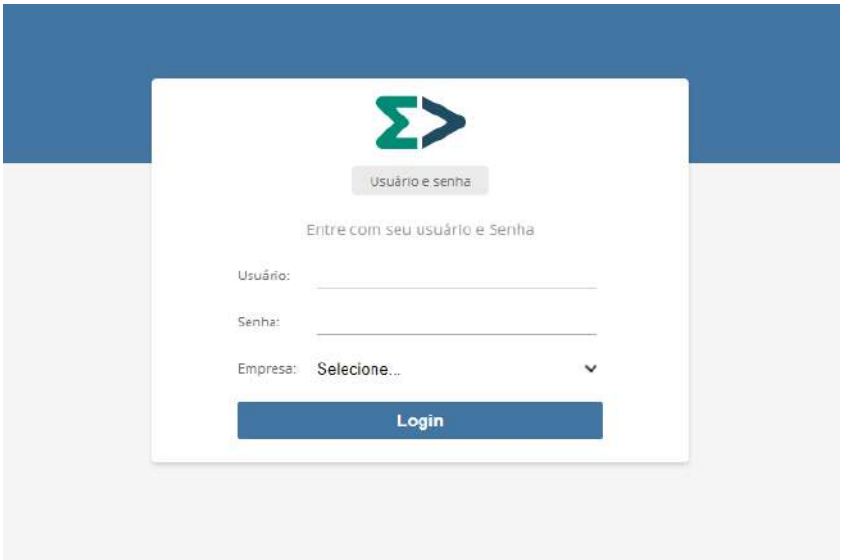
II. Materiais

Agenda
Computador

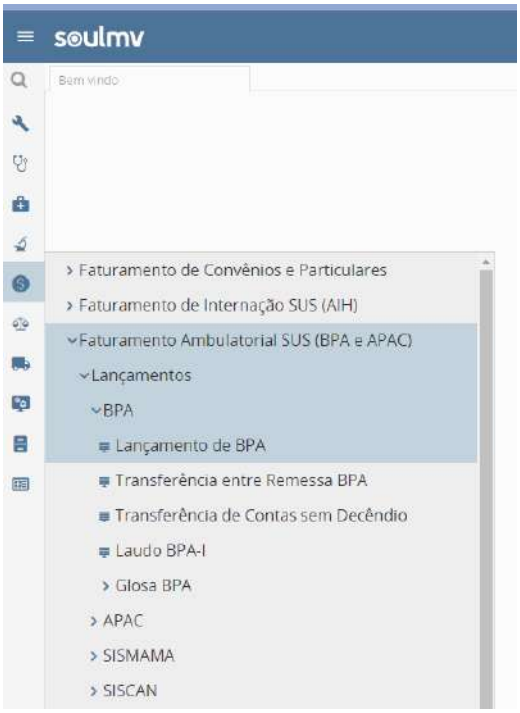
III. Descrição dos passos da atividade

Acessar o MV

Informar Login e Senha

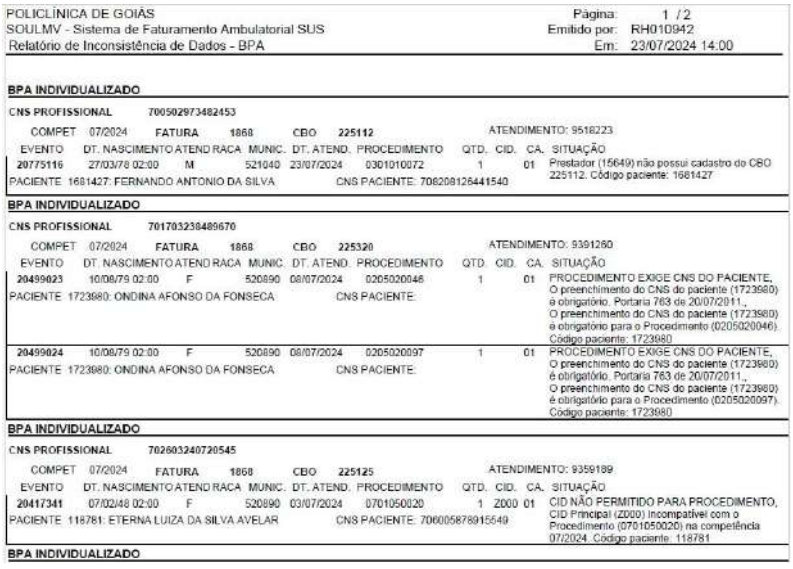


Faturamento / Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) / Lançamentos / BPA / Lançamento de BPA



- Verificar lançamentos dos atendimentos realizados na Unidade identificar e se possível corrigir inconsistências de procedimentos (vinculação CNES, SIGTAP, CBO, erro no cadastro de pacientes …)

Relatório de inconsistências de dados BPA – MV



POLICLÍNICA DE GOIÁS — Página: 1 / 2
SOULMV - Sistema de Faturamento Ambulatorial SUS — Emitido por: RH010942
Relatório de Inconsistência de Dados - BPA — Em: 23/07/2024 14:00

BPA INDIVIDUALIZADO

CNS PROFISSIONAL 700502973482453 — COMPET 07/2024 — FATURA 1868 — CBO 225112 — ATENDIMENTO: 9518223

EVENTO	DT. NASCIMENTO	ATEND	RACA	MUNIC.	DT. ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	SITUAÇÃO
20775116	27/03/78 02:00	M		521040	23/07/2024	0301010072	1		01	Prestador (15649) não possui cadastro do CBO 225112. Código paciente: 1681427

PACIENTE 1681427: FERNANDO ANTONIO DA SILVA — CNS PACIENTE: 708208126441540

BPA INDIVIDUALIZADO

CNS PROFISSIONAL 701703238489670 — COMPET 07/2024 — FATURA 1868 — CBO 225320 — ATENDIMENTO: 9391260

EVENTO	DT. NASCIMENTO	ATEND	RACA	MUNIC.	DT. ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	SITUAÇÃO
20499023	10/08/79 02:00	F		520890	08/07/2024	0205020046	1		01	PROCEDIMENTO EXIGE CNS DO PACIENTE, O preenchimento do CNS do paciente (1723980) é obrigatório. Portaria 763 de 20/07/2011., O preenchimento do CNS do paciente (1723980) é obrigatório para o Procedimento (0205020046). Código paciente: 1723980
20499024	10/08/79 02:00	F		520890	08/07/2024	0205020097	1		01	PROCEDIMENTO EXIGE CNS DO PACIENTE, O preenchimento do CNS do paciente (1723980) é obrigatório. Portaria 763 de 20/07/2011., O preenchimento do CNS do paciente (1723980) é obrigatório para o Procedimento (0205020097). Código paciente: 1723980

PACIENTE 1723980: ONDINA AFONSO DA FONSECA — CNS PACIENTE:

BPA INDIVIDUALIZADO

CNS PROFISSIONAL 702603240720545 — COMPET 07/2024 — FATURA 1868 — CBO 225125 — ATENDIMENTO: 9359189

EVENTO	DT. NASCIMENTO	ATEND	RACA	MUNIC.	DT. ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD.	CID.	CA.	SITUAÇÃO
20417341	07/02/48 02:00	F		520890	03/07/2024	0701050020	1	Z000	01	CID NÃO PERMITIDO PARA PROCEDIMENTO, CID Principal (Z000) incompatível com o Procedimento (0701050020) na competência 07/2024. Código paciente: 118781

PACIENTE 118781: ETERNA LUIZA DA SILVA AVELAR — CNS PACIENTE: 706005878915549

BPA INDIVIDUALIZADO

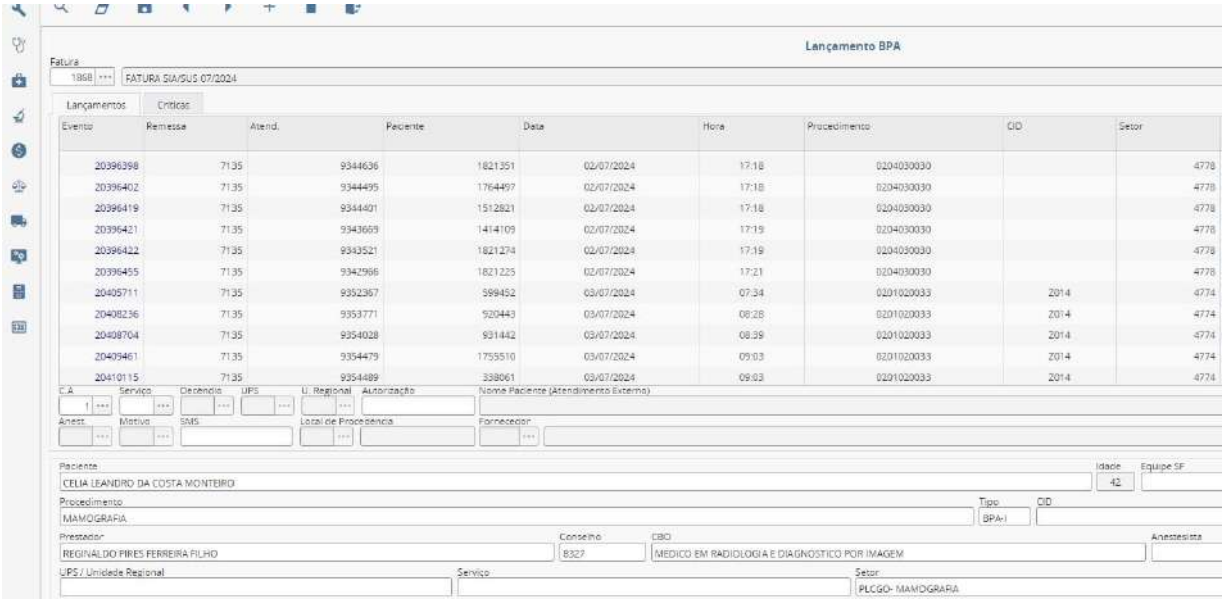
Relatório de ocorrências na consistência – SES

```
BDSIA202406b************************************************************ 05.03
 SES-GO              SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS      SAS/DATASUS/0350
 15/07/2024  RELATORIO DE OCORRENCIAS NA CONSISTENCIA - JUN/2024       16:53:07
 ********************************************************************************PMB
 *** TOTAIS DE OCORRENCIAS ENCONTRADAS ****

 GRUPO COD.ERRO  QTD. DESCRICAO
 ------------------------------------------------------------------------------
   NOR ERRC        74 CNS DO PROFISSIONAL NAO ENCONTRADO NO ESTAB/EQUIPE
   NOR ERRj        18 CPF PACIENTE, INVALIDO.
   NOR PAM3        61 PROCED.EXIGE SERV./CLASS. NAO CADAST. NO CNES
   NOR PAMb         1 SERV/CLASS INFORMADO NO ATENDIMENTO,INVAL.OU OBRIG.

 LEGENDA DE GRUPO DE OCORRENCIAS :
 GRV : ERRO GRAVE - NAO PERMITE EXECUTAR CALCULO DO VALOR BRUTO, ACERTE NA ORIGEM (FPO OU CNES)
 ACE : ACERTO - ACERTO DA PRODUCAO, EXECUTE CONSISTENCIA NOVAMENTE.
 AVS : AVISO - AVISO DE CORRECAO NA PRODUCAO, EXECUTE CONSISTENCIA NOVAMENTE.
 NOR : NORMAL - PROBLEMA NA PRODUCAO, NAO SERA APROVADO ENQUANTO PERSISTIR O PROBLEMA.
 ADV : ADVERTENCIA - PODE SER VERIFICADO, NAO HA GLOSA NESTA MENSAGEM.
```

separação de procedimentos SISCAN dos demais procedimentos realizados na Unidade



CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS SISCAN
0204030030	MAMOGRAFIA
0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
0201020033	COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS SISCAN
0204030030	MAMOGRAFIA
0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
0201020033	COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO
0203010043	CITOPATOLÓGICO DE MAMA

- Manter a OS informada sobre as inconsistências de procedimentos.

IV. Siglas e Definições

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SES – Secretária Estadual de Saúde
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

Regimento interno e Sistema MV

I. Objetivos

Direcionar o colaborador a realizar a atualização do cadastro de pacientes, para a execução da prestação de contas do faturamento da Unidade

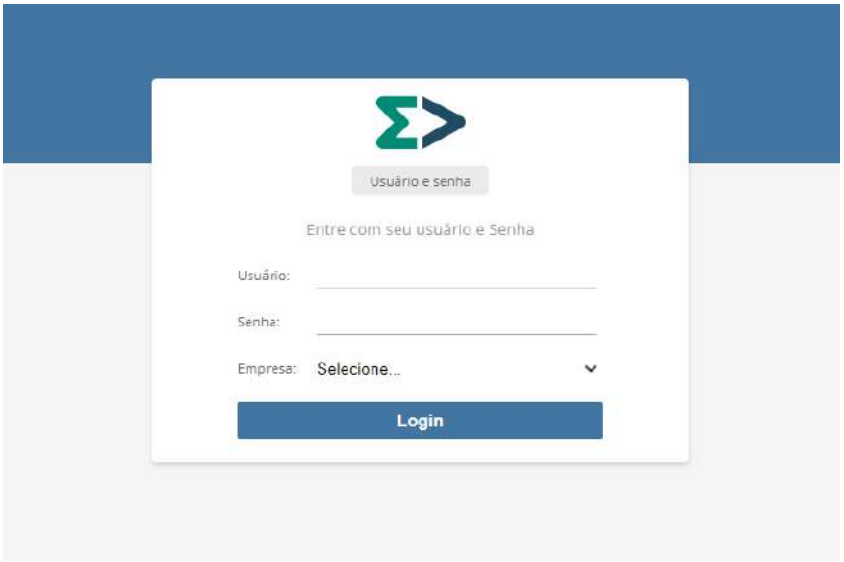
II. Materiais

Agenda
Computador

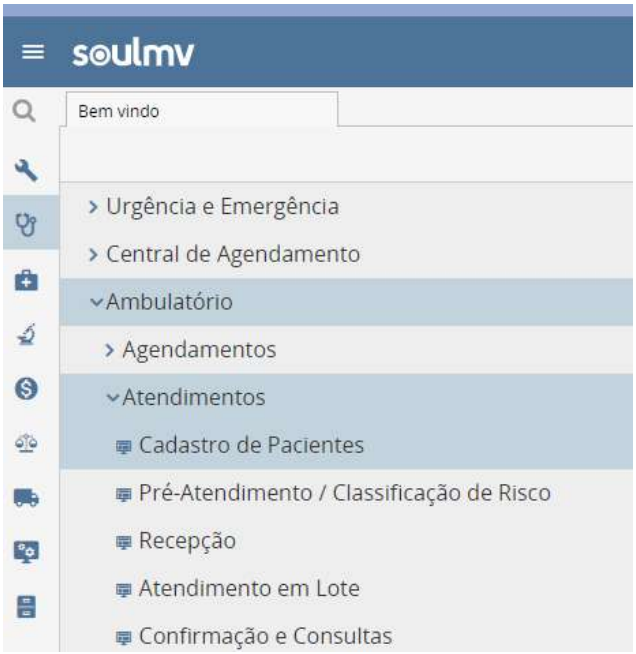
III. Descrição dos passos da atividade

Acessar o MV

Informar Login e Senha



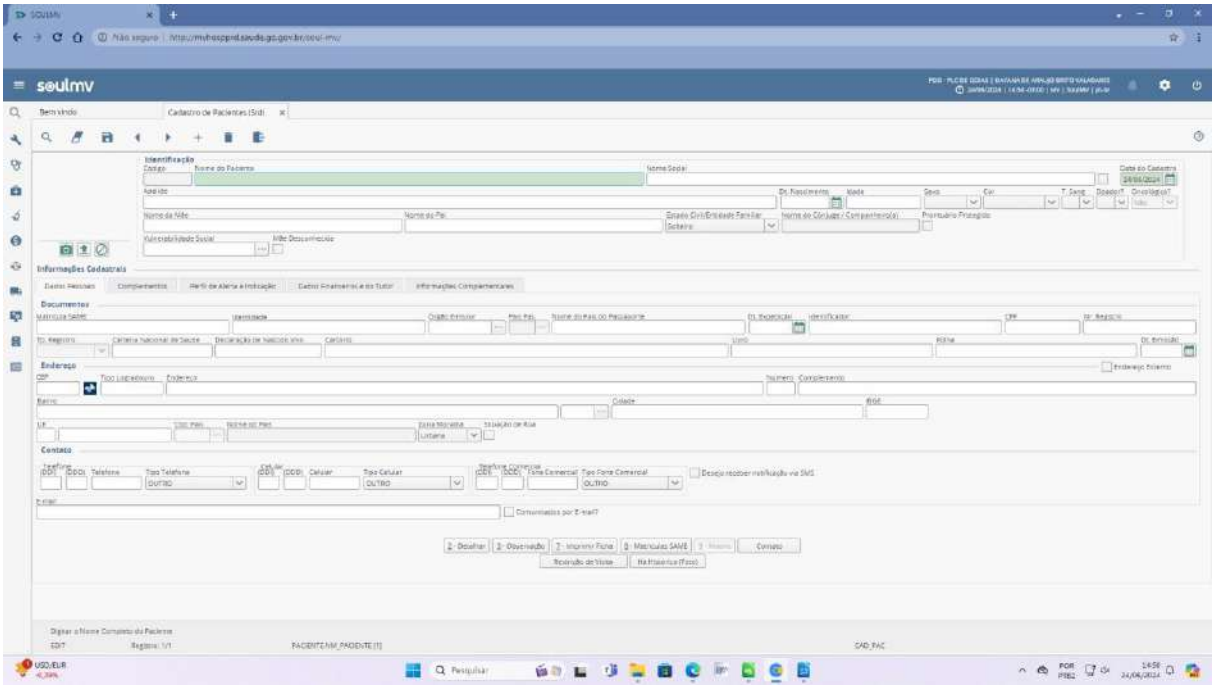
Atendimento / Ambulatório / Atendimentos / Cadastro de Paciente



Realizar correção obrigatória no cadastro do paciente no MV para realizar exportação do BPA.

Dados Obrigatório:

- Nome completo
- CPF
- Carteira Nacional de Saúde
- Nome da mãe
- Endereço completo com cep, setor, rua, número...
- Data de nascimento
- Telefone para contato
- Em caso de indígena, adicionar complemento de etnia



IV. Siglas e Definições

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CEP - Código de Endereço Postal

CPF - Cadastro de Pessoa Física

MV - Sistema de Agendamento

V. Anexos

N/A

VI. Referências

Sistema MV

I. Objetivos

Direcionar o prestador a realizar a exportação BPA com as orientações da Secretaria de Saúde Estadual

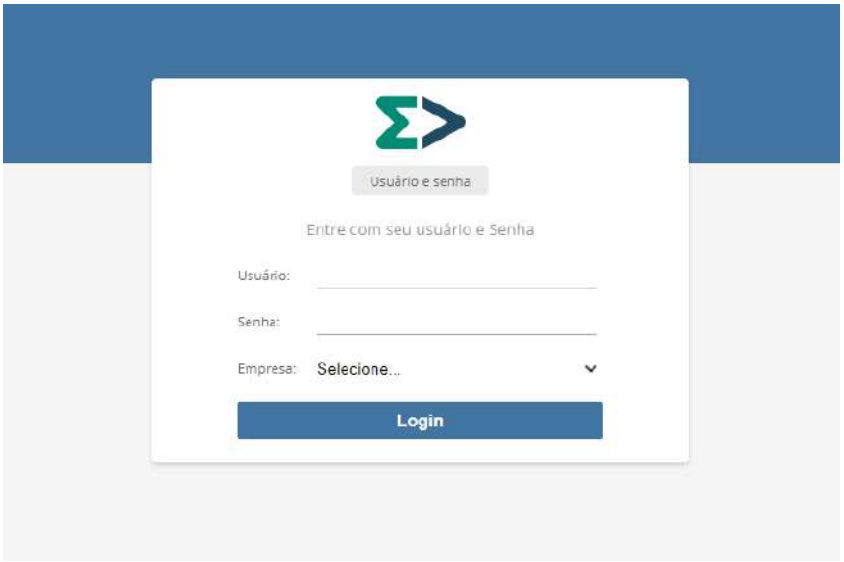
II. Materiais

Agenda
Computador

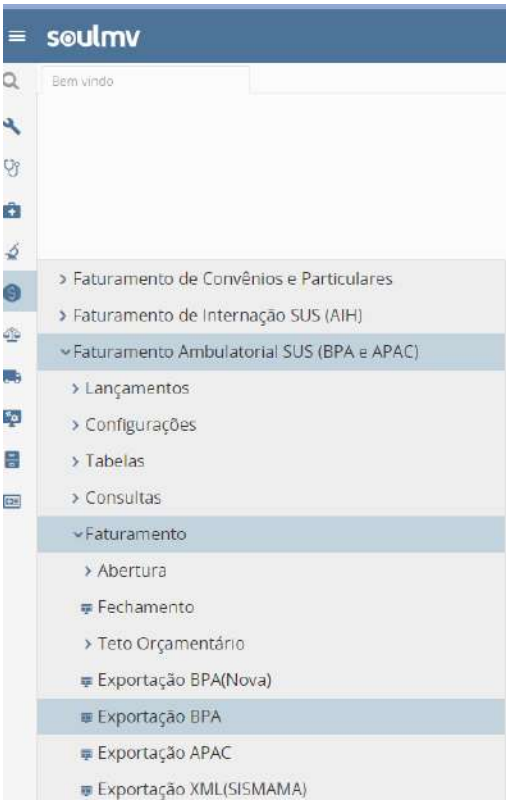
III. Descrição dos passos da atividade

Acessar o MV

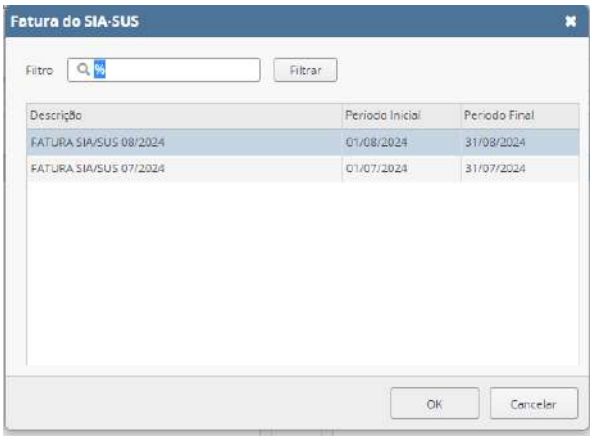
Informar Login e Senha



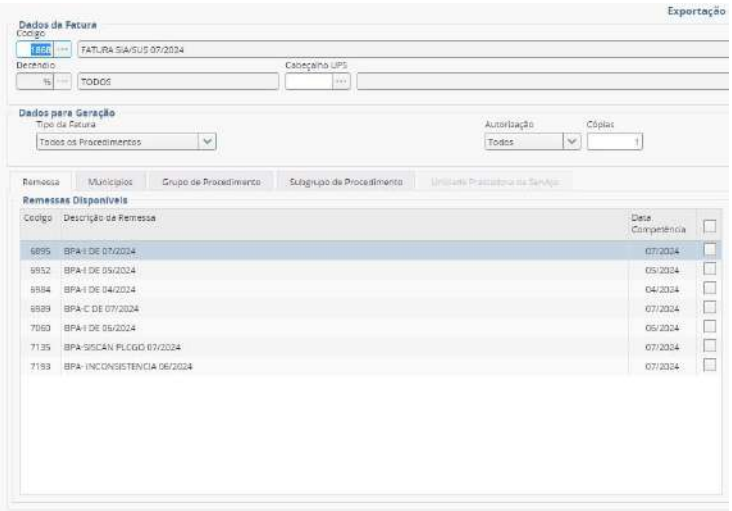
Faturamento / Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC) / Faturamento / Exportação BPA



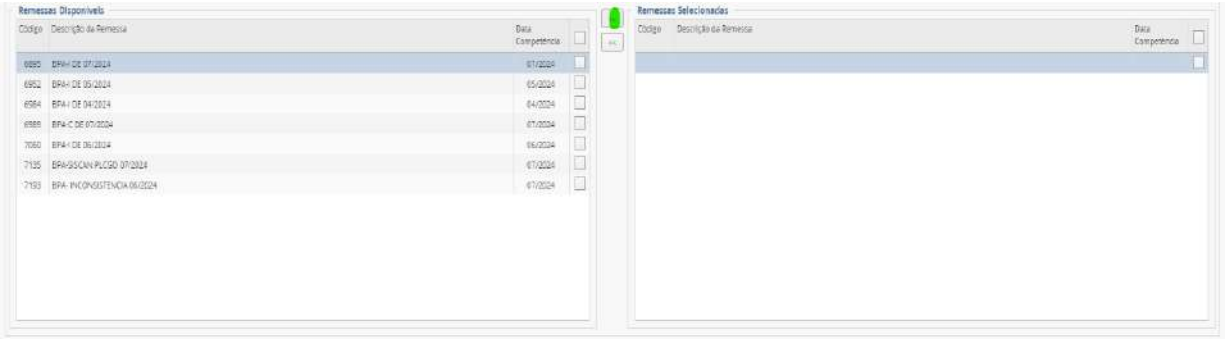
- Verificar correções pendentes obrigatórias para exportar o boletim de produção.
- Verificar antes de realizar a exportação do BPA se o envio de procedimentos SISCAN foi devidamente separado dos demais procedimentos realizados na Unidade
- Selecionar a fatura desejada para exportação



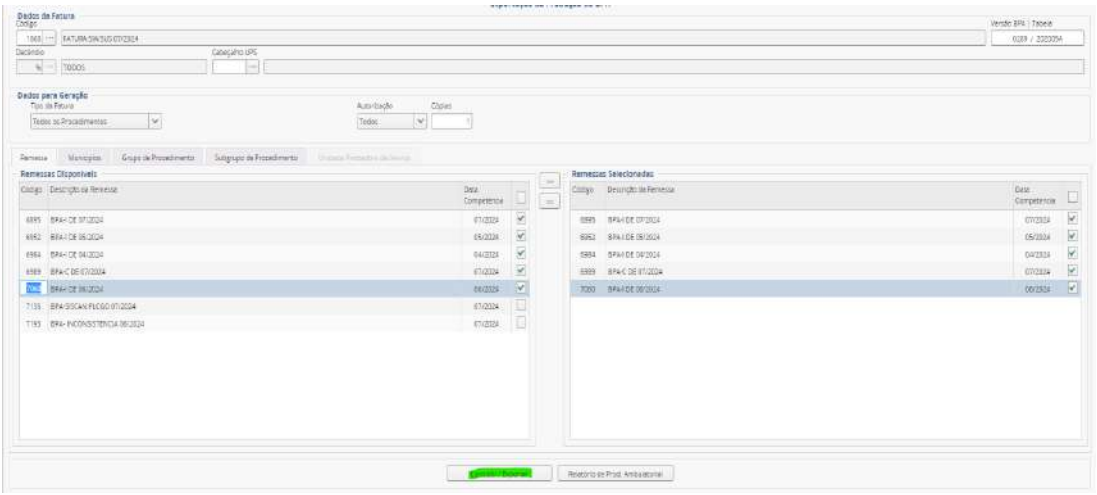
- Selecionar as remessas que serão apresentadas no quadro de remessas disponíveis

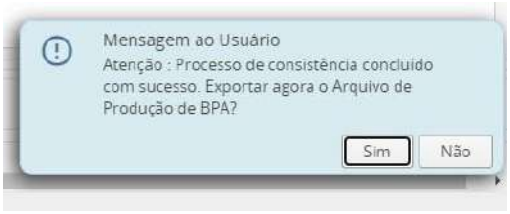


- Realizar a exportação para o quadro de remessas selecionadas clicando na primeira seta superior que fica entre o quadro de remessas disponíveis e remessas selecionadas



- Após realizar a transferência das remessas que serão apresentadas, clicar em consistir / exportar.





- Essa notificação indica que todas as correções foram realizadas e que o arquivo pode ser exportado. Clicar “sim” e salvar para enviar o relatório por e-mail a Secretaria Estadual de Saúde.
  sia.sesgo@gmail.com

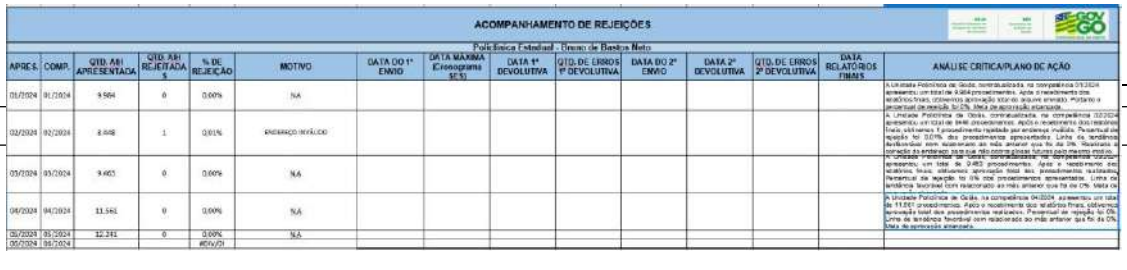
- Enviar o arquivo BPA-I e BPA-C para SES via e-mail sia.sesgo@gmail.com , respeitando o cronograma pré estabelecido pela SES.

CRONOGRAMA 2024 - ENTREGA DA REMESSA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR E CNES E DEVOLUÇÃO DE RELATÓRIOS DE REJEIÇÕES PARA CORREÇÕES								
	ESTABEL >>SESGO	ESTABEL >>SESGO	SESGO>>ESTABEL	ESTABEL >>SESGO	SESGO>>ESTABEL	ESTABEL >>SESGO		SESGO>>ESTABEL
COMPETÊNCIA	ATUALIZAÇÃO DO CNES (PARA VALIDAR FATURAMENTO)	RECEBIMENTO DAS PRIMEIRAS REMESSAS DE PRODUÇÃO	ENVIO DOS 1º RELATÓRIOS COM REJEIÇÕES PRÉVIOS	RECEBIMENTO DAS REMESSAS DE PRODUÇÃO CORRIGIDA (1ª CORREÇÃO)	ENVIO DOS 2º RELATÓRIOS COM REJEIÇÕES PRÉVIOS	RECEBIMENTO DAS REMESSAS DE PRODUÇÃO CORRIGIDA (2ª CORREÇÃO)	FECHAMENTO (NÃO RECEBE MAIS PRODUÇÕES E/OU CORREÇÕES)	ENVIO DOS RELATÓRIOS COM REJEIÇÕES DEFINITIVAS
	DATA FINAL	PRODUÇÃO 01	FEEDBACK 01	PRODUÇÃO 02	FEEDBACK 02	PRODUÇÃO 03		
JANEIRO	01/02/2024	09/02/2024	14/02/2024	16/02/2024	20/02/2024	23/02/2024	27/02/2024	01/03/2024
FEVEREIRO	01/03/2024	08/03/2024	15/03/2024	19/03/2024	22/03/2024	25/03/2024	27/03/2024	01/04/2024
MARÇO	01/04/2024	10/04/2024	16/04/2024	19/04/2024	23/04/2024	25/04/2024	26/04/2024	01/05/2024
ABRIL	02/05/2024	10/05/2024	15/05/2024	17/05/2024	22/05/2024	24/05/2024	27/05/2024	03/06/2024
MAIO	03/06/2024	10/06/2024	14/06/2024	18/06/2024	20/06/2024	24/06/2024	26/06/2024	01/07/2024
JUNHO	01/07/2024	10/07/2024	15/07/2024	18/07/2024	22/07/2024	24/07/2024	26/07/2024	01/08/2024
JULHO	02/08/2024	10/08/2024	15/08/2024	20/08/2024	23/08/2024	26/08/2024	28/08/2024	02/09/2024
AGOSTO	02/09/2024	09/09/2024	16/09/2024	19/09/2024	23/09/2024	25/09/2024	27/09/2024	01/10/2024
SETEMBRO	01/10/2024	10/10/2024	15/10/2024	17/10/2024	21/10/2024	23/10/2024	25/10/2024	01/11/2024
OUTUBRO	01/11/2024	08/11/2024	15/11/2024	19/11/2024	22/11/2024	25/11/2024	27/11/2024	02/12/2024
NOVEMBRO	02/12/2024	10/12/2024	13/12/2024	18/12/2024	20/12/2024	23/12/2024	25/12/2024	02/01/2025
DEZEMBRO	03/01/2025	10/01/2025	16/01/2025	20/01/2025	22/01/2025	24/01/2025	28/01/2025	03/02/2025

OBS.: ENVIO DOS 1º RELATÓRIOS COM REJEIÇÕES PRÉVIOS (FEEDBACK 01) PODE SOFRER ALTERAÇÃO CASO A DISPONIBILIZAÇÃO DO TXT DEFINITIVO (PROCESSAMENTO) SOFRA ATRASO;
OBS.: CASO NÃO HAJA RECEBIMENTO DAS PRIMEIRAS REMESSAS DE PRODUÇÃO NO PRAZO ESTIPULADO NÃO TERÁ ENVIO DOS 1º RELATÓRIOS COM REJEIÇÕES PRÉVIAS (FEEDBACK 01);
OBS.: CASO NÃO HAJA RECEBIMENTO DAS REMESSAS DE PRODUÇÃO CORRIGIDA (1ª E 2ª CORREÇÕES) SERÁ REALIZADO O FECHAMENTO CONSIDERANDO A PRIMEIRA REMESSA;
OBS.: ATUALIZAÇÃO DO CNES PODE SER ENVIADO A QUALQUER DIA, QUANTAS REMESSAS FOREM NECESSÁRIAS ATÉ DA DATA ESTIPULADA PARA A COMPETÊNCIA;
OBS.: O ENVIO DO RELATÓRIO COM REJEIÇÕES DEFINITIVAS PODE SOFRER ATRASO, POIS SERÁ ENVIADO SOMENTE APÓS DATASUS/MS REALIZAR O CARREGAMENTO DA REMESSA.

CRONOGRAMA DATASUS/MS			
COMPETÊNCIA	ENVIO DA REMESSA DO CNES	DISPONIBILIZAÇÃO DO TXT DEFINITIVO (PROCESSAMENTO)	ENVIO DA REMESSA DO SIA/SIH
	DATASUS/MS	DATASUS/MS	DATASUS/MS
JANEIRO	07/02/2024	13/02/2024	29/02/2024
FEVEREIRO	07/03/2024	13/03/2024	29/03/2024
MARÇO	05/04/2024	11/04/2024	29/04/2024
ABRIL	08/05/2024	14/05/2024	29/05/2024
MAIO	07/06/2024	13/06/2024	28/06/2024
JUNHO	05/07/2024	11/07/2024	29/07/2024
JULHO	07/08/2024	13/08/2024	30/08/2024
AGOSTO	06/09/2024	12/09/2024	30/09/2024
SETEMBRO	07/10/2024	13/10/2024	29/10/2024
OUTUBRO	07/11/2024	13/11/2024	29/11/2024
NOVEMBRO	06/12/2024	12/12/2024	27/12/2024
DEZEMBRO	08/01/2025	15/01/2025	30/01/2025

- Após o recebimento dos relatórios finais, encaminhar à coordenação, a planilha de acomponhamento de rejeições via e-mail thaisecorreia@hmtj.org.br


ACOMPANHAMENTO DE REJEIÇÕES

Policlínica Estadual - Bruno de Bastos Neto

APRES.	COMP.	QTD. ABI APRESENTADA	QTD. ABI REJEITADA	% DE REJEIÇÃO	MOTIVO	DATA DO 1º ENVIO	DATA MÁXIMA (Cronograma SES)	DATA 1ª DEVOLUTIVA	QTD. DE ERROS 1ª DEVOLUTIVA	DATA DO 2º ENVIO	DATA 2ª DEVOLUTIVA	QTD. DE ERROS 2ª DEVOLUTIVA	DATA RELATÓRIOS FINAIS	ANÁLISE CRÍTICA/PLANO DE AÇÃO
01/2024	01/2024	9.984	0	0,00%	NA									A Unidade Policlínica de Goiás, contabilizadora na competência 01/2024, apresentou um total de 9.984 procedimentos. Após o recebimento dos relatórios finais, obtivemos aprovação total do arquivo enviado. Portanto a porcentual de rejeição foi 0%, bem de aprovação alcançada.
02/2024	02/2024	8.448	1	0,01%	ENDEREÇO INVÁLIDO									A Unidade Policlínica de Goiás, contabilizadora, na competência 02/2024 apresentou um total de 8448 procedimentos. Após o recebimento dos relatórios finais, obtivemos 1 procedimento rejeitado por endereço inválido. Percentual de rejeição foi 0,01% dos procedimentos apresentados. Linha de tendência mantendo-se com redimento ao mês anterior que foi de 0%. Mantendo a porcentagem de rejeição foi 0% nos procedimentos apresentados. Linha de tendência favorável com redimento ao mês anterior que foi de 0% Meta de aprovação alcançada.
03/2024	03/2024	9.465	0	0,00%	NA									A Unidade Policlínica de Goiás, na competência 03/2024 apresentou um total de 9.465 procedimentos. Após o recebimento dos relatórios finais, obtivemos aprovação total dos procedimentos realizados. Percentual de rejeição foi 0% nos procedimentos apresentados. Linha de tendência favorável com redimento ao mês anterior que foi de 0% Meta de aprovação alcançada.
04/2024	04/2024	11.561	0	0,00%	NA									A Unidade Policlínica de Goiás, na competência 04/2024 apresentou um total de 11.561 procedimentos. Após o recebimento dos relatórios finais, obtivemos aprovação total dos procedimentos realizados. Percentual de rejeição foi 0%. Linha de tendência favorável com redimento ao mês anterior que foi de 0% Meta de aprovação alcançada.
05/2024	05/2024	12.241	0	0,00%	NA									
05/2024	06/2024			#DIV/0!										

IV. Siglas e Definições

APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

BPA C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

BPA I - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

SES - Secretária Estadual de Saúde
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

V. Anexos

N/A

VI. Referências

Sistema MV

I. Objetivos

O objetivo é padronizar as etapas para a criação e vinculação do prestador a Unidade para que o colaborador autorizado tenha em mãos um documento norteador que ira direciona lo a realizar o cadastro do prestador corretamente.

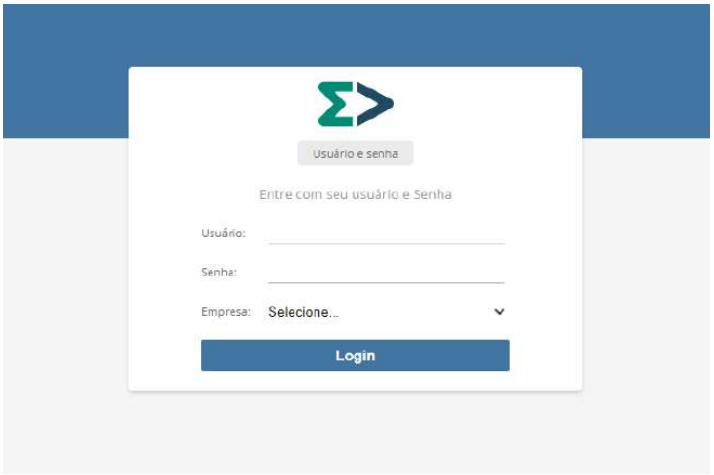
II. Materiais

Agenda
Computador

III. Descrição dos passos da atividade

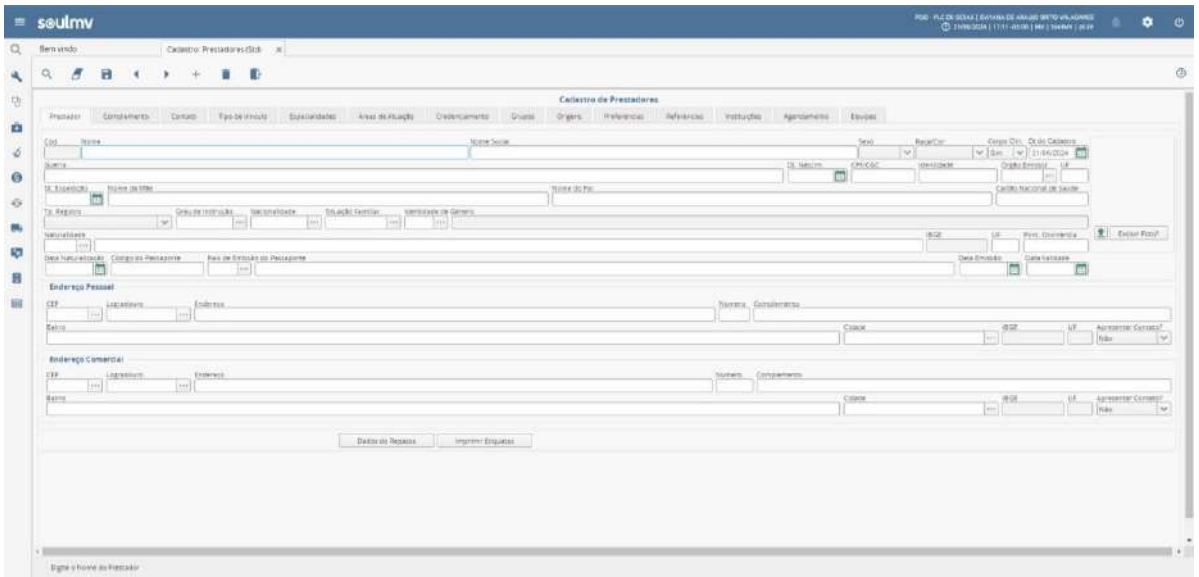
Acessar o MV

Informar Login e Senha

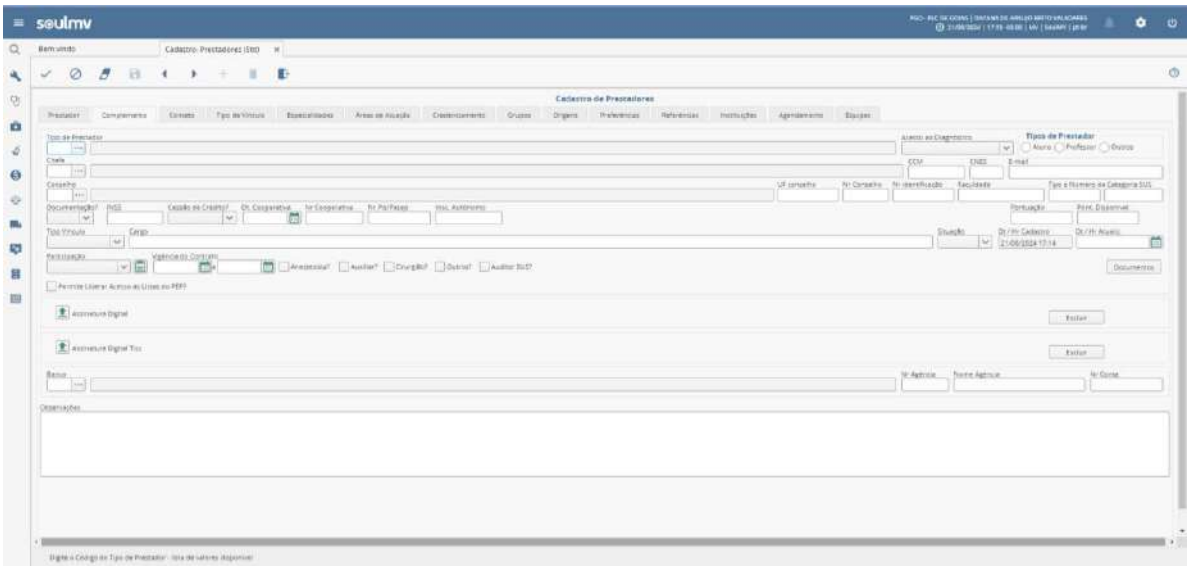


Selecionar serviços de Apoio / Diretoria Clínica / Tabelas / Prestadores

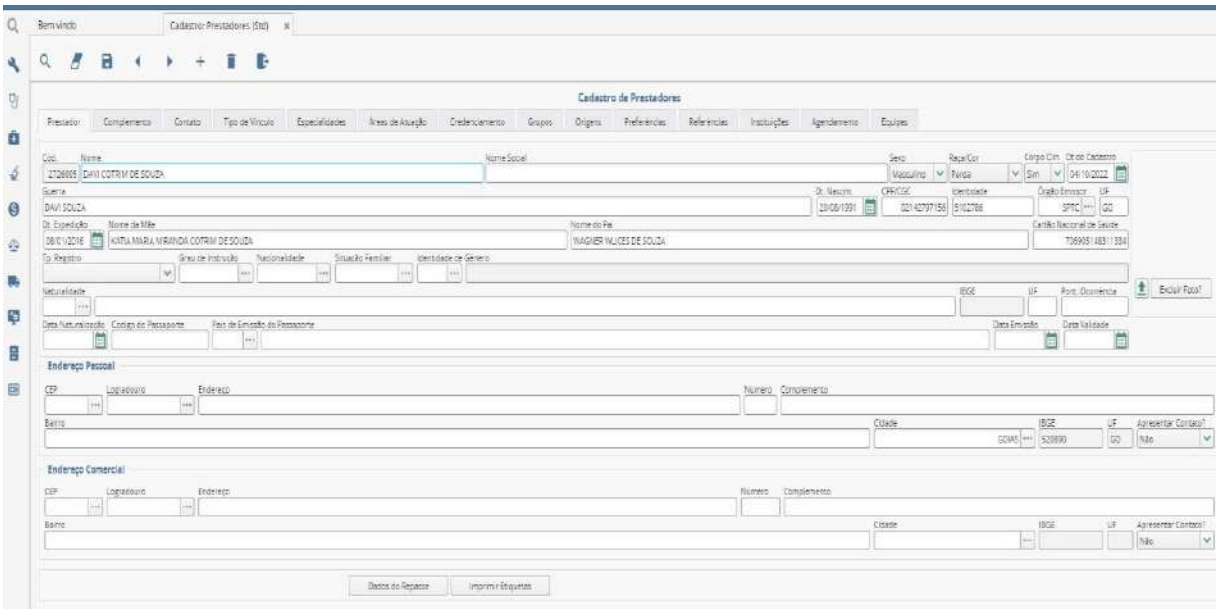
- O usuário devera cadastrar o prestador na aba de dados gerais como no cadastro do DATA SUS, incluindo os dados básicos do prestador como: nome completo, sexo, número do cartão nacional de saúde, data de nascimento, CPF, tipo de prestador.
- Os campos “Data início” e “Data final” são referentes ao contrato do prestador e possibilitam a ativação ou inativação do prestador
- O usuário devera cadastrar o endereço residencial do prestador, na aba “Endereço”.

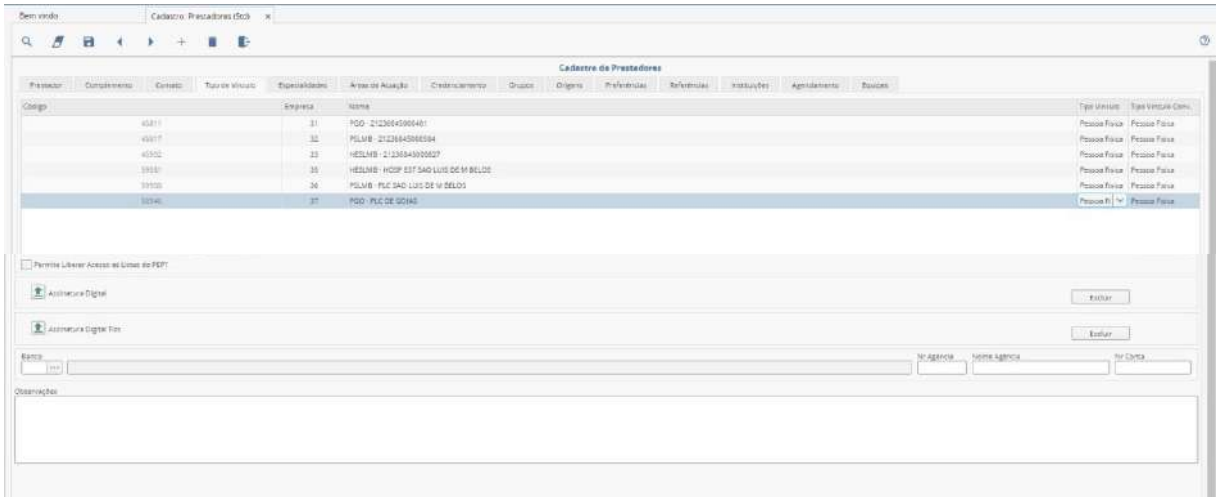


O usuário deverá atribuir as atividades médicas do prestador para uso na montagem da equipe médica, e selecionar o tipo de prestador e seu conselho que são configurações padrões do sistema.



O usuário devera realizar o preenchimento de todas as abas que incluem o cadastro como nas imagens abaixo





Após realizar o preenchimento de todas as abas que incluem o cadastro, o usuário devera salvar os dados clicando na figura em forma de disquete no canto superior esquerdo da tela e verificar o código do prestador criado que será utilizado pelo prestador –

IV. Siglas e Definições

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPF- Cadastro de Pessoa Física

SUS – Sistema Único de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

Sistema MV

I. Objetivos

O objetivo é realizar a vinculação corretamente do prestador com o CBO correspondente a sua especialidade para que durante a execução do processo de prestação de contas da Unidade à SES seja evitado glosas dos procedimentos.

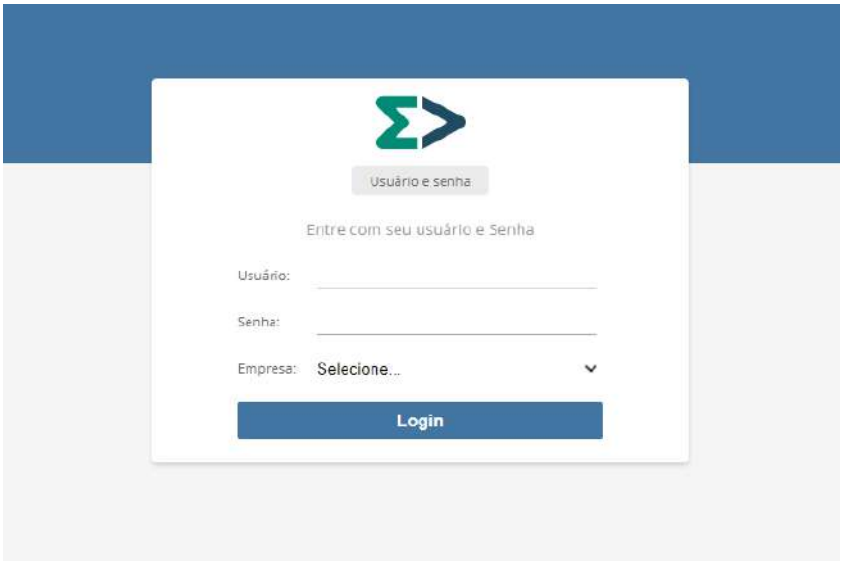
II. Materiais

Agenda
Computador

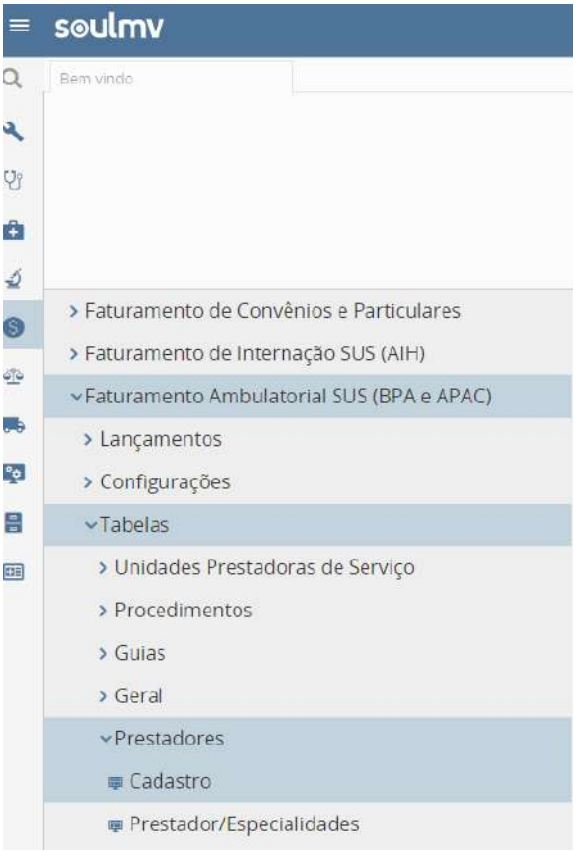
III. Descrição dos passos da atividade

Acessar o MV

Informar Login e Senha



Faturamento / Faturamento ambulatorial SUS (BPA- APAC) / Tabelas / Prestadores / Cadastro

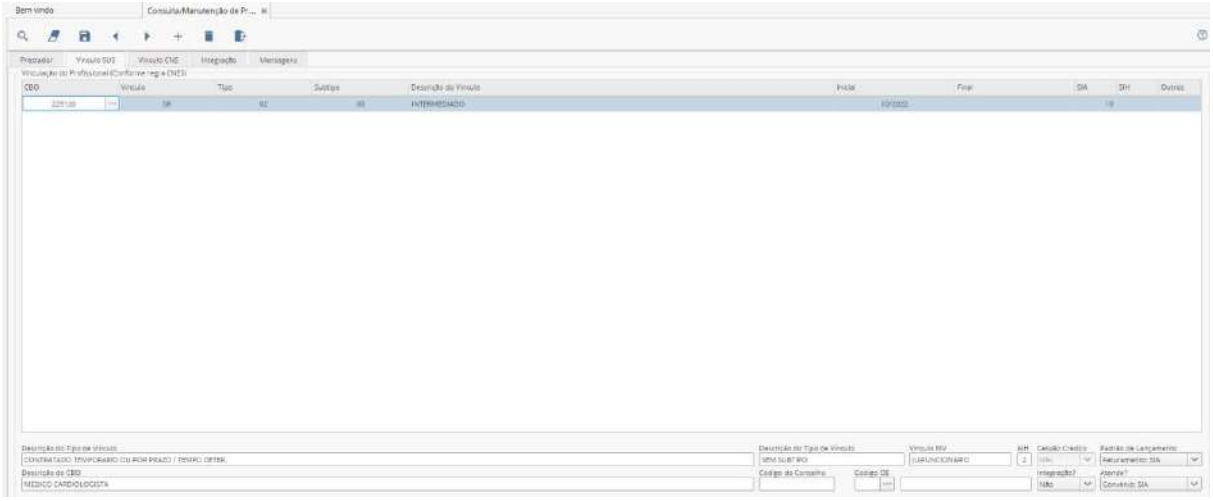


O usuário deverá buscar o prestador através do código criado no cadastro.

O usuário deve-se cadastrar:

- Atividades realizadas pelo prestador na empresa, preenchendo o código do CBO do prestador conforme vinculação CNES
- O tipo da vinculação profissional, o subtipo da vinculação profissional
- A descrição do vínculo

- A data inicial
- A carga horária no convênio SIA, a carga horária no convênio SIH e a carga horária em outras atividades.



IV. Siglas e Definições

APAC – Autorização Procedimento de Alto Custo

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA -Sistema de Informação Ambulatorial

SUS - Serviço Único de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

Sistema MV

AREA DA ATIVIDADE

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTERNO - FORMOSA

A gestão por processos demanda a concepção e o contínuo monitoramento de um quadro de indicadores de desempenho para a constante avaliação do alcance das metas estabelecidas de eficácia (efetivo alcance dos resultados), eficiência (melhor equacionamento entre recursos utilizados para alcançar os resultados) e efetividade (real capacidade de os resultados promoverem os impactos esperados).

É premissa nas Instituições geridas pelo HMTJ enxergar a instituição como um sistema aberto, composto por partes que interagem entre si, e que compõem o todo. As áreas administrativas dão suporte para os processos principais e os seus resultados, contribuem para o todo a Unidade.

A logística de abastecimento em uma unidade de saúde é o processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenamento de medicamentos, materiais médicos – hospitalares e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da unidade. Contempla as áreas de Almoxarifado, estoques da Farmácia Central e Farmácias Satélites, quando presente.

A gestão da cadeia de suprimentos, compreende a compra, o recebimento, armazenamento e distribuição de todos os materiais utilizados na Unidade.

O almoxarifado é o serviço que cuida de todo o processo que envolve o armazenamento, gerenciamento e organização de todo material que será utilizado.

Caberá ao setor prover a aquisição, abastecimento e controle de todos os materiais e insumos médicos, odontológicos, materiais de limpeza, de expediente e suprimentos de informática necessários para o pleno funcionamento das unidades.

Também são armazenados neste almoxarifado, materiais e equipamentos médico/hospitalares necessários para a assistência, como: aparelho de pressão, otoscópio, braçadeira de aparelho de pressão, cabo de oxímetro,espirometro e demais materiais de suprimento da rotina.

O almoxarifado é o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da gestão.

Em uma Unidade de Saúde, o número de itens de consumo pode variar de 2000 a 6000 itens que devem ser agrupados de acordo com perfil de utilização, como por exemplo os medicamentos, fios cirúrgicos, descartáveis, curativos, etc.

Estes vários grupos ainda podem se dividir de acordo com sua classe terapêutica, como por exemplo, os medicamentos que se agrupam em anestésicos, oncológicos, vasoconstritores, etc.

Além da diversidade de itens utilizados, igualmente importante considerar outras variáveis que podem impactar diretamente na assistência prestada ao paciente, como o perfil e complexidade do atendimento e demanda.

Neste sentido, é condição sine qua non que os profissionais da gestão de estoque em conjunto com os profissionais da área assistencial definam uma padronização dos itens estocáveis.

Outro aspecto relevante é o dimensionamento do estoque, que afeta diretamente os níveis de compras, ressuprimento e consequentemente a distribuição dos insumos. A gestão da cadeia de suprimentos deve disponibilizar insumos com qualidade, na quantidade suficiente e tempo certo com baixo custo

Para tanto, ressalta-se que o HMTJ, de acordo com suas políticas institucionais, utiliza compras de itens estocáveis sejam conjuntas e consolidadas às demais Unidades geridas por esta instituição, proporcionando o ganho de escala, maximizando os recursos públicos financeiros e resultados.

O setor de Compras tem seu Regimento publicado, cujas diretrizes estão, evidentemente, pautadas nos princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade e isonomia.

O setor de Almoxarifado deverá trabalha dioturnamente para impedir divergências de inventário e perdas de qualquer natureza, além de possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade, as exatas quantidades.

Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente. Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado a serem implantadas com início da gestão do HMTJ, preservarão os materiais armazenados,protegendo-os contra furtos e desperdícios.

A reposição da assistência ocorre através da demanda, com solicitação as responsáveis pelo almoxarifado, onde é avaliado a necessidade, dispensado e realizado a baixa no sistema informatizado.O estoque de segurança consiste em uma reserva dos itens de medicamentos e materiais suficiente para suprir o abastecimento durante o período de entrega e reabastecimento.

A autorização para a retirada do estoque estará definida com clareza nos procedimentos operacionais do setor e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa. A retirada de materiais do almoxarifado deverá estar condicionada à apresentação da respectiva requisição.

Levando-se em consideração a limitação de espaço físico do almoxarifado, não teremos grandes estoques, também para maior controle e com garantia de suprimento ideal em quantidades ideiais a atender a demanda mensal com margem de mais 15 dias.

A localização do almoxarifado é sempre planejada, em função da logística de distribuição. Os almoxarifados contarão em sua estrutura: estantes de aço e armarios de aço pois permitem fácil manuseio e limpeza de secagem rápida, os pallets são apropriados para caixas maiores e planilhas para controle de estoque.

Serviços

As unidades de almoxarifado recebem e conferem todo o material, bem como armazena separado por tipo de produto, etiqueta, distribui em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda da unidade de saúde, para assim garantir o suprimento constante e ideal de medicamentos e materiais de consumo em geral.

Para o estoque de medicamentos o almoxarifado apenas recebe (com acompanhamento de farmacêutico) e dá entrada no sistema. A partir daí o controle é feito pelas Farmácias Centrais das unidades.

Almoxarifado Material Médico Hospitalar / Medicamentos CAF (Centro de Abasteciemento Farmacêutico)	**Almoxarifdo Dieta**	**Almoxarifado Material de Expediente / Informática**	**Almoxarifado De Material de Limpeza**	**Almoxarifado Manutenção Predial**

Atividades

No recebimento de mercadorias deve se conferir se o produto entregue o número de volumes corresponde ao descrito na NF, o aspecto físico dos mesmos em relação à integridade e violação, a quantidade de itens e lote e validade.

Os produtos da nota fiscal também devem ser conferidos com os da ordem de compra, se foram entregues todos os itens e nas quantidades solicitados.

O armazenamento dos materiais deve ser em local seguro e protegido da luz, do calor, da umidade, distantes da parede e sem contato com o chão.

Armazenamento de medicamentos e materiais deverá ser realizado de acordo com critérios técnicos e normas de boas práticas de armazenamento.

Deverá ser adotado o critério PEPS (Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai), que visa a guarda dos itens obedecendo os prazos de validade. Para o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial, é necessário seguir as diretrizes da Portaria 344/98.

Controle de Estoque

As contagens possuem finalidade de garantir estoques com alto valor deacuracidade e impedir que haja divergências de inventários e perdas de qualquer natureza.Anualmente o setor de Auditoria interna do HMTJ realiza o inventário com papel de acompanhar todo os processos relacionados a estoques, desde a contagem física até oregistro no sistema, dando início e determinando o término do inventário, realizandoauditorias nas contagens a fim de validar a fidelidade e transparência do processo e emiteuma avaliação de estoque para acompanhamento do mesmo, melhor controle e propostas/ações de melhorias.

Semestralmente é realizado inventário de estoque por amostragem de itens, seguindo a curva ABC (análise dos itens mais importantes do estoque, seja por valor ou volume de movimentação) e por escolha do auditor, dada necessidade observada in loco, com o objetivo de avaliar os controles internos.

Mensalmente é feito acompanhamento pelo nível central do HMTJ de todas as movimentações de estoque (entradas e saídas), análise de consumo, análise de compra, posição de estoque, análise de estoque mínimo, via sistema.

IMPORTANTE:

Os referidos relatórios de controle de estoque, obrigatoriamente devem apontar o saldo real (descrição, quantidade e valores) de forma tempestiva na data solicitada de modoque o saldo evidenciado possa ser comprovado através de contagem física sempre que necessário, promovendo a transparência exigida para as entidades públicas.

Entrada de Notas

As entradas de notas fiscais são realizadas via sistema que integra as informações contábeis e financeiras para registro e pagamento, tendo toda documentação (principal e complementar) conferida pela Auditoria Interna da OSS HMTJ, com intuito de analisar, criticar, devolver para correção quando necessário e validar e liberar para pagamento quando corretas, garantindo a correta execução do processo por meio da transparência dosmesmos.

Farmacêutico (a)

Sendo o colaborador lotado no setor de almoxarifado este profissional deverá possuir uma visão sistêmica sobre a atividade do almoxarifado e sua importância dentro da atividade-meio da unidade.

É necessário que o responsável pelo almoxarifado tenha uma visão apurada de custos e capacidade de desenvolver processos de gestão que melhorem o desemprenho da área, respeitando as normas aplicáveis ao setor, auxiliando na melhoria de desempenho e na redução dos custos.

A padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos deverá ser definida em um Comitê de farmácia e terapêutica e revisada periodicamente. Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle e otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque. Além de elaborar a padronização, este comitê estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

Deverão compor este comitê, os representantes da Diretoria Técnica, Enfermagem, Farmácia, Almoxarifado, Administração e demais profissionais envolvidos no processo.

OBJETIVOS DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO LOTADO NO SETOR DE ALMOXARIFADO:

☐ Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade idealde suprimento;

☐ Acompnahar mudanças de bens patrimoniais;

☐ Sanar divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;

☐ Preservar a qualidade e as quantidades exatas e observar a adequação das instalações e distribuições são suficientes para um atendimento rápido e eficiente;

☐ Fornecer ao departamento de contabilidade e aos outros usuários internos, relatóriosperiódicos e aos externos (a fiscalização e a sociedade) sempre que solicitado.

PRINCIPAIS FUNÇÕES DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO LOTADO NO SETOR DE ALMOXARIFADO

☐ Receber e conferir os materiais adquiridos ou empréstimos de acordo com o documento de compra (ordem de compra e Nota Fiscal) ou equivalentes;

☐ Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;

☐ Registar via sistema, as notas fiscais dos materiais recebidos;

☐ Encaminhar ao departamento de contabilidade e financeiro as notas fiscais parapagamento;

☐ Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas

dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;

☐ Contagem do estoque patrimonial, conferindo cada setor, cadastrar material de investimento no sistema;

☐ Monitorar os bens dentro da unidade;

☐ Organizar as planinhas de bens patrimoniais;

☐ Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;

☐ Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição;

Dentre outras considerações:

- Conferência Física – Deve-se realizar a conferencia dos itens da quantidade recebida, número do lote e validade dos produtos;
- No caso de um medicamento termolábil, ou seja, aquele que deve estar armazenado a uma temperatura entre 2º C a 8º C, deve ser realizado uma aferição da temperatura no ato do recebimento, através de um termômetro à laser.

As divergências e irregularidades insanáveis, constatadas em relação às condições de contrato (compras não autorizadas, entrega fora do prazo, autenticidade não autorizadada nota fiscal etc.) devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no canhoto da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador e comunicar imediatamente à área que licitou para a Unidade. Deve-se também tirar uma cópia do documento no qual foi anotado o motivo da recusa de recebimento e solicitar o ciente do entregador.

É necessário que o recebedor do material abra todos os volumes e verifique se há alguma avaria ou problema que possa ser visualmente identificado. Se no ato do recebimento, o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no canhoto da nota fiscal e no recibo do frete "Embalagem danificada. Sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização". Caso o dano seja no produto, o almoxarife deverá recusar o recebimento.

O setor também é responsável pelo recebimento, catalogação das aquisições de bens patrimoniáveis e a gestão compartilhada dos mesmos, os quais são devidamente registrados, identificados e patrimoniados com placas específicas e numeradas antes de serem distribuídos às suas áreas de destinação. No caso de patrimônio cedido pelo contratante, o almoxarifado faz a identificação dos itens por placa de patrimônio, bem como o registro e controle dos itens e suas movimentações, com o intuito de garantir a gestão e o controle dos bens patrimoniados.

Também são armazenados no almoxarifado os materiais e equipamentos médico/hospitalares necessários para a assistência, como aparelho de pressão, otoscópio, braçadeira de aparelho de pressão, cabo de oxímetro, lâmpada de laringo e demais materiais de suprimento da rotina.

A reposição dos itens necessários para a assistência ocorre através da demanda, com solicitação ao setor de almoxarifado, onde é avaliada a necessidade e, em seguida, ocorre a dispensação física dos itens aos locais de destino, bem como a baixa dos itens no estoque por meio de sistema informatizado.

A autorização para a movimentação do estoque é definida com clareza nos procedimentos operacionais do setor e somente pessoas autorizadas do setor podem exercer essa distribuição. A retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição via sistema informatizado.

ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE PATRIMÔNIO NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA

A gestão do patrimônio é de suma importância, principalmente, para o setor de financeiro da empresa. A partir dele é possível realizar um planejamento orçamentário mais sólido e preciso. Além disso, a gestão do patrimônio ajuda a realizar uma previsão de custos, otimização dos gastos e da depreciação desses itens.

OBJETIVO

Realizar o acompanhamento dos bens tangíveis e intangíveis do HMTJ e dos contratos gerenciados, envolvendo a manutenção dos processos contábeis de acordo com a lei e o enquadramento dos relatórios das finanças nas normas e as solicitadas pelos contratantes.

São atividades do setor de Patrimônio:

- ✓ Receber os bens patrimoniais acompanhados de nota fiscal, verificando se o bem entregue atende a todas as especificações da compra efetuada, conforme descrito em contrato ou autorização de fornecimento;
- ✓ Registrar as informações no Sistema de Controle Patrimonial;
- ✓ Providenciar a colocação da Plaqueta Patrimonial
- ✓ Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela Policlínica, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;
- ✓ Providenciar o tombamento dos bens patrimoniais da Policlínica, conforme orientação da Administração Central do HMTJ, mantendo seus registros cadastrais;
- ✓ Atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;
- ✓ Controlar e orientar os funcionários quanto a boa utilização dos materiais e equipamentos;
- ✓ Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da Policlínica, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;
- ✓ Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

I. Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passiveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do HMTJ, inclusive bens de consumo;

II. Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio do HMTJ;

III. Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) do HMTJ ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

IV. Baixa Patrimonial - É o procedimento de exclusão de bens do ativo imobilizado do HMTJ por perda, doação ou deterioração pelo seu uso. Para execução de uma exclusão é necessário o preenchimento do formulário contendo a assinatura do gestor da área que o bem está alocado;

V. Bem Antieconômico - É um bem patrimonial cuja manutenção se apresente onerosa ou seu rendimento precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo;

VI. Bem Imobilizado - Caracteriza-se por possuírem um corpo físico, sendo dividido em dois grupos: Bens imóveis -são aqueles que não podem ser deslocados de lugar, tais como terrenos, edificações e instalações; e Bens móveis - São aqueles que podem ser deslocados do lugar sem alteração de sua forma física, classificados como: móveis, utensílios, veículos, máquinas, aparelhos e computadores e periféricos;

VII. Bens Intangíveis - Caracterizam-se por não possuírem um corpo físico. Pertencem a este grupo: marcas e patentes, direitos autorais, direitos de exploração e direitos de uso dos softwares;

VIII. Bem Irrecuperável - É um bem patrimonial que não pode ser mais aproveitado em razão de absoluta impossibilidade de recuperação;

IX. Doação - São os bens móveis registrados no Ativo Imobilizado doados ou recebidos de terceiros, órgãos/entidades, mediante termo de doação aprovado pela Diretoria;

X. Inventário - Procedimento que tem por finalidade apurar a existência física e os respectivos valores monetários de bens imobilizados, visando a compatibilização entre o registrado e o existente, assim como, a averiguação de sua utilização e do seu estado de conservação.

XI. Placa Patrimonial - É o número permanente de identificação atribuído e afixado a cada bem do Ativo Imobilizado, por meio do qual, o bem será individualizado e gerido no sistema de controle patrimonial;

ORIENTAÇÕES PARA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A aquisição de materiais no âmbito do HMTJ compreende os seguintes tipos:

I. Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;

II. Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;

III. Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;

IV. Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;

V. Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições preestabelecidas.

A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Compras, quando necessário, de forma planejada, respeitando o Manual de Compras e Contratações do HMTJ, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações a identificação do material e do processo de compra.

As solicitações de itens que não fizerem parte do catalogo normal de Materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas e justificadas via Sistema FLUIG, e passará pela cadeia de aprovação iniciada pela unidade e finalizado diretamente ao Diretor Financeiro do HMTJ, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

A quantidade de material a ser adquirida fica limitada a existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Serão apresentados a seguir, os Protocolos Operacionais Padronizados implementados na Gestão da Policlínica para o setor de Patrimônio.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Gestão de Patrimônio			
Responsáveis pelo: Patrimônio, Almoxarifado, Contabilidade e Auditoria Interna**.**	**Código:** PRS PTR 198	**Revisão:** 02	**Data:** 19/02/2024

I. Objetivos

Registrar e controlar transferências,saídas e entradas de equipamentos. Contabilizar o equipamento patrimoniado para fins de depreciação. Auditar os processos de registro e controle dos bens patrimoniados. Realizar a gestão dos patrimônios do HMTJ, afim de registrar, controlar e depreciar os bens.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores

IV. Descrição dos passos daatividade

Do Patrimônio:

- Após o recebimento da nota fiscal de aquisição do bem, o equipamento deverá ser encaminhado ao setor de manutenção para que possa ser registrado no sistema RM, sendo designado ao mesmo um número específico de controle e entregue ao responsável pelo setor.

- Patrimonializar todos equipamentos da instituição para o setor o qual demandou a aquisição, realizar a mudança de setor toda vez que o mesmo for remanejado dentro do hospital, dar baixa em todos os patrimônios que se tornarem obsoletos ou não tiverem mais conserto.

Da Contabilidade:

- Contabilizar os equipamentos afim imobilizar gerando custo da depreciação a insituição.

Da Auditoria Interna:

- Realizar inventários de patrimônio semestrais afim de confrontar os registros dos bens patrimoniados no sistema com os bens localizados na insituição.

Dos demais setores :

- Informar via e-mail (patrimonio@hmtj.org.br) ao setor de Patrimônio sempre que houver aquisição de novos equipamentos,custos adicionais para manutenções, e fim da vida útil, bem como a transferência interna entre setores quando houver a necessidade. Para fim de empréstimos bem como solicitações, deverão ser preenchidos corretamente o TERMO DE EMPRÉSTIMO E RESPONSABILIDADE , e em caso de equipamentos hospitalares todos os equipamentos deverão ser encaminhados previamente para o setor de Engenharia Clínica.

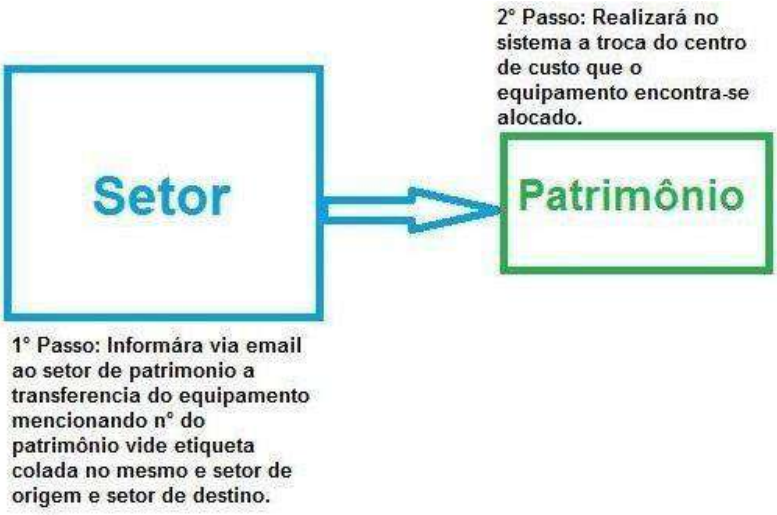
Da Engenharia Clínica

- Em casos de Equipamento hospitalares caberá ao setor realizar os testes necessários tanto na entrada quanto na saída dos equipamentos, dando ciência no registro de empréstimo que o mesmo se encontra em perfeito estado de funcionamento, resguardando a instituição.

OBS: Os Fluxogramas abaixo demonstrados, objetivam o controle de equipamentos hospitalares, em caso de outros equipamentos, tais como de manutenção e TI, ainda será necessário o preenchimento do TERMO e comunicação ao patrimônio da movimentação gerada. Porém sem a necessidade de ciência do setor de Engenharia Cliníca.

1. Fluxograma de Aquisições (Equipamentos Hospitalar):

2. Fluxograma de Tranferências internas (Equipamentos Hospitalar):



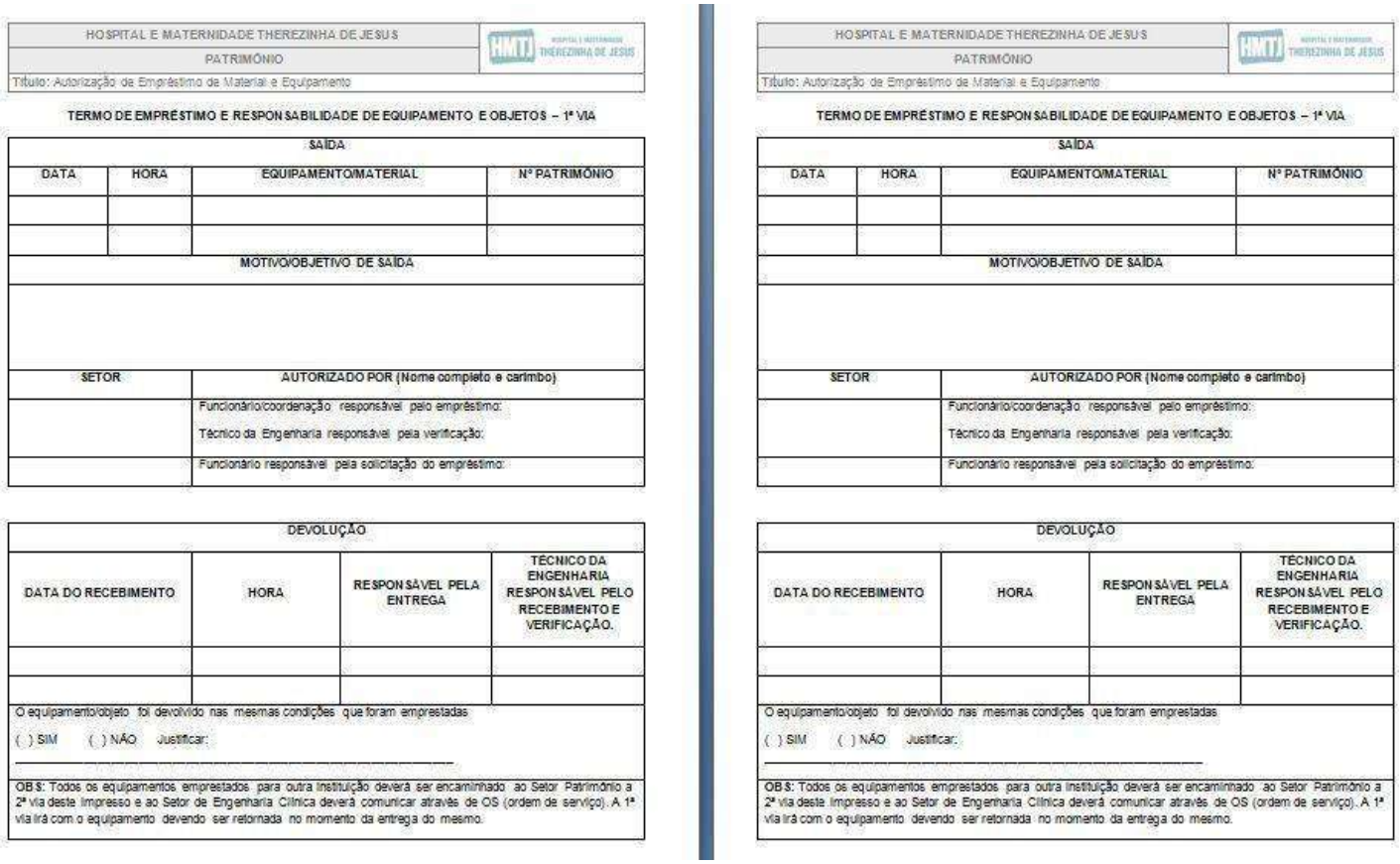
3. Fluxograma de Empréstimos (Saídas) (Equipamentos Hospitalar):

4. Fluxograma de Devolução (Entrada) (Equipamentos Hospitalar):

V. Siglas eDefinições

N.A

VI. Anexos



HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

PATRIMÔNIO

Título: Autorização de Empréstimo de Material e Equipamento

TERMO DE EMPRÉSTIMO E RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTO E OBJETOS – 1ª VIA

SAÍDA			
DATA	HORA	EQUIPAMENTO/MATERIAL	Nº PATRIMÔNIO

MOTIVO/OBJETIVO DE SAÍDA

SETOR	AUTORIZADO POR (Nome completo e carimbo)
	Funcionário/coordenação responsável pelo empréstimo: Técnico da Engenharia responsável pela verificação:
	Funcionário responsável pela solicitação do empréstimo:

DEVOLUÇÃO			
DATA DO RECEBIMENTO	HORA	RESPONSÁVEL PELA ENTREGA	TÉCNICO DA ENGENHARIA RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO E VERIFICAÇÃO.

O equipamento/objeto foi devolvido nas mesmas condições que foram emprestadas

( ) SIM ( ) NÃO Justificar:

OBS: Todos os equipamentos emprestados para outra instituição deverá ser encaminhado ao Setor Patrimônio a 2ª via deste impresso e ao Setor de Engenharia Clínica deverá comunicar através de OS (ordem de serviço). A 1ª via irá com o equipamento devendo ser retornada no momento da entrega do mesmo.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

PATRIMÔNIO

Título: Autorização de Empréstimo de Material e Equipamento

TERMO DE EMPRÉSTIMO E RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTO E OBJETOS – 1ª VIA

SAÍDA

DATA | HORA | EQUIPAMENTO/MATERIAL | Nº PATRIMÔNIO

MOTIVO/OBJETIVO DE SAÍDA

SETOR | AUTORIZADO POR (Nome completo e carimbo)

Funcionário/coordenação responsável pelo empréstimo:

Técnico da Engenharia responsável pela verificação:

Funcionário responsável pela solicitação do empréstimo:

DEVOLUÇÃO

DATA DO RECEBIMENTO | HORA | RESPONSÁVEL PELA ENTREGA | TÉCNICO DA ENGENHARIA RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO E VERIFICAÇÃO.

O equipamento/objeto foi devolvido nas mesmas condições que foram emprestadas

( ) SIM ( ) NÃO Justificar:

OBS: Todos os equipamentos emprestados para outra instituição deverá ser encaminhado ao Setor Patrimônio a 2ª via deste impresso e ao Setor de Engenharia Clínica deverá comunicar através de OS (ordem de serviço). A 1ª via irá com o equipamento devendo ser retornada no momento da entrega do mesmo.

VII. Referências

POP PTR 001

MTR PTR 001

TERMO DE EMPRÉSTIMO E RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTO E OBJETOS

I. Objetivos

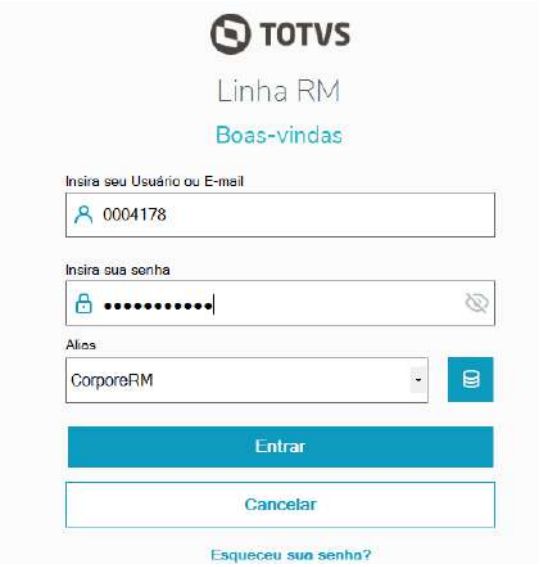
Realizar o cadastro de patrimônio via Sistema TOTVS RM.

II. Materiais

- Computador
- Etiqueta de Patrimônio
- Cola

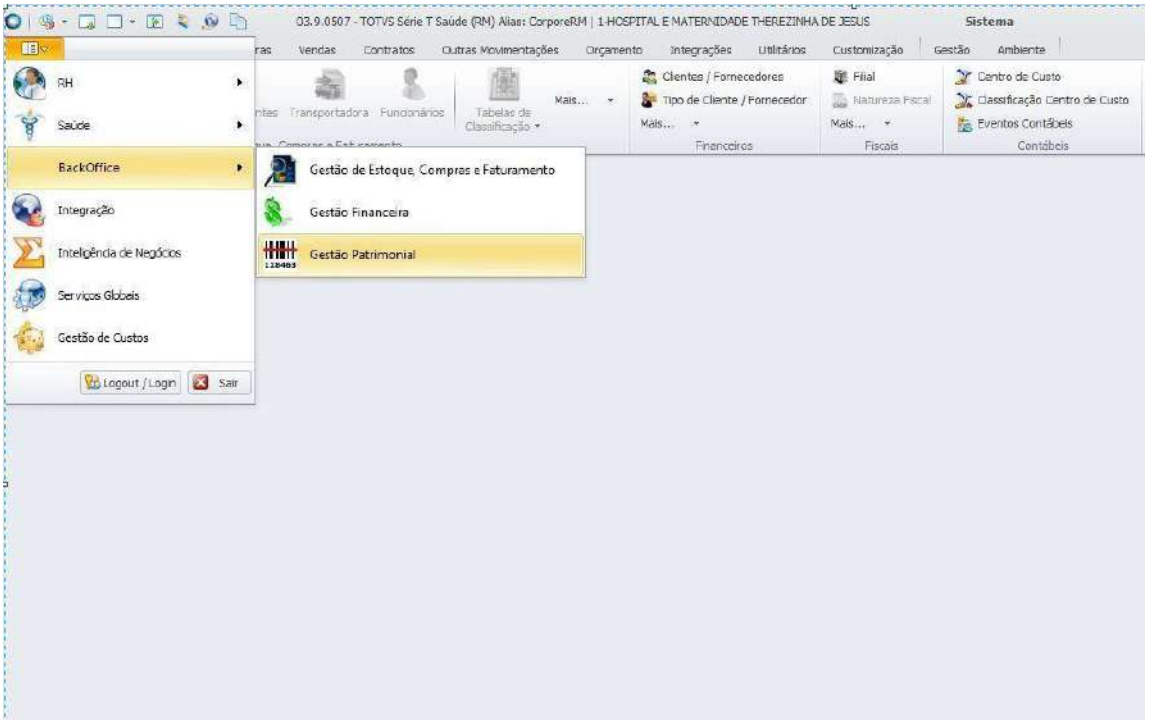
III. Descrição dos passos da atividade

No momento do recebimento de produtos, o responsável irá identificar os itens de patrimônio, seguindo com a colagem da etiqueta no patrimônio. Em seguida, deve-se realizar o registro fotográfico. Após a identificação do produto patrimoniável, proceder com o cadastro via sistema TOTVS RM. Somente será realizado o cadastro de imobilizado, equipamentos duráveis, seguindo determinados critérios, como: valor e durabilidade. Normalmente, são considerados os itens acima de R$ 400,00 para patrimônio. Porém, podem haver exceções. Em caso de dúvidas quanto a classificação do bem, solicitar informações ao setor de Contabilidade. Para realizar o cadastro, é necessário acessar o sistema TOTVS RM, utilizando login e senha do funcionário responsável.



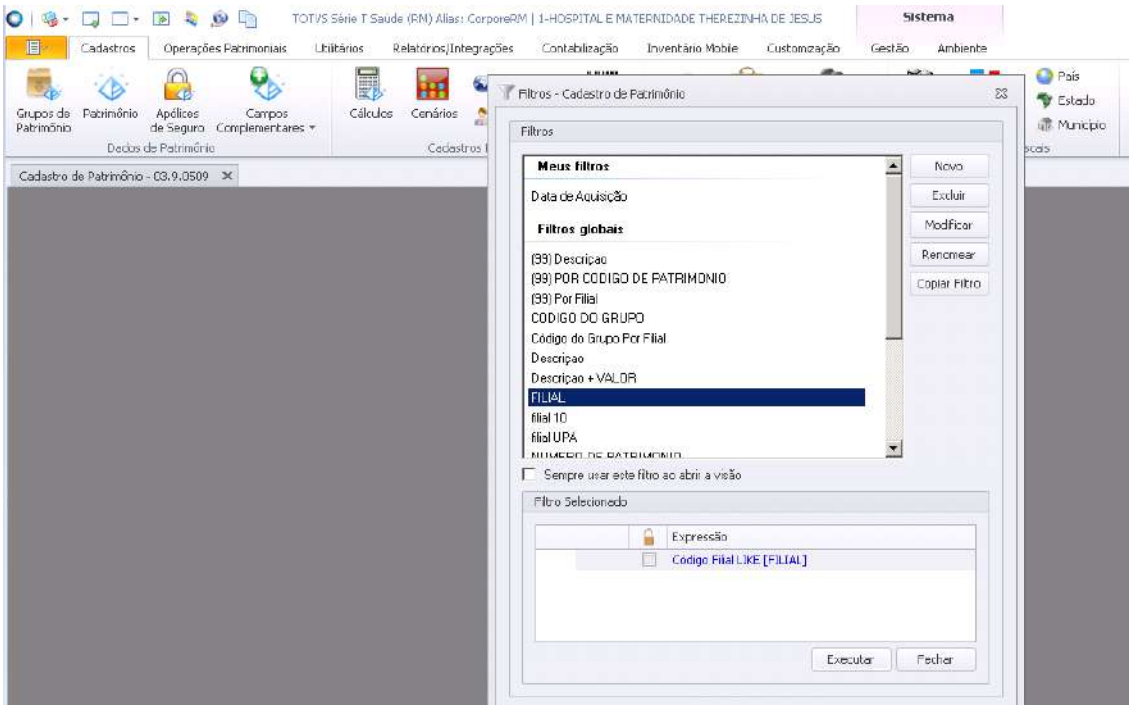
Em seguida, acessar a base de dados do sistema TOTVS RM RM.

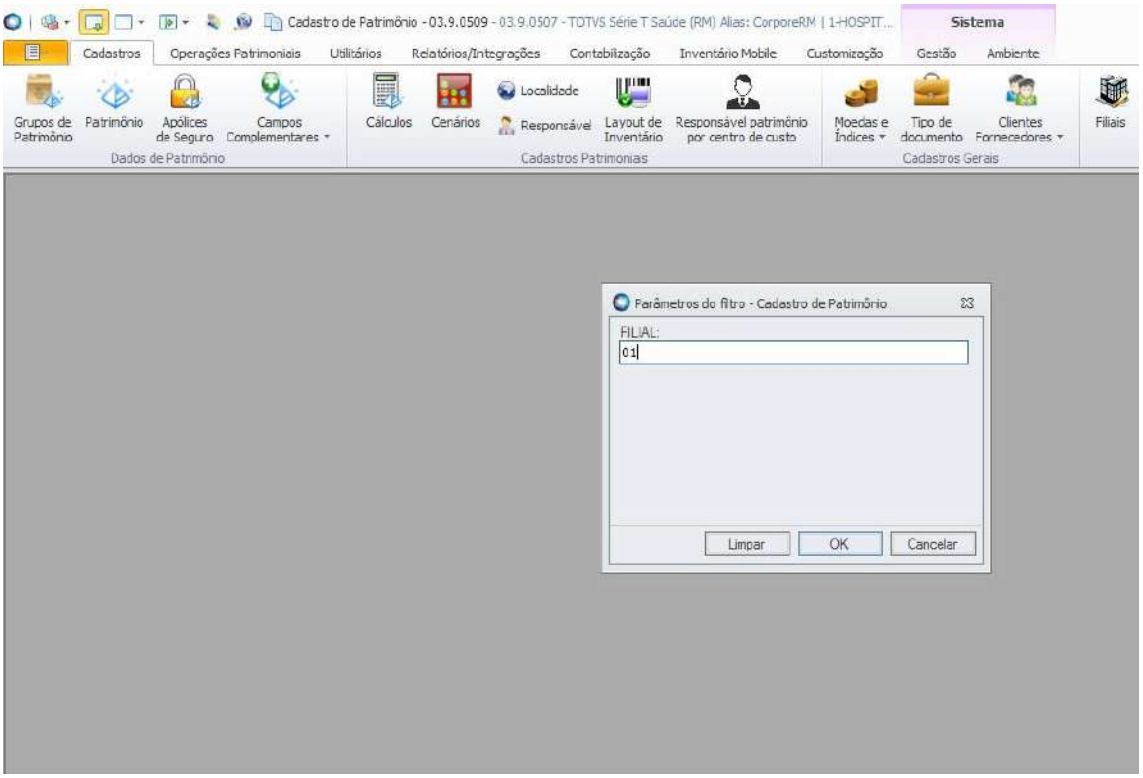
No canto superior esquerdo, clicar no ícone descrito como TOTVS RM – Linha RM, selecionar BackOffice, seguido de Gestão Patrimonial.



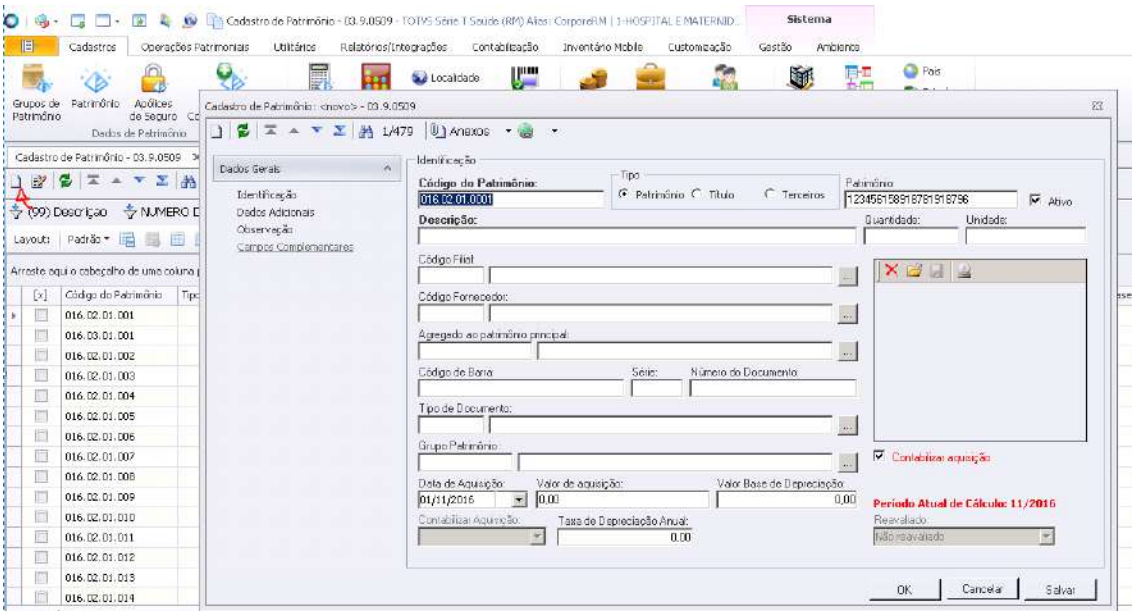
Selecionar a aba de cadastros, e acesse o ícone Patrimônio.

Será aberto uma aba de busca, selecione o filtro FILIAL, e inclua o número da filial desejada, seguido de OK. Para a unidade Matriz - HMTJ, o código é o 01.





Será aberta uma aba de Cadastro de Patrimônio. Para iniciar um novo cadastro, selecione no canto superior esquerdo abaixo da aba, o ícone incluir (seta vermelha).

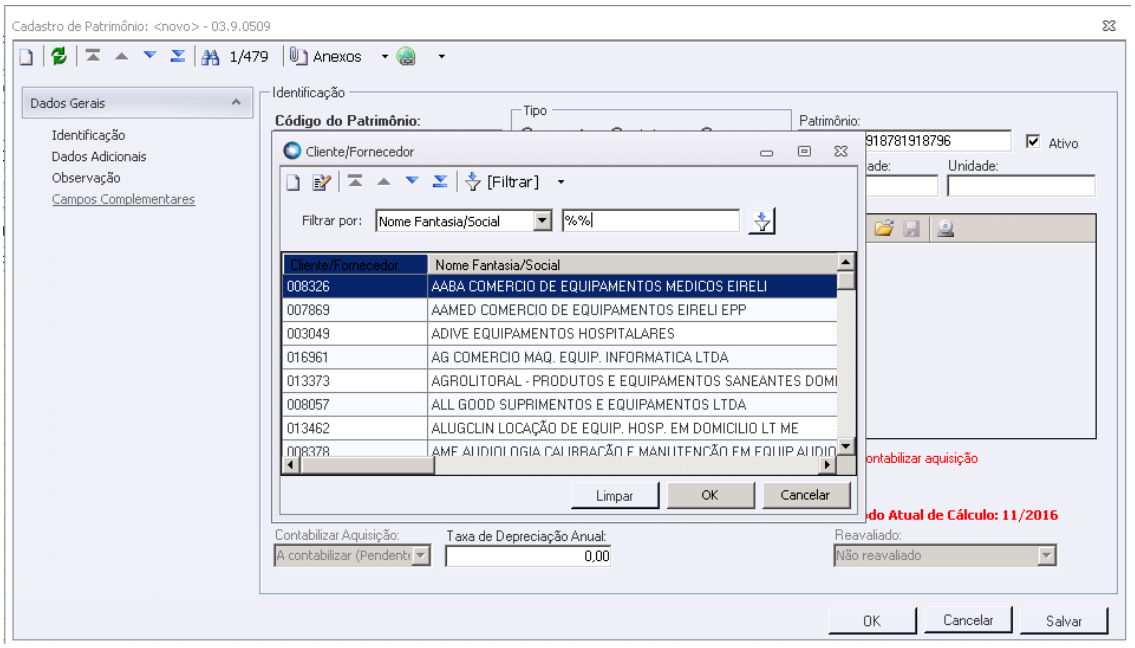


No campo Código de Patrimônio será gerado um código automático, e o mesmo não deve ser alterado. Selecione o Tipo > Patrimônio, e no campo Patrimônio, inclua sempre o número 001- seguido do número da etiqueta de patrimônio, seguindo o padrão de 5 (cinco) dígitos (*ex: Patrimônio 316, será 001-00316*).

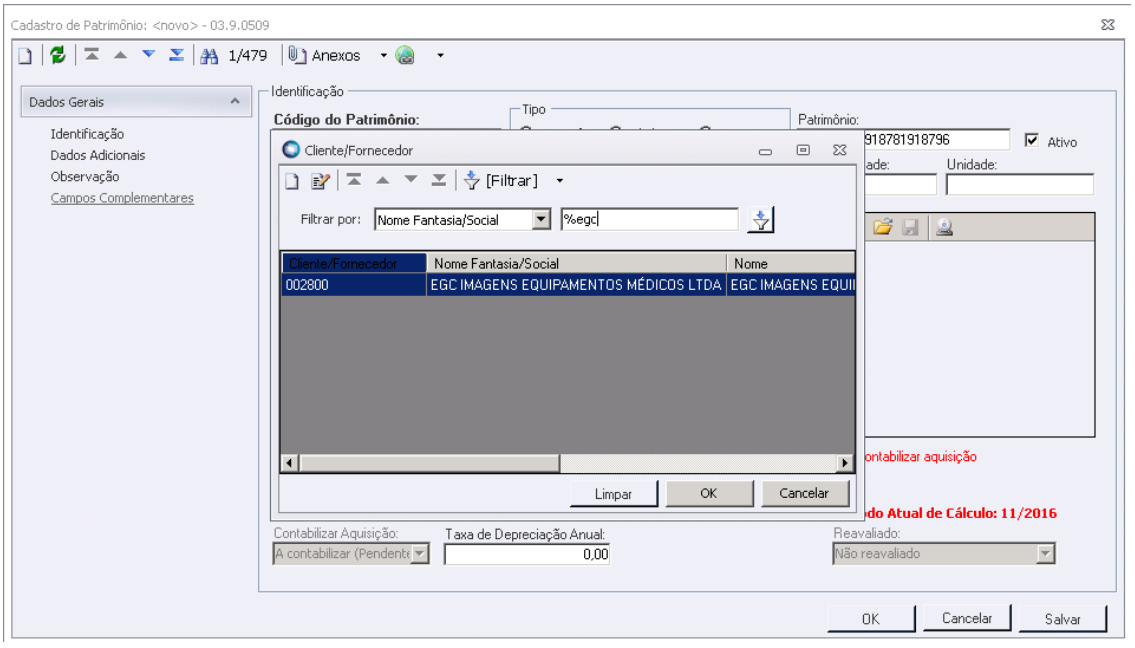
Incluir a descrição de acordo com o especificado em Nota Fiscal, e a quantidade (sempre será 1). Preencha o código da filial (01), o fornecedor, número do documento, grupo patrimônio, data de aquisição e o valor da aquisição (sempre será R$1,00).

Para identificar o fornecedor, selecionar o ícone com três pontinhos

Para pesquisar todos os fornecedores cadastrados, inclua %%



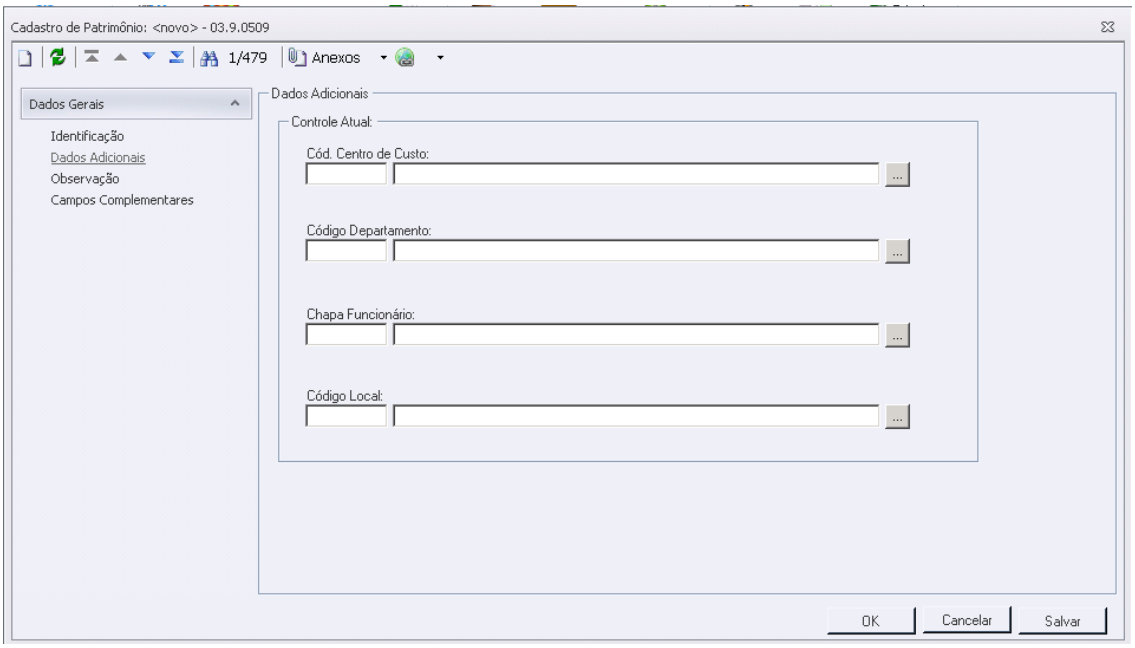
Para pesquisar um fornecedor em específico, inclua % seguido de pelo menos 3 caracteres iniciais



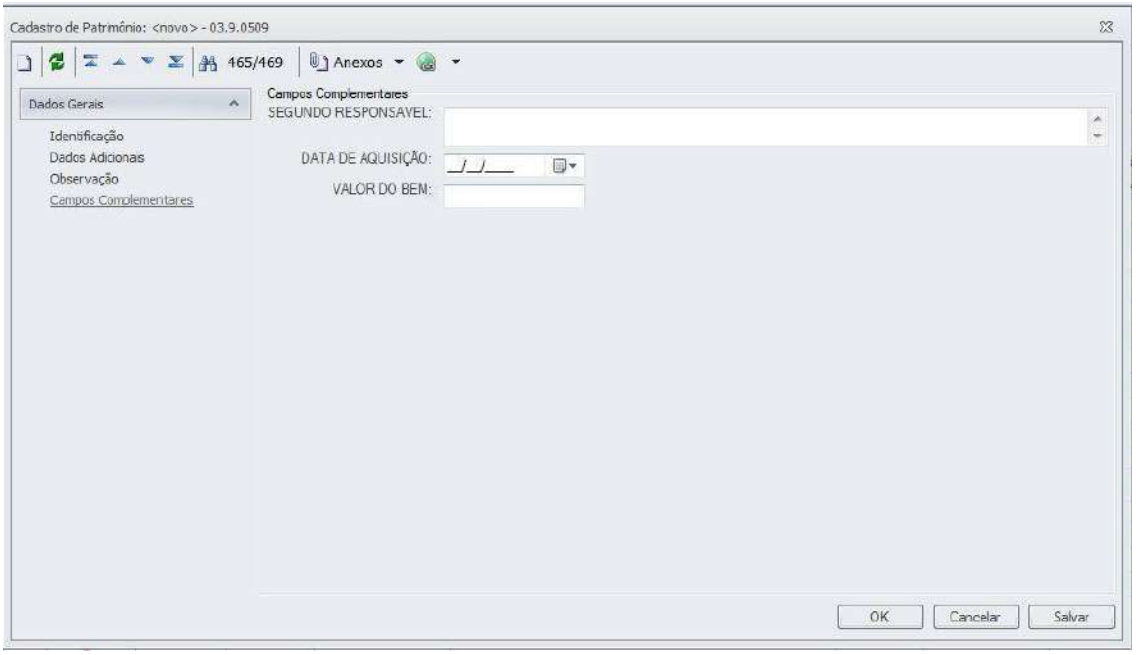
Para identificar o Grupo Patrimônio, prosseguir com a pesquisa de forma semelhante ao descrito para o fornecedor.

O registro fotográfico realizado no recebimento, deve ser importado no campo destinado a imagem

No campo Dados Adicionais, deve ser preenchido o centro de custo de destino do equipamento, funcionário responsável pelo setor e código do local.



Já no item Campos Complementares, deve ser preenchido manualmente o nome de um segundo responsável pelo setor, em seguida a data de aquisição do mesmo bem como seu valor mencionado na nota fiscal.



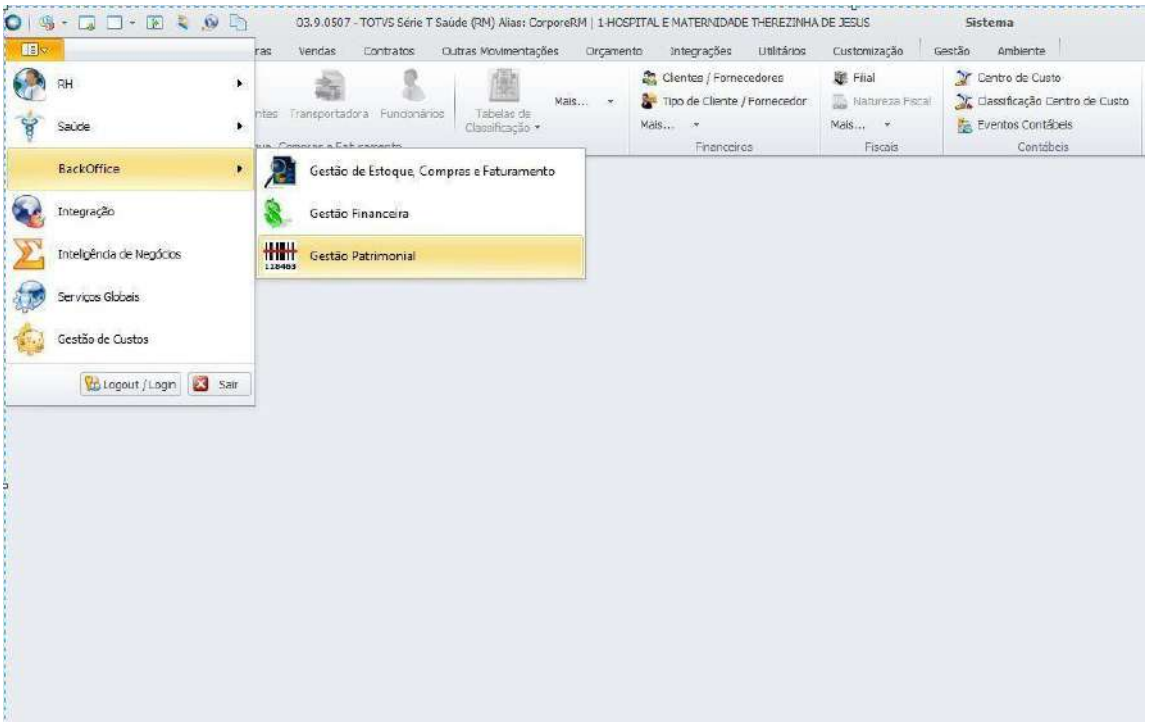
Para finalizar, volte na parte de identificação clique em salvar, e em seguida OK.

Finalizado esse processo, encaminhar o patrimônio ao setor informado em cadastro.

Caso seja necessário realizar alguma alteração cadastral após a finalização do processo, e o campo não seja editável, proceder com abertura de chamado via Fluig ao setor de tecnologia da informação.

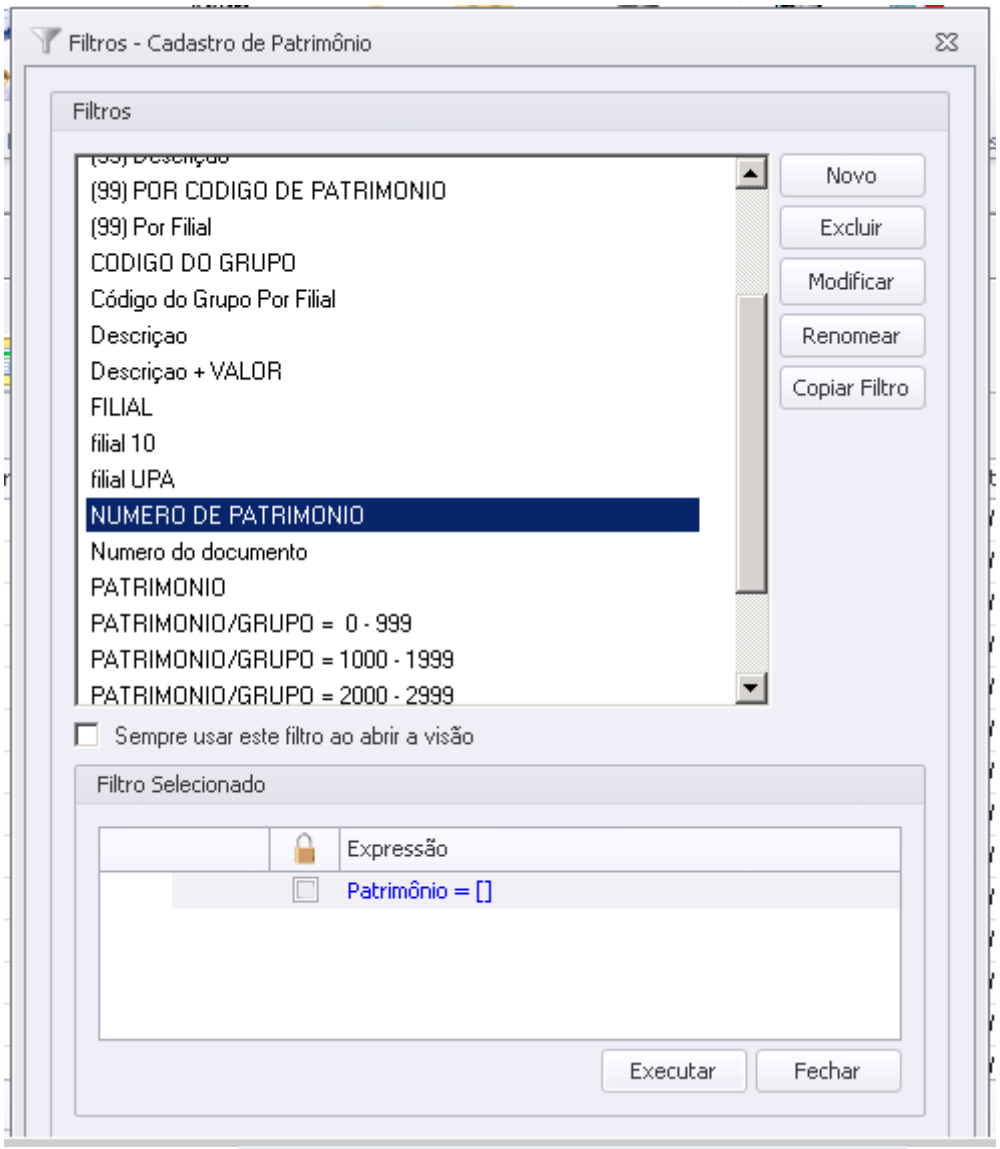
Para fins de confirmação de cadastro, prosseguir da seguinte forma:

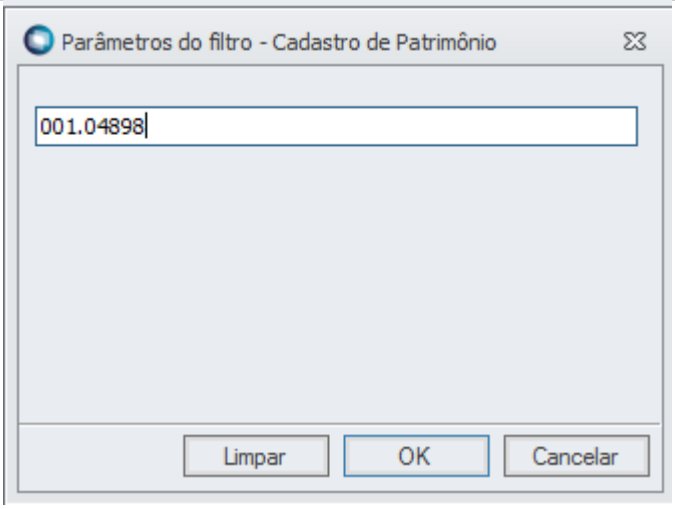
No canto superior esquerdo, clicar no ícone descrito como TOTVS – Linha RM, selecionar BackOffice, seguido de Gestão Patrimonial.



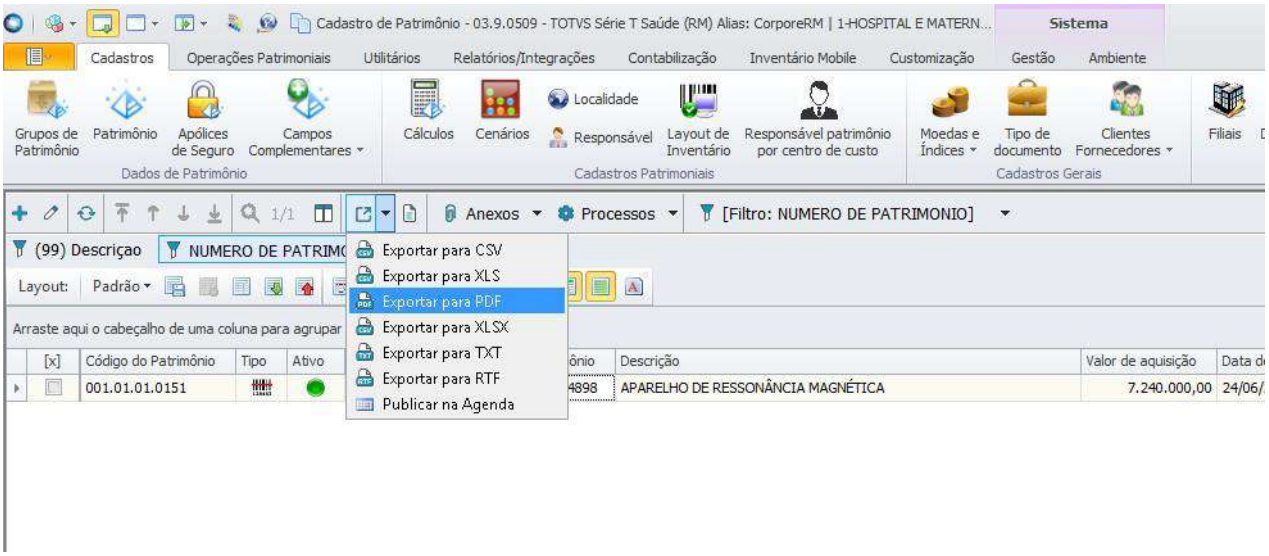
Selecionar a aba de cadastros, e acesse o ícone Patrimônio.

Será aberto uma aba de busca, selecione o filtro NÚMERO DE PATRIMÔNIO, e inclua o número do patrimônio cadastrado.


Filtros - Cadastro de Patrimônio
Filtros
(99) POR CODIGO DE PATRIMONIO
(99) Por Filial
CODIGO DO GRUPO
Código do Grupo Por Filial
Descriçao
Descriçao + VALOR
FILIAL
filial 10
filial UPA
NUMERO DE PATRIMONIO
Numero do documento
PATRIMONIO
PATRIMONIO/GRUPO = 0 - 999
PATRIMONIO/GRUPO = 1000 - 1999
PATRIMONIO/GRUPO = 2000 - 2999
Novo
Excluir
Modificar
Renomear
Copiar Filtro
Sempre usar este filtro ao abrir a visão
Filtro Selecionado
Expressão
Patrimônio = []
Executar
Fechar


Parâmetros do filtro - Cadastro de Patrimônio
001.04898
Limpar
OK
Cancelar

Vá em ‘’Exportar Dados da Visão’’, e selecione exportar para PDF.



Selecione avançar > disco e salve o arquivo em PDF. Esse arquivo deverá ser encaminhado junto a nota fiscal que contém o item patrimoniável via FLUIG.

IV. Siglas e Definições

N/A.

V. Anexos

N/A.

VI. Referências

- Sistema Operacional TOTVS RM

I. Objetivos

Definir e descrever o processo para solicitação de transferência de patrimônio do hospital.

II. Materiais

Fluig

III. Abrangência

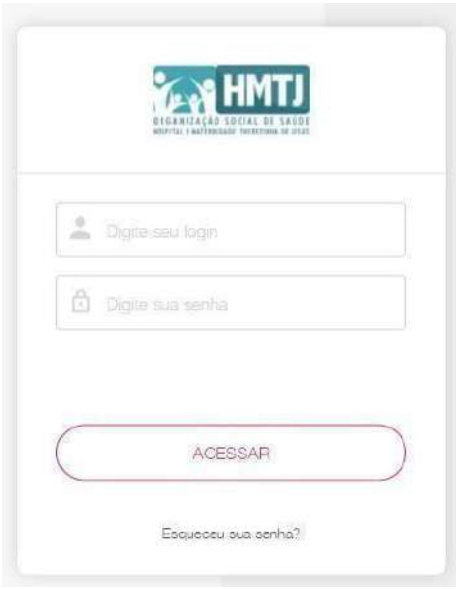
Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

Todo o bem patrimonial presente no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus que tiver sua movimentação, seja ela entre os setores ou unidade, ou para locais externos, devem ter seu registro de movimentação realizado via Fluig. Para os bens que são considerados móveis, ou seja, que possuem movimentação frequente (maca, cadeira, cama por exemplo), não se faz necessário a abertura de Fluig para sua movimentação, exceto em movimentações externas ao HMTJ.

Para abrir o Fluig de movimentação de patrimônio, proceder da seguinte forma:

1. Acessar o Fluig



2. Selecione o campo Processos

3. Selecione Iniciar Solicitações

4. Selecione Patrimônio – Transferência de Patrimônio

5. Será aberto um formulário, onde os campos em aberto devem ser preenchidos, incluindo dados como a unidade referenciada, o número do patrimônio e se a movimentação é interna,externa para outras unidades do HMTJ, ou outras unidades externas.

6. Para as transferências internas, abrirá um campo para preenchimento do centro de custos(local) ao qual esse patrimônio será movido. Para as movimentações externas surgirá um campo para preenchimento da unidade ou fornecedor ao qual o bem será encaminhado.

7. Descrever o motivo da transferência e a descrição da condição atual do bem.

8. Ao finalizar o preenchimento de todos esses campos, clicar em enviar.

Após o envio da solicitação, os responsáveis pelos centros de custos cadastrados deverá aprovar a movimentação do patrimônio.

Após essa aprovação, o auxiliar de almoxarifado deverá finalizar o Fluig, após a alteração do cadastro do bem, conforme o POP PTR 002 – Transferência de Responsabilidade Patrimonial.

V. Siglas e Definições

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.
HMTJ: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
POP: Procedimento Operacional Padrão
N/A: Não se aplica

VI. Anexos

N/A

VII. Referências

Fluig
Sistema Totvs RM.

I. Objetivos

Controlar e atualizar os dados cadastrais de patrimônio referentes a localização em que se encontram na unidade, referenciados aos seus respectivos responsáveis de guarda.

II. Materiais

- Pranchetas
- Canetas
- Papel A4
- Computador

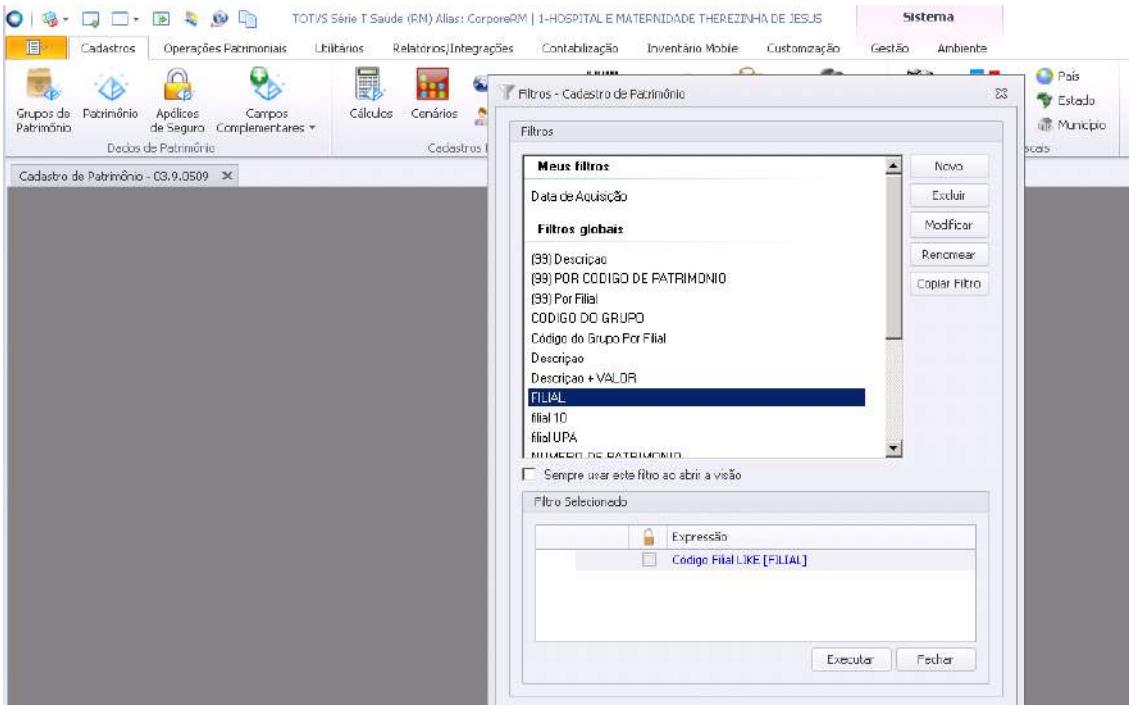
III. Descrição dos passos da atividade

Sempre que houver transferência de patrimônio entre setores da própria unidade, o setor deve ser comunicado conforme descrito no PRS 268 - Controle de Movimentações de Patrimônio e seguir com as alterações de setor e responsabilidade de guarda via sistema TOTVS conforme descrito abaixo:

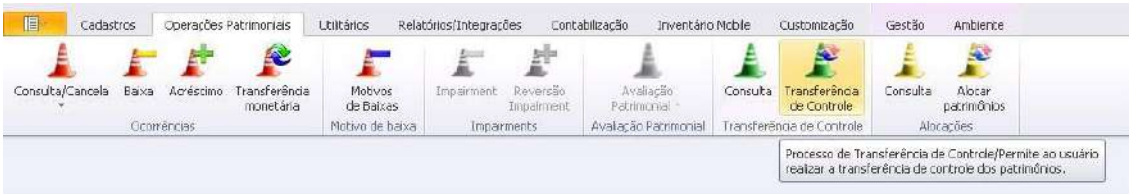
Acesse a base de dados do sistema TOTVS RM RM.

No canto superior esquerdo, clique no ícone descrito como TOTVS RM – Linha RM, e selecione BackOffice, seguido de Gestão Patrimonial.

Será aberto uma aba de busca, selecione o filtro FILIAL, e inclua o número da filial desejada, seguido de OK. Para a unidade Matriz HMTJ, o código é o 01.

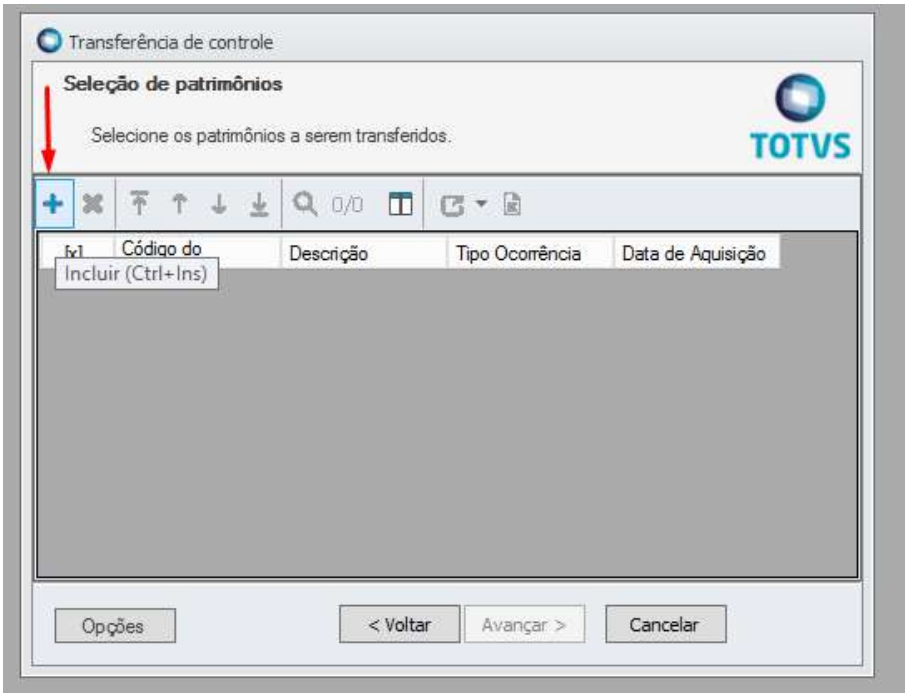


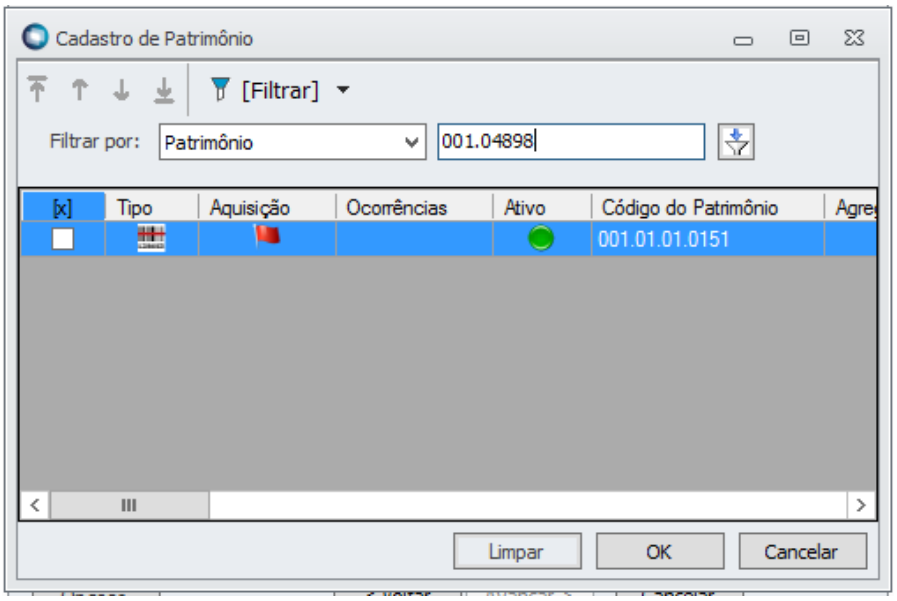
Clique na aba Operações Patrimoniais, e selecione o ícone de Transferência de Controle.



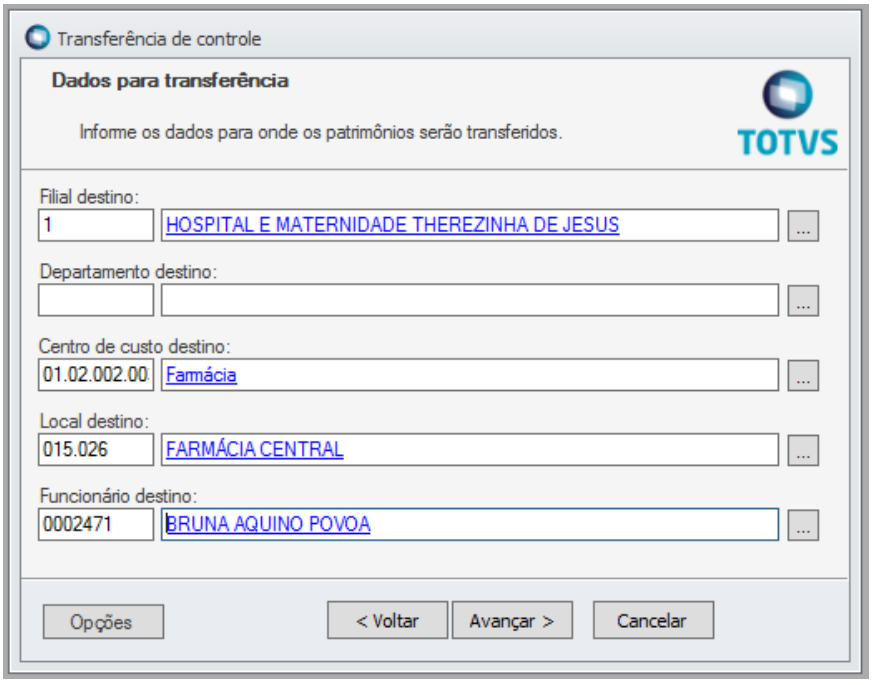
Na tela a seguir, clique em avançar.

Selecione o campo incluir, e em seguida busque pelo patrimônio que será transferido, selecionando-o.

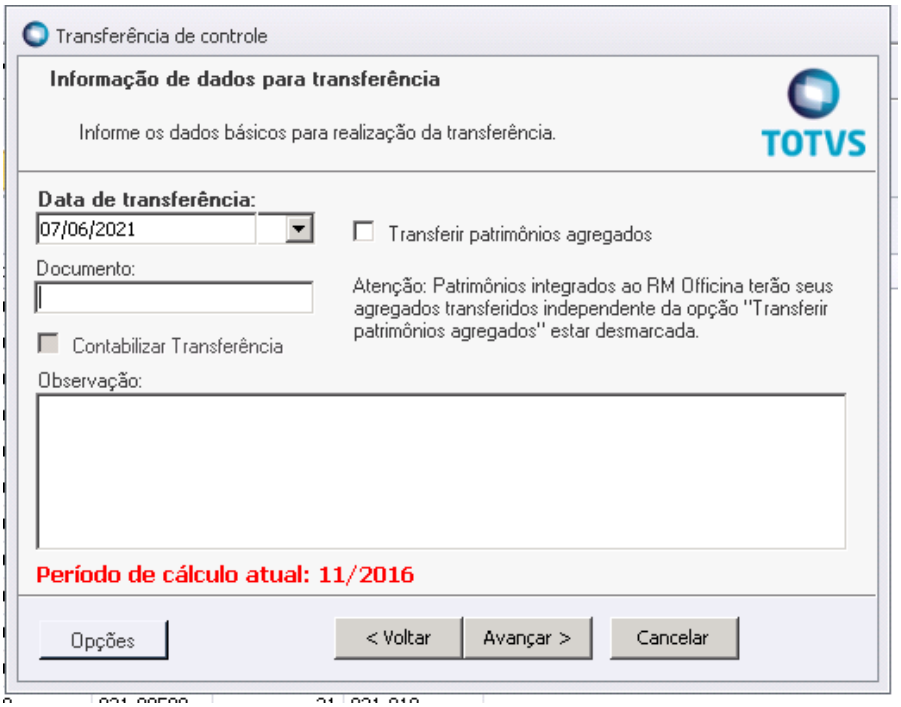




Preencha os campos de Centro de Custo Destino, Local Destino e Funcionário Destino, e clique em avançar.



Inclua a data da movimentação e clique em avançar novamente, seguido de Executar.



IV. Siglas e Definições

N/A.

V. Anexos

N/A.

VI. Referências

- Sistema Operacional TOTVS RM

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

IMPLANTAÇÃO POR PROCESSOS

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

A maioria dos serviços, e os de saúde em particular, têm como peculiaridade o fato de que sua produção não pode ser dissociada do seu consumo: o serviço de saúde só se concretiza, só existe, no momento em que é entregue ao usuário. Em outras palavras, no processo de produção de serviços de saúde “entram” insumos e “sai” um produto final, o serviço de saúde propriamente dito. Os insumos utilizados incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; eles têm, necessariamente, um custo, mesmo que a unidade ou instituição que os utilize não realize nenhum desembolso direto por eles.

O processo de transformação de insumos em serviços tem sua contrapartida no fluxo de recursos financeiros, que cumprem uma dupla finalidade: primeiro, eles financiam a atividade de transformação de insumos em serviços, ou seja, permitem que os serviços sejam produzidos; e, segundo, determinam, em certa medida, o acesso da população aos serviços produzidos e, portanto, a demanda efetiva por esses serviços. A consequência desse fato é que, num sistema crescentemente descentralizado como o SUS, o gestor local dos serviços não pode ignorar essa dimensão econômico-financeira e necessita ter um entendimento claro do funcionamento, características e implicações dessa dimensão.

Para desempenhar as funções estratégicas de financiamento e alocação, o gerente financeiro necessita desenvolver três conjuntos principais de atividades (ou funções operativas): planejamento, controle e avaliação.

O planejamento consiste em definir como as atividades irão acontecer, identificar, o volume de recursos necessários à sua realização e definir como esses recursos deverão ser obtidos e combinados. Está, portanto, dirigido para o que deverá acontecer, ou melhor, o que se deseja que aconteça. O planejamento financeiro consiste em prover o volume e os tipos de recursos necessários para atingir os objetivos da organização e definir como eles serão aplicados (utilizados).

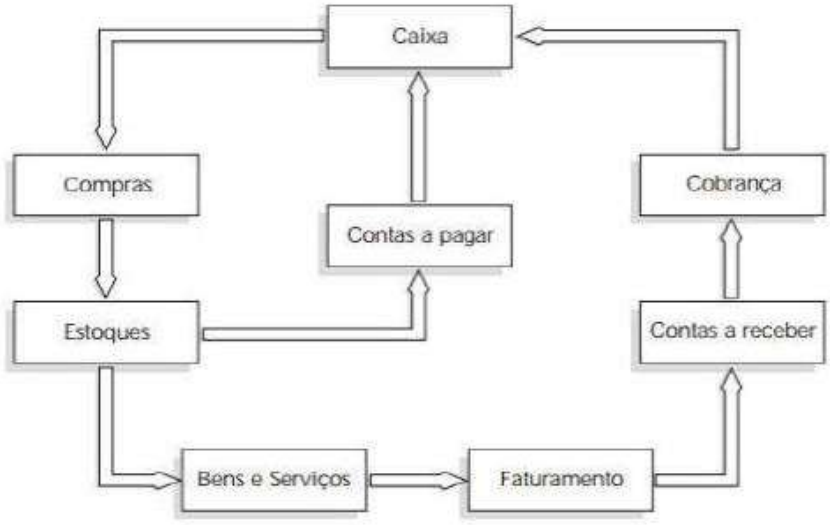
A elaboração e o estabelecimento de um plano ou orçamento integrado de atividades são, frequentemente, tidos como responsabilidades principais do planejamento (Berman e Weeks, 1979).

O controle (às vezes chamado de “monitoramento”) consiste em acompanhar as atividades em andamento, assegurar-se de que elas seguem um determinado plano e identificar e corrigir possíveis problemas durante sua execução. Consiste, basicamente, em comparar o que foi previsto (planejado) com o que está sendo realizado, isto é, verificar se as metas estão sendo atingidas.

Avaliação é o exame das atividades já terminadas (ou, pelo menos, bem adiantadas) para verificar se elas atingiram as metas fixadas ou estão se desenvolvendo em condições adequadas.

Essas três funções não são privativamente financeiras, pois fazem parte das responsabilidades de qualquer gerente ou administrador. Mas é importante ressaltar que o planejamento, controle e avaliação financeiros são parte integrante e imprescindível do processo de planejamento em saúde.

CICLO OPERACIONAL DA ORGANIZAÇÃO



EFICIÊNCIA E CUSTO

Em termos de alocação de recursos, o gerente se preocupa com que esses recursos sejam distribuídos – alocados – da melhor forma possível, isto é, com eficiência alocativa. Ou seja, os diferentes recursos ou insumos (pessoal, materiais, equipamento e tecnologia) devem ser combinados de maneira a maximizar o resultado ou produto pretendido e evitar gargalos e desperdícios, que têm sempre como consequência um custo maior do que o necessário. A maneira com que os recursos são aplicados entre diferentes insumos e/ou atividades se reflete decisivamente na eficiência e no custo dos serviços. Quando um insumo ou recurso está disponível, mas não pode ser utilizado plenamente porque outro insumo não está presente em quantidade suficiente, o problema muitas vezes é de eficiência alocativa, pois uma distribuição mais equilibrada dos recursos financeiros disponíveis entre os dois insumos poderia eliminar o problema. O exemplo clássico é um equipamento não utilizado por falta de um profissional para operá-lo.

Por outro lado, procura-se obter, a partir de uma certa quantidade de insumos, a maior quantidade de produto – bem ou serviço – possível ou o maior impacto possível.

Essa eficiência técnica (por oposição à eficiência alocativa, definida anteriormente) está relacionada com o conceito de produtividade e a tecnologia utilizada e implica maximizar o resultado com um dado volume de recursos ou minimizar a quantidade de recursos utilizados para se alcançar determinado objetivo ou resultado. Em outras palavras, trata- se de minimizar o custo necessário para se atingir determinada meta**.**

ESTABILIDADE E SUSTENTAÇÃO FINANCEIRAS

No planejamento e programação de uma atividade, o gerente financeiro deve também preocupar-se com que os recursos financeiros necessários estejam disponíveis enquanto perdurar a atividade ou programa, isto é, com a estabilidade financeira e a sustentação a longo prazo da atividade.

Ao planejar o programa de saúde, deve-se prever o fornecimento ininterrupto de recursos financeiros para a sua continuidade.

ORGANIZAÇÃO DA ÁREA FINANCEIRA

Não há uma estrutura organizacional certa ou apropriada para a área financeira de todos os serviços de saúde. Todavia, certos princípios básicos de organização são aplicáveis em todos os casos, não importa a estrutura organizacional adotada. Especificamente, a estrutura organizacional deve estabelecer linhas nítidas de autoridade e responsabilidade, possibilitar uma autonomia de funcionamento, demarcar responsabilidades, assegurar que um indivíduo não seja responsável perante mais de uma pessoa e estabelecer amplitudes adequadas de controle. Tradicionalmente, divide-se a área financeira de acordo com as funções mais importantes para cada organização e/ou a natureza dos instrumentos que ela comporta. Dessa forma, é comum a área financeira estar estruturada em torno de algumas ou todas as seguintes funções: planejamento, orçamento, contabilidade, tesouraria, controle e avaliação, auditoria e custos. Entretanto, outros fatores também determinam o tamanho e a estrutura da área financeira: a realidade e características locais, o tamanho da organização, os recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis, o volume e a complexidade dos procedimentos e controles financeiros a serem mantidos, o grau de descentralização de responsabilidades e recursos, etc.

As demais funções podem ser definidas resumidamente como segue:

• Orçamentação: função responsável pela preparação, acompanhamento e execução do orçamento financeiro.

• Contabilidade: instrumento fundamental da gestão financeira, pois registra todas as transações ou movimentações de recursos que envolvam valores monetários; pode ser vista como a “central de informação” da gestão financeira.

• Tesouraria: função ou área que cuida de todos os pagamentos e recebimentos e administra o dinheiro que é mantido em caixa ou em contas bancárias para esse fim.

ORÇAMENTO

Este item trata do processo de preparação e execução de um orçamento, apresentando inicialmente os princípios gerais do orçamento e em seguida as características peculiares do processo orçamentário no setor público.

O orçamento pode ser definido como uma técnica de previsão e programação financeira em que se definem objetivos financeiros e os meios para atingi-los.

O processo orçamentário é aquele através do qual o orçamento é elaborado, revisto, aprovado, executado e avaliado.

Princípios e objetivos do orçamento:

O orçamento é um plano de ação integrado e coordenado, normalmente de periodicidade anual, expresso em valores monetários.

Define basicamente como os recursos necessários vão ser levantados e como serão utilizados nas várias atividades desenvolvidas pela instituição.

• Implica o estabelecimento de padrões de desempenho que auxiliam a administração a alcançar os objetivos da instituição.

• Adequadamente preparado e implementado, obriga e facilita o planejamento gerencial, formaliza expectativas futuras que constituem o gabarito para o controle, promovendo a comunicação e coordenação entre os diversos segmentos da instituição.

O orçamento nunca é um produto acabado, nem sua finalidade se esgota na aprovação da proposta orçamentária. É um instrumento dinâmico, sujeito a revisões constantes à medida que o exercício financeiro avança. Sua maior utilidade é servir de balizamento para o que ocorre com a instituição e suas finanças ao longo do ano. Os dados do orçamento servem de padrão para comparar os resultados reais (“executados” ou “realizados”) das unidades da organização. Sem esse ponto de referência, a administração não teria nada além do passado para medir os resultados do presente.

Na verdade, o orçamento nada mais é do que a expressão financeira de um plano de ação, necessariamente mais detalhado, que fornece a direção para a vida financeira da instituição. O orçamento traduz as estratégias traçadas em metas operacionais e financeiras de curto prazo e é, portanto, parte importante do processo de planejamento e

controle da administração. Algumas das principais vantagens da utilização do orçamento podem ser assim resumidas:

• dirigir as atividades de modo a atingir os objetivos da instituição;

• antecipar os problemas antes de se tornarem agudos, de modo a permitir correções de curso;

• controlar os custos, melhorar a eficiência, a produtividade e eliminar desperdícios;

• poupar o tempo dos administradores, através do princípio da administração por exceção (só requer intervenção o evento não programado ou que ocorre diferentemente do previsto).

ETAPAS E PROCEDIMENTOS

O processo orçamentário tem etapas básicas:

• a fixação dos objetivos técnicos e financeiros, levando em conta os atuais pontos fortes e fracos da instituição, e detalhamento de metas;

• programação das atividades a serem desenvolvidas para atingir esses objetivos, com previsão dos recursos físicos, humanos e financeiros necessários à sua consecução, em quantidades e valores monetários;

• elaboração da proposta final de orçamento, com base nos objetivos e atividades programadas; essa proposta deve em princípio incluir demonstrações financeiras projetadas e a especificação da origem dos recursos necessários;

• discussão e aprovação do orçamento pelos órgãos ou instâncias competentes (no setor público, o orçamento deve ser votado pelo Poder Legislativo e aprovado pelo Executivo);

• execução do orçamento, com acompanhamento e controle sistemáticos,

• enfocando a análise de discrepâncias e consequente revisão do orçamento;

• controle e avaliação do que foi ou está sendo realizado, com ajuste do

• orçamento, se necessário (retroalimentação);

• prestação de contas aos órgãos encarregados da fiscalização do uso de recursos (Conselho, Secretaria de Finanças, Tribunal de Contas etc.), normalmente pela apresentação de relatórios padronizados.

A mecânica de cálculo de qualquer orçamento é sempre e basicamente a mesma, e de princípio bastante simples:

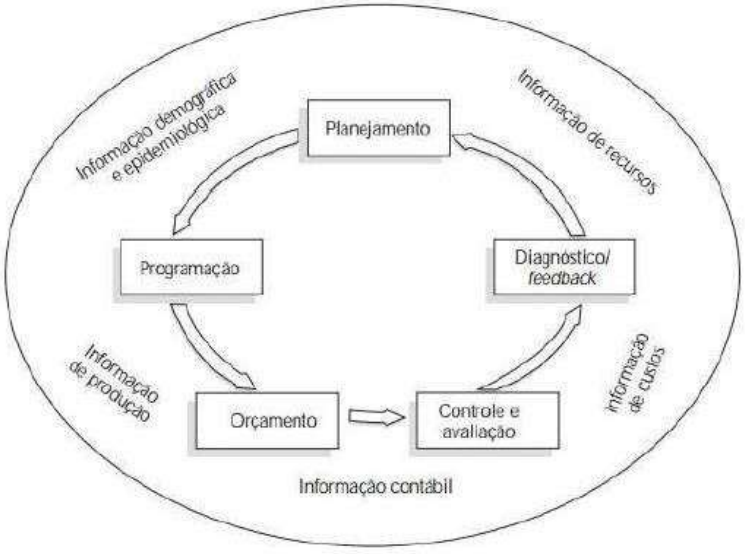
- projetar a produção dos diversos programas e serviços com base na necessidade/demanda da população, bem como as prioridades e políticas da instituição;
- estimar a quantidade de insumos – pessoal, materiais, serviços de terceiros, equipamentos, etc. – necessária à consecução das metas de produção;
- valorizar as necessidades de insumos em termos monetários, tomando por base o custo unitário calculado pela estrutura e comportamento dos custos da unidade.

O planejamento financeiro pode ser definido de duas formas:

Primeira, ele nada mais é do que um dos eixos do processo de planejamento em geral; parte de um plano geral já traçado, e identifica as necessidades de recursos associadas a ele e as ações que envolvem a mobilização e utilização desses recursos.

Segunda, o planejamento financeiro é o processo de definir antecipadamente (prever, programar) a vida e a política financeiras de uma organização, visando a manutenção do equilíbrio financeiro e o alcance de seus objetivos.

DINÂMICA DA GESTÃO FINANCEIRA



* Adaptada de Renaud e Espinoza

IDENTIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO DOS CUSTOS

Um conceito básico destas técnicas de análise é o custo social da doença, definido como o custo total para a sociedade de indivíduos padecerem de uma doença específica. Esse custo social da doença inclui três categorias de custos associados a uma doença ou a uma intervenção sanitária: os diretos, os indiretos e os econômicos.

• Custos diretos são aqueles relacionados diretamente às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde no tratamento, prevenção e reabilitação da doença; incluem custos variáveis e fixos.
• Custos indiretos correspondem a todas aquelas consequências negativas intangíveis do fato de adoecer: perda de autonomia, redução temporária de atividade, sofrimento físico e psicológico, tempo perdido no transporte até o estabelecimento de saúde e no tratamento, etc.
• Custos econômicos propriamente ditos, associados à perda de produção por consequência da doença, correspondem ao valor da riqueza que um indivíduo deixa de produzir por causa da enfermidade que o acomete. É, portanto, uma perda de produção econômica

De forma semelhante à dos custos, podem-se distinguir vários tipos de benefício ou resultado de um programa ou intervenção de saúde:

• resultados imediatos: correspondem aos atos praticados pelos serviços de saúde no tratamento/prevenção/reabilitação de um doente; não representam benefícios em si mesmos, mas são o primeiro resultado de um programa de saúde;
• benefícios diretos: são os efeitos do programa sobre o estado de saúde das pessoas, medidos em termos de cura individual ou redução das taxas de incidência e/ou prevalência, número de mortes evitadas, etc.;
• benefícios indiretos: constituem os efeitos muitas vezes intangíveis percebidos pelo doente e/ou seus próximos (redução do sofrimento, maior autonomia pessoal, etc.);
• benefícios econômicos: definidos como a diminuição dos custos econômicos da doença (ou seja, das perdas de produção).

Atividades Centralizadas (CSC):

A organização social de saúde – HMTJ com o objetivo de otimizar a gestão das ações administrativas: recursos humanos, gestão financeira, gestão contábil, gestão de suprimentos, gestão de contratos com pessoas jurídicas entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto do contrato, utilizará na gestão da UPA estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, ou seja, a estruturação das ações de apoio administrativas serão realizadas sob o regime Central de Serviços Compartilhados – CSC, com o rateio de despesas com a estrutura da própria organização social.

Para o rateio dos gastos operacionais e despesas operacionais administrativas, será utilizado critério de rateio com base na relação entre a proporção do número total de colaboradores de cada contrato de gestão e do total de colaboradores do HMTJ, incluindo aqueles envolvidos em todas as suas contratações.

Ressalta-se que, em total transparência com a Administração Pública, o HMTJ constitui filial para cada instrumento celebrado (Convênio/Contrato de Gestão), de sorte que as obrigações e orçamento dos respectivos entes federados não se confundem.

Assim sendo, considerando as diversas filiais existentes, e, considerando todas as despesas de áreas técnicas especializadas comuns às unidades filiais do HMTJ, visando maior eficiência, agilidade, uniformidade de diretrizes, políticas institucionais, minimizar os riscos inerentes aos serviços e, principalmente, redução de gastos, será realizada a concentração do apoio técnico-administrativo necessário à execução de todos os Convênios/Contratos de Gestão, inclusive a futura parceria a ser firmada com o Estado de Goiás.

Este modelo de gestão permite que o gestor de cada unidade mantenha seu foco de atuação direcionado no núcleo da sua atividade assistencial, além de possibilitar a unificaçãodas boas práticas de apoio.

O objetivo primordial da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, no presente caso, a futura parceria a ser firmada com o Estado de Goiás, unificando processos que poderão ser rateados entre as unidades, com ganho em escala e economicidade para o ente federado.

Assim, o HMTJ irá se utilizar, com vantagens para o município de São José dos Campos, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto dos Contratos, consolidando tais atividades em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera, e propõe a operação da futura parceria a ser firmada nos moldes de Centro de Serviços Compartilhados (CSC) centralizando a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público, conforme Manual da Criação da CSC - Central de Serviços Compartilhados ora anexado.

O detalhamento das despesas referentes ao rateio será apresentada mensalmente para aprovação pela Secretaria de Saúde, em planilha específica relativos à totalidade de seus contratos de gestão de forma a comprovar a correta apuração dos percentuais a cada contrato.

Adicionalmente apresentada mensalmente documentação comprobatória do total de colaboradores que consubstanciaram o percentual de rateio de cada Contrato de Gestão (folha de pagamento e descritivo de contratos PJ e outros vínculos).

Em outras palavras, mensalmente, através das prestações de contas, serão comprovados os serviços prestados pela Sede Administrativa na gestão das Unidades, através da apresentação dos documentos que originaram a despesa, apresentando os critérios de rateio, a memória de cálculo e a relação de despesas, acompanhada dos respectivos comprovantes.

A centralização administrativa permite que se gaste menos, com mais agilidade, com menos burocracia e com melhores resultados, na medida em que uma mesma equipe administrativa (atividade meio) pode atuar para vários parceiros, evitando com isso a ociosidade e ao mesmo tempo conseguindo disponibilizar para cada convênio uma equipe administrativa de qualidade e alta eficiência, dessa forma, o rateio de despesas corporativassignifica uma maior economia.

Os serviços técnicos e gerenciais concentrados no CSC otimizará os trabalhos e atingirá a eficiência, proporcionando economicidade e ganho em escala ao contrato a ser celebrado. Por fim, registra-se que a descrição da organização e programação das ações administrativas, tais como manutenção predial e de equipamentos, informática, transporte etc e técnicas: capacitação de RH, avaliação das melhorias das práticas

assistenciais e fluxos dentre outras, necessárias a gestão da unidade e não abrangidas pelo Centro de Serviço Compartilhado, estarão devidamente descritas em tópicos específicos no decorrer do presente plano de trabalho.

Recursos Humanos e Departamento de Pessoal

Setor encarregado de atividades específicas de contratação do funcionário, pagamento de salários e benefícios, organização de escalas funcionais e horários de trabalho, assim como rescisão contratual dos funcionários. O objetivo é administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano. Tarefas estratégicas comuns a todas as unidades gerenciadas são o recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho dos funcionários, treinamento, capacitação, desenvolvimento e retenção de pessoas entre outras funções, alinhando a estratégia da organização às políticas públicas vigentes.

A entidade mantém na sua equipe profissionais de retaguarda especializados em orientar os diretores dos hospitais quanto à melhor postura a ser adotada em relação ao seu quadro de pessoal, celetista ou terceirizado, a fim de garantir o bom relacionamento interpessoal entre todos os seus funcionários. Para que tais práticas sejam efetivas, será mantida em cada uma das unidades em sua estrutura, um profissional dedicado cuja atuação se dá em conjunto com a estrutura oferecida pela sede administrativa, responsável pelo estabelecimento das diretrizes institucionais sobre os recursos humanos.

Ademais, mantém equipe de assessores especializados que colaboram para o planejamento estratégico e desenvolvimento dos serviços nas diferentes unidades de saúde. As atividades realizadas pelo departamento de Recursos Humanos incluem o recrutamento e seleção de Pessoal [análise de candidatos e seleção de profissionais que se adequem ao perfil das vagas solicitadas], Desenvolvimento de pessoas [Análise de competências técnicas e comportamentais a serem desenvolvidas nos profissionais alocados nas Unidades], Admissão de Pessoal [realiza todo o processo de integração da pessoa contratada pela empresa, dentro dos critérios administrativos e jurídicos], Administração de Pessoal [efetua controle de frequência, pagamento de salários e benefícios, e contribuições], Desligamento de Pessoal [responsável pelo processo de desligamento e quitação do contrato de trabalho, estendendo-se na representação da empresa junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho e outros) e cuidar de toda a rotina de fiscalização] e Confecção de folha de pagamento de todas as unidades

gerenciadas pelo HMTJ de forma centralizada na sede administrativa.

O departamento de Recursos Humanos é responsável por treinamentos em serviço, capacitação de pessoas para atividades especiais ou extraordinárias (como epidemias) alémde promover as políticas de humanização das unidades. O departamento de RH atua intensamente nos momentos de implantação de novos serviços e definição de cargos chavena administração em saúde.

O atendimento ao funcionário é executado por assistentes administrativos nas Unidades, todas as demais atividades, principalmente a emissão da folha de pagamento estão centralizadas na Sede Administrativa.

Comunicação Institucional

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhaseducativas e assistenciais.

O Departamento de Comunicação elabora layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais. Para o público interno (funcionários e prestadores de serviço) divulgam informações sobre o funcionamento, informes do departamento de

Recursos Humanos, política de acesso à informação, campanhas para melhores práticas assistenciais e vídeos informativos. Para o público externo é responsável pelo apoio ao layout de comunicados, identidade visual da unidade, criação e atualização do site institucional.

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Departamento Administrativo - Financeiro e Contábil

Setores responsáveis pela administração financeira, planejamento financeiro e a rotina contábil do HMTJ e suas Unidades.

a. Financeiro tem por objetivo principal a gestão dos recursos repassados pelo ente público às Unidades sob Contrato de Gestão, no caso em tela o Município de São José dos Campos e a garantia da manutenção do seu equilíbrio financeiro, dando suporte aos gestores administrativos das Unidades para que possam tomar decisões. Realiza o controle da tesouraria, contas a pagar e receber, investimentos, planejamento financeiro e divulgaçãomensal dos resultados.

- Tesouraria: responsável pela gestão do fluxo de caixa das unidades com controle diáriodas entradas e saídas de recursos financeiros e gestão das contas bancárias.

- Contas a pagar: controla o vencimento dos compromissos de todas as Unidades a fimde garantir o cumprimento das obrigações evitando pagamento com atraso e multa.

- Contas a Receber: verifica se os repasses dos entes públicos estão ocorrendo dentro do previsto e se as obrigações dos clientes estão sendo pagas em dia, acionando, quando necessário, os mecanismos de cobrança.

b. Planejamento financeiro (Setor de Custos): garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente.

c. Setor de Prestação de contas: é responsável pela elaboração da Prestação de Contas e tem como base o modelo definido no contrato de gestão firmado com os entes federados,além de ser responsável pela entrega da mesma no prazo contratual e imposto pela legislação local.

d. Contabilidade: faz o controle do patrimônio (ativo: bens e direitos e passivo: obrigações) das Unidades e suas variações. A correta apropriação dos registros contábeis possibilita a tomada de decisões assertivas por parte do gestor financeiro e dos administradores das unidades além de garantir a entrega de processos corretos ao setor de auditoria e prestação de contas, minimizando erros e retrabalhos.

e. Fiscal: garante o cálculo de impostos a pagar e o cumprimento das exigências tributárias.

f. Auditoria Interna: realiza atividade de assessoramento a administração, visa detectar possíveis falhas nos processos solicitando as respectivas correções, com foco na melhoria dos controles internos. Acompanha todos os processos da Instituição, orienta a respeito dosfatos observados e busca aperfeiçoamento dos processos, mitigando erros e fraudes.

- Acompanhamento de prestações de contas

- Verificação das rotinas internas (unidades)

- Validação dos controles e fluxos de informações

Atende as auditorias externas (TCM, TCE, MP, SMS, SES e TCU) e auxilia demais setores na elaboração de respostas aos relatórios de Auditoria, além de realizar a interfaceentre as Secretarias e o Instituto.

Apenas a elaboração dos processos para pagamentos e o lançamento das Notas Fiscais são realizadas por auxiliares administrativos nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa

g. Qualidade: responsável pela implementação de política de qualidade e processos de conformidades administrativas e assistenciais da matriz e unidades sob gestão.

Assessoria Jurídica – Contratos

O Departamento Jurídico interno tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatuária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguroe compatível com as necessidades da entidade.

Registra-se que Departamento Jurídico interno mantido pelo HMTJ não tem por finalidade o mesmo suporte oferecido pela assessoria jurídica externa por ela contratada.

Destarte, assessoria jurídica externa contratada presta serviços para cada unidade, absorvendo a demanda que não é possível ser assumida pelo Departamento Interno do HMTJ, serviços esses que abrangem:

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Gestão de contratos com pessoas jurídicas

As contratações e gestão de contratos com pessoa jurídica para prestação de serviços são de responsabilidade direta da Gestão de Contratos em conjunto com a assessoria jurídica, cujas atividades são centralizadas em sua sede.

Todo o processo de contratações de obras e serviços, locações dentre outros devem estar devidamente documentados, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização, garantindo a observância das regras contidas no regulamento de compras e serviços, garantindo a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e economicidade além da realização de cotações prévias de preços no mercado.

A forma de organização e programação das atividades estão descritas em tópico específico.

Departamento de Suprimentos

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição, relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos.

Validação das comprasno sistema BIONEXO e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras.

a. Controle da qualidade dos materiais: controla e monitora a qualidade, especificações de materiais e aprova ordens de compra.

b. Aquisição: realiza pesquisa, avaliação das ofertas de mercado, pedidos de compra e contratação, acompanhamento e avaliação das atividades pós-pedido e registro do desempenho dos fornecedores.

c. Controle dos dados dos fornecedores: responsável pelo controle dos dados dos fornecedores e manutenção dos registros (cadastro).

d. Almoxarifado: monitora e garante a qualidade dos materiais e equipamentos, inspeções internas e de campo, cumprimento de padrões, controle da qualidade. Validaçãorealizada através do sistema de compras (BIONEXO).

e. Inspeção: monitora o desempenho do fornecedor, relatórios da situação do pedido e projeções de entrega.

f. Planejamento de estoques: monitora a quantidade de insumos, controla a requisição, verifica o volume, a qualidade e a rotatividade dos estoques das Unidades.

Apenas as atividades de recebimento, armazenamento e dispensação de materiais e insumos são realizadas por auxiliares de almoxarifado e técnicos de farmácia nas Unidades,todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa.

A forma de organização e programação das atividades estão descritas em tópico específico.

As despesas objeto do rateio serão rastreáveis de forma transparente, ou seja, as despesas da sede serão claramente identificadas e seu rateio será proporcional ao esforçodispendido em cada um dos contratos.

A prestação de contas mensal do contrato de gestão, ou seja, os dados financeiros são corroborados por Documentos Comprobatórios enviados juntamente com o relatório mensaldo Centro de Serviço Compartilhado a ser encaminhado para o contratante, aqui o Municípiode São José dos Campos.

Por fim, comprovado está que o Centro de Serviço Compartilhado possui a capacidade de (1) reduzir custos finais [Economicidade], (2) é mensurável ao longo do tempo [Mensurável], é demonstrável em relatórios formais com documentos comprobatórios [Transparência], é proporcional à capacidade de produção de cada unidade [Proporcional] e mantem registro eletrônico confiável de todas as informações financeiras e assistenciais relacionadas ao Centro de Serviço Compartilhado [Rastreável].

Por fim, para manter o pleno funcionamento das atividades-meio (Contabilidade, Recursos Humanos, Assessoria Jurídica, Processamento de Dados/Tecnologia da Informação, Assessoria de Imprensa, dentre outras) individualmente para cada Convênio ou Contrato de Gestão celebrado e, portanto, em cada Unidade Filial a ser inaugurada pelo HMTJ por força do presente certame, seriam necessárias, sem prejuízo da equipe eventualmente hoje existente, diversas contratações subordinadas às gerências corporativas para operacionalização da demanda de cada Unidade Filial, o que acarretaria mais ônus ao Ente Público. Por tal razão, em primazia ao Princípio da Economicidade e Eficiência, tais atividades serão centralizadas em sua matriz.

Atividades administrativas Locais

Gerir uma instituição de Saúde não é uma tarefa simples e requer conhecimento e boas práticas de gestão.

O ambiente de uma Unidade de Pronto Atendimento é constituído por situações de pressão e estresse, que exigem uma boa resposta, e por isso, é necessário um profissional responsável pela análise de cada etapa dos trabalhos para ser possível oferecer um serviço de excelência.

O HMTJ buscará selecionar para o cargo de coordenador administrativo alguém que entenda das diversas áreas existentes dentro de uma UPA na busca pelo objetivo principal, que é a qualidade, eficiência e da compatibilidade com a visão e a missão da instituição.Por isso, é essencial que o gestor esteja muito próximo dos demais departamentos, de forma a repassar conhecimento e envolver a todos.

Serão atribuições deste profissional:

- Coordenar equipe
- Coordenar e supervisionar rotinas administrativas;
- Delegar funções;
- Orientar a execução das normas e rotinas administrativas, analisar seu funcionamento
- Supervisionar o cumprimento dos cronogramas, propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas sempre que possivel;
- Coordenar serviços gerais; serviço de malote; instalações; serviço de limpeza; documentos e correspondências; organizar registros e controlar abastecimento de estoque;
- Requisitar pessoal adminstrativo, definir e gerenciar escala de trabalho, avaliar desempenho da equipe, remanejar pessoal, apurar frequência ao trabalho e gerenciar benefícios;
- Manter rotinas referente ao pequeno caixa, controlar verbas, monitorar metas, controlar contas a pagar, controlar fluxo de caixa e prestar contas;
- Divulgar informações, esclarecer dúvidas, intermediar equipes, elaborarcomunicados;
- Elaborar documentos e relatórios, correspondência, formulários;
- Desenvolver treinamentos do programa de educação permanente para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

- Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;
- Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;
- Responsabilizar-se por atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;
- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejamdivulgados e entendidos por todos os colaboradores;
- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;
- Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de "Gestão por Competências", monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão daQualidade.

No que tange ao processo de recrutamento e seleção, para fins de contratação dos recursos humanos, a entidade faz uso de uma política interna que tem como premissa a gestão por competência, angariando do mercado de trabalho candidatos que estejam alinhados com o perfil pré-definido pela instituição, levando em consideração as competências organizacionais, as competências técnicas e as competências comportamentais para cada cargo.

Tal processo consiste nas etapas de divulgação das vagas, inscrição dos candidatos no portal próprio da instituição, análise curricular, convocação dos candidatos aptos na análise para realização de prova teórica, realização de entrevista técnica/ comportamental com os candidatos considerados aprovados na etapa anterior, classificação dos candidatos considerados aprovados na entrevista para preenchimento das vagas em aberto e preenchimento de banco reserva. Convocação dos candidatos para processo admissional conforme classificação e quantidade de vagas por função, sendo o processo admissional composto por exame de saúde ocupacional, entrega de

documentação necessária para admissão, assinatura de contrato, entrega de uniforme, crachá e EPI e participação no treinamento de integração a fim de tomar conhecimentos das políticas e normas institucionais.

Quanto ao processo de capacitação, a instituição possui definição de procedimento próprio que versa sobre Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento, que é realizado pelo gestor de cada área numa programação que pode ser semestral ou anual e nesta é levado em consideração capacitar os colaboradores em temas que desenvolvam seus conhecimentos (o saber), suas habilidades (o saber fazer) e suas atitudes (o querer fazer).

Essas capacitações levam em consideração a função e o setor de cada colaborador e tem como objetivo principal o bom desempenho das funções de forma alinhada com os objetivos institucionais com vistas à missão da unidade gerida. Após período determinado, é realizada avaliação dos treinamentos ministrados a fim de garantir a eficácia dos mesmos bem como vislumbrar as melhorias alcançadas e os pontos a desenvolver dentro das práticas de trabalhos e fluxos estabelecidos.

Outro processo que a instituição utiliza para avaliar e desenvolver o colaborador, e analisar as conformidades das práticas laborais, são as avaliações de desempenho que são realizadas inicialmente nos períodos de experiências (45 dias e 90 dias) e posteriormente quando o colaborador completa doze meses na unidade. Anterior e durante esse período que antecede a avaliação anual, são realizados feedbacks aos colaboradores para apontar os pontos de melhorias e as evoluções, construindo assim um ambiente de trabalho agradável, de comunicação fluída, e propício para o alcance das metas propostas.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - OSS (JUIZ DE FORA - MG)

MANUAL DA CRIAÇÃO DA CSC - CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO 3

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO 4

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL 9

IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC 10

V. MODELAGEM ADOTADADE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS 12

VI. CRITÉRIO DE RATEIO 17

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS 18

I. INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo apresentar o conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e sua aplicação na OSS - Organização Social de Saúde HMTJ - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A implantação do conceito de CSC no HMTJ tem, pelo menos, dois objetivos principais, a saber:

- Aprimorar seu modelo de gestão, através da aplicação de um conceito já largamente utilizado nos países desenvolvidos, assim como no Brasil, em vários segmentos de atividade econômica, e agora com algumas experiências no setor da prestação de serviços assistenciais em saúde, nas organizações que, como o HMTJ, operam com várias unidades produtivas situadas em locais geograficamente distintos e, eventualmente, distantes, e que precisam dirigir os esforços em cada unidade para sua atividade principal, mas ao mesmo tempo necessitam que as práticas administrativas, em cada unidade produtiva, sejam padronizadas, eficientes, com gestão própria, e que este modelo proporcione um custo global menor para a organização, mas ao mesmo tempo uma gestão eficiente e eficaz;

- Sanar um problema comum, enfrentado pelas secretarias de saúde que adotam o modelo da OSS na prestação de serviços de saúde à população, que é como atribuir, ao custo de cada contrato de unidade gerida no modelo de OSS, os gastos da administração central da OSS, isto é como ratear para cada contrato os gastos gerais e da administração central da OSS. O modelo ora proposto, tem também o objetivo de contribuir como uma metodologia justa e adequada de atribuição desses gastos gerais de governança da OSS, a cada uma de suas unidades, através do conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e de uma demonstração clara e transparentes de gastos da administração central e de como esses gastos são atribuídos às várias unidades geridas pela OSS - Organização Social de Saúde.

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO

O conceito da CSC - Central de Serviços Compartilhados, tem sido adotado por organizações que atuam com várias unidades de negócio, com o objetivo de obter ganhos de escala naquelas atividades comuns a todas as unidades de negócio - normalmente, atividades administrativas e de apoio. Outra vantagem da adoção do conceito de CSC, é que o gestor de cada unidade tem seu foco de atuação concentrado no núcleo da sua atividade assistencial, reduzindo o seu envolvimento em atividades administrativas e de apoio, que são geridas pela CSC. Além disto, a implantação do conceito de CSC possibilita a uniformização das práticas administrativas e de apoio para todas as unidades assistencial, facilitando as transferências de gestores e colaboradores inter-unidades, pois as práticas são as mesmas em todas elas.

Por outro lado, para a adequada implantação deste conceito, é necessário um elevado nível de maturidade dos gestores da organização, pois passa-se a trabalhar com o conceito de matriz de responsabilidades entre o gestor de cada unidade e o gestor do CSC.

O conceito de Unidade de Atividade Assistencial

Com a expansão de suas atividades, quer regionais ou geográficas, quer na ampliação de suas linhas de produtos, serviços ou atividades, as organizações vão ampliando suas estruturas organizacionais, criando unidades para atender sua expansão geográfica e/ou dos serviços e produtos oferecidos.

Com o objetivo de disciplinar e organizar este modelo com várias unidades, foi desenvolvido o conceito de administração por unidade. Este conceito, em seu sentido mais amplo, trata a unidade como uma entidade específica, delegando ao gerente ou diretor das unidades, responsabilidades como uma atividade assistencial específica, autoridade e poder de decisão. Logo o modelo de gerenciamento por unidade, está associado diretamente à descentralização e delegação de responsabilidade. Por outro lado, a delegação de descentralização requer um alto

grau de normatização, sem o que a transferência de responsabilidade pode correr sérios riscos. Descentralizar sem normas e procedimentos muito bem definidos pode representar alto risco. As organizações mais bem-sucedidas possuem normas e procedimentos bem definidos que delimitam as responsabilidades delegadas aos seus gestores. Na realidade não existe um sistema totalmente descentralizados, o que existe e a descentralização relativa sempre de acordo com normas preestabelecidas.

Neste trabalho, estamos definindo uma unidade de atividade assistencial como sendo uma unidade organizacional relativamente independente, cujo gestor é responsável pelo seu desempenho e eficácia de resultados.

A administração dos serviços por intermédio de unidades de atividades assistencial, requer alto nível profissional, além de ser requisito indispensável, um bom conjunto de normas de procedimentos, visto que a padronização e normatização são pré-requisitos para a segmentação e qualificação dos serviços prestados.

Entre várias vantagens da segmentação por unidades de atividade assistencial, podemos citar a principal delas que é a aferição de desempenho por especialidade das unidades e suas eficácias.

Quanto às desvantagens da segmentação por unidade de atividade assistencial, podemos citar: complexidade, dificuldade de implementação, custo, falta de sistemas de apoio, rateio dos custos comuns e de investimentos na sistematização e mecanização dos processos.

A apuração de resultados no modelo de Unidades de Atividade Assistencial

Unidade de Atividade Assistencial significa segmentar a organização em duas ou mais partes, tratando-as como se fosse unidades diferentes. O conceito de unidade de atividade assistencial normalmente aparece associado aos centros de resultados.

Ao abordar os sistemas de controle gerencial em empresas descentralizadas, Johnson e Kaplan (1991, p. 4) asseveram que “o sistema de contabilidade gerencial é o meio por qual a alta administração comunica as metas e objetivos da organização aos subordinados e gerentes de unidades de negócio” [e, por outro

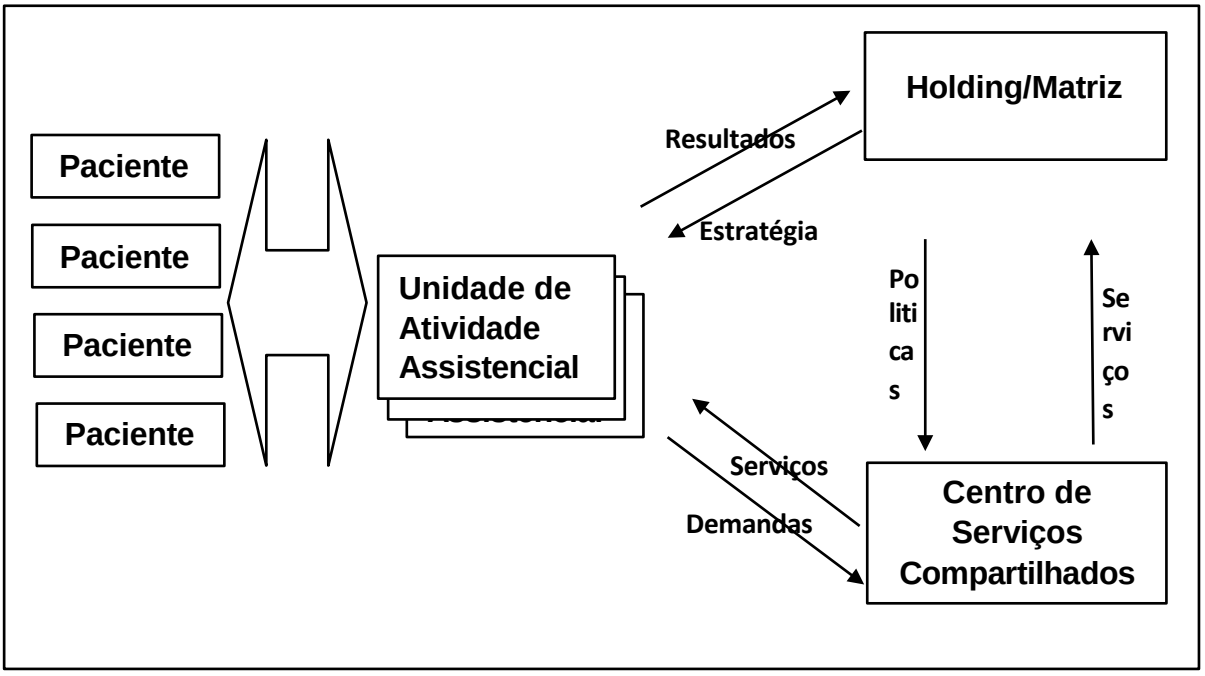
lado,] “é o canal pelo qual a informação sobre o desempenho e a eficiência na fábrica de produtos é reportada aos níveis gerenciais superiores”.

Numa empresa descentralizada, portanto, os sistemas de controle têm dois papéis básicos: fornecer alta administração informações sobre as unidades de negócio, no que diz respeito a rentabilidade e desempenho de suas operações, e influenciar o comportamento dos gerentes locais, de forma que suas decisões e ações sejam consistentes com os objetivos globais da organização.

No tocante ao sistema de informações, a alta administração precisa definir quais serão as medidas de desempenho dos gerentes e das unidades pelas quais são responsáveis. Vancil (1973) sugere que esse conjunto de medidas deve satisfazer a duas condições básicas: ser percebido como justo pelo gerente que vem sendo avaliado, e ser capaz de motivar o gerente da unidade de negócio, ao agir em benefício próprio ou de sua divisão, contribuindo, ao mesmo tempo, à consecução dos objetivos globais da organização.

O conceito da Central de Serviços Compartilhados

Serviços Compartilhados, (oriundo da expressão originária da língua inglesa Shared Services) é a prática em que unidades de negócios de empresas e organizações decidem compartilhar um conjunto de serviços ao invés de tê-los como uma série de funções de apoio duplicadas dentro da organização (QUINN; COOKE; KRIS, 2000, p.11).



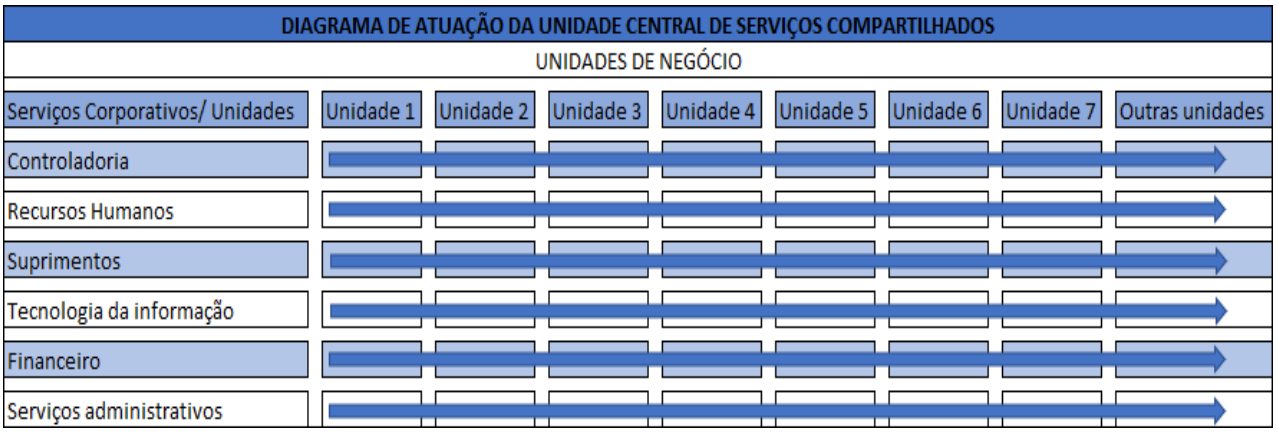
Tripé do modelo organizacional após a implantação da CSC, adaptado as Organizações Sociais de Saúde.
Fonte original: Thompson Consulting (2007)
Adaptação: HMTJ

É comum encontrarmos nas organizações que criam unidades de atividade assistencial, diversas funções de natureza administrativos e de suporte, replicadas em cada uma dessas unidades, gerando custos e diversidades de práticas administrativas, pois cada gestor de unidade acaba “assumindo” a gestão desses serviços administrativos, e ajustando-os ao seu modo de administrar a unidade, perdendo a organização, a uniformização de práticas administrativas.

A CSC atua como uma unidade organizacional cujo objetivo é prover serviços de apoio - técnico, administrativos, financeiros, de suporte, para todas as unidades operacionais da organização, centralizando sob um único comando a realização dessas atividades, desonerando o custo individual de cada unidade de atividade assistencial, e unificando as práticas administrativas em todas essas unidades.

Desta forma, o gestor responsável pela unidade de atividade assistencial deve focar sua gestão na assistência, delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio, necessários para suas atividades.

O diagrama abaixo ilustra um modelo de unidades de atividade assistencial com a CSC, que provê diversos serviços de suporte - de natureza administrativas e financeira. às diferentes unidades de negócio, uniformizando as práticas administrativas pela qualidade desses serviços.



Modelo de CSC

CSC único: Um único centro de serviços que concentra todas os serviços de apoio às unidades de atividade assistencial da organização social de saúde;

CSC Regional: um centro de serviços para cada região geográfica ocupada por unidade (S) da organização, que concentra todos os serviços de apoio às unidades daquela região.

A implantação da CSC na organização social de saúde

Um modelo de CSC requer um elevado nível de maturidade da organização e de seus gestores, tanto nas unidades de atividade assistencial quanto da CSC, pois haverá uma constante negociação e discussão entre eles, quanto aos serviços prestados pela CSC e as responsabilidades envolvidas.

A implantação da CSC requer um adequado planejamento, forte estratégia de comunicação patrocinada pela alta administração da organização. Uma definição clara das responsabilidades dos gestores das unidades, assim como do gestor da CSC é fator crítico de sucesso, da mesma forma que a manualização das práticas administrativas, que devem ser uniformes em todas as unidades.

Devem ser desenvolvidos indicadores para medir o resultado dos serviços prestados pela CSC, de modo que seu gestor possa ser monitorado e medida sua performance.

Recursos de informática

Os modernos recursos de informática, tais como ERP (sistema informatizado de gestão), workflows, dentre outros, são ferramentas importantes para o sucesso da implantação do conceito de CSC, pois apoiam a uniformização das práticas administrativas e permitem seu controle, tanto pelo gestor de cada unidade, quanto pelo responsável pela CSC.

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL

A estrutura organizacional atual leva em conta a disponibilização de serviços administrativos em cada uma das várias unidades, desta forma se verifica, em cada uma delas, custos com serviços de contabilidade, jurídicos, gestão financeira e outros, conforme demonstrado no quadro a seguir:

UNIDADES DE NEGÓCIO				
Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade 4	Unidade 5
Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade
Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira
Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios
Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.
Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística

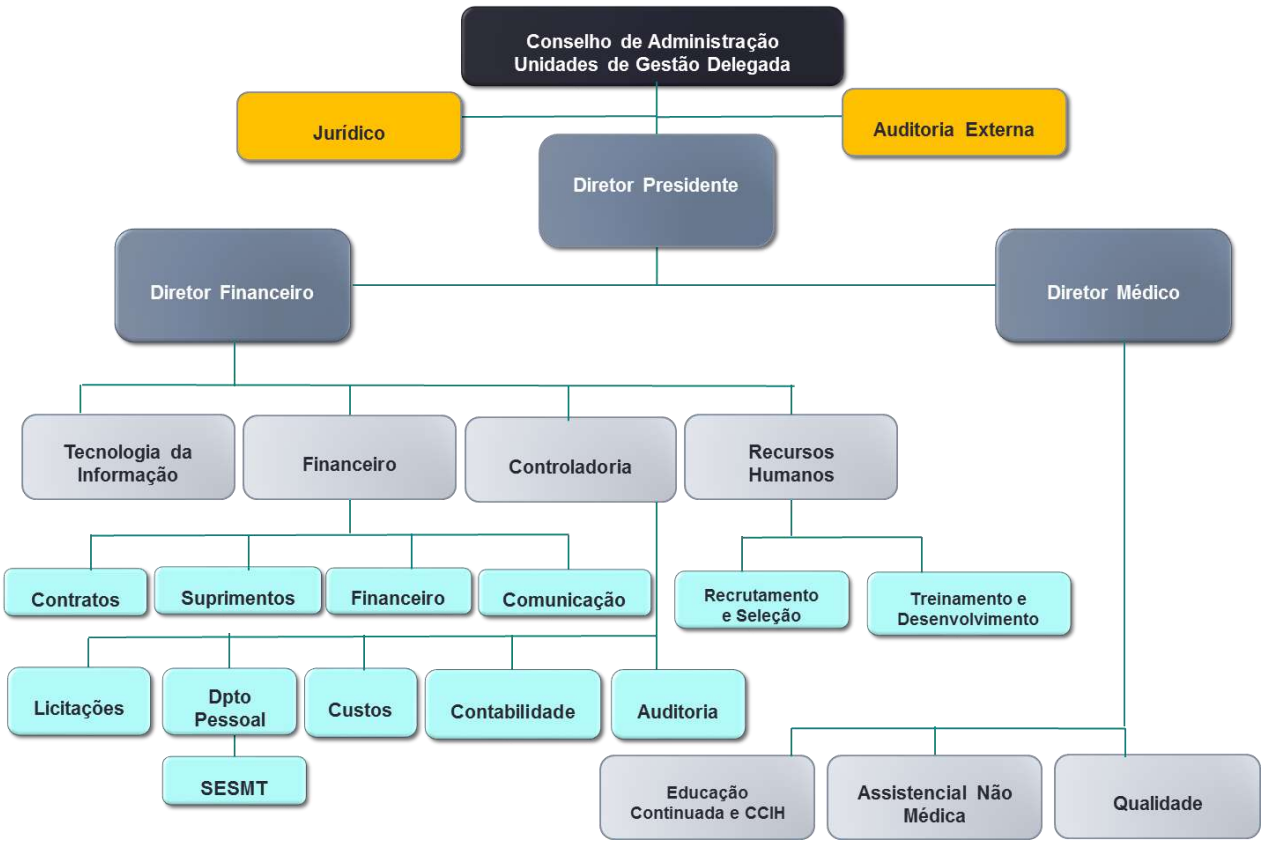
Inicialmente esse modelo se justificaria, no entanto com a entrada de novas unidades geridas por uma mesma organização e estrutura o conceito de CSC, como descrito anteriormente, se aplica integralmente resultando em desoneração de custos em cada unidade de negócio, e unificando as práticas administrativas garantindo assim o foco do gestor da unidade na assistência delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio.

Desta forma o HMTJ passa a adotar em sua estrutura o conceito de CSC Central de Serviços Compartilhados conforme descrito a seguir.

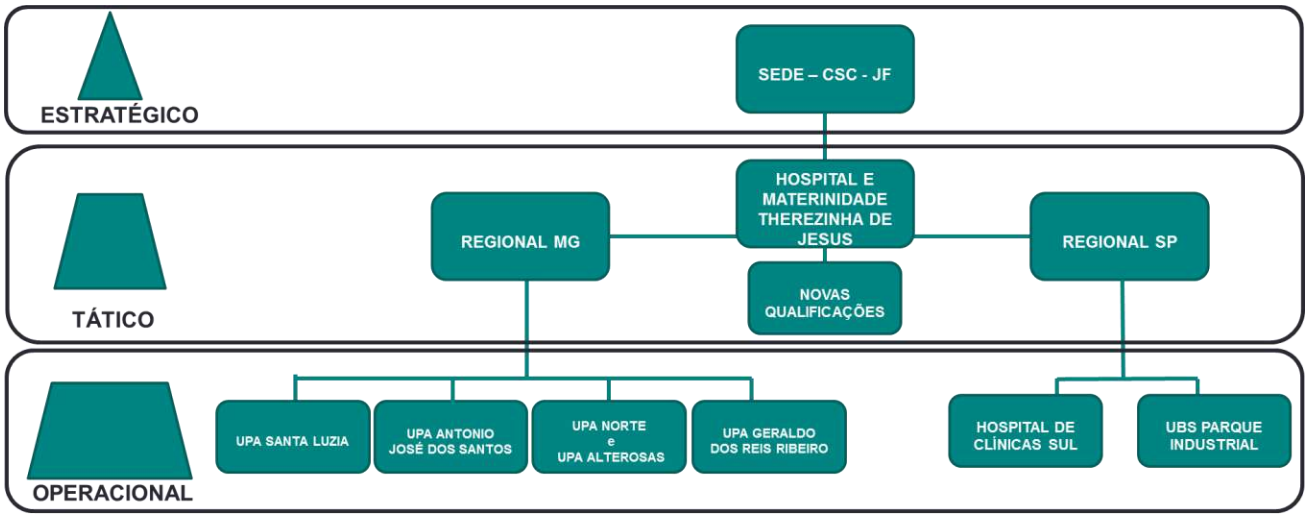
IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC

Para melhor entendimento a segregação dos custos o CSC do HMTJ foi elaborado coma montagem de duas sedes regionais identificadas como, Administração Central Regional São Paulo, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e Administração Central Regional Minas Gerais, desta forma os custos diretos e indiretos de cada regional e respectivamente os rateios ou compartilhamento a cada unidade de atividade assistencial serão facilmente identificados, gerando um grau adequado de transparência e rastreabilidade.

Demonstramos a seguir uma representação gráfica do novo modelo:



O modelo proposto está, também, fundamentado nos níveis organizacionais da entidade:



Cabe destacar que o critério de rateio adotado foi número de colaboradores de cada uma das unidades.

V. MODELAGEM ADOTADA DE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS

CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	NOCRITERIORATEIO
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	Matriz
01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	Linear
01.01.002.002	Gerência Financeira	Linear
01.01.002.003	Gerência Controladoria	Linear
01.01.002.004	Gerência de Manutenção e Obras	Linear
01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	Linear
01.01.002.006	GCSTI - Gerência Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Linear
01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	Linear
01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	Linear
01.01.002.009	Gerência de Estudos de Pesquisas Cientificas	Linear
01.01.002.010	Gerência de Qualidade	Linear
01.01.002.011	Gerência Médica	Linear
01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	Linear
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	MG
01.01.002.014	Administração Central Regional - RJ	RJ
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	SP
01.02.001.001	Diretoria Executiva Regional - MG	Central MG
01.02.001.002	Gerência Financeira - MG	Central MG
01.02.001.003	Gerência Controladoria - MG	Central MG
01.02.001.004	Gerência de Manutenção - MG	Central MG
01.02.001.005	Gerência de Suprimentos - MG	Central MG
01.02.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Info	Central MG
01.02.001.007	Gerência de Recursos Humanos - MG	Central MG
01.02.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - MG	Central MG
01.02.001.009	Gerência da Qualidade - MG	Central MG
01.02.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - MG	Central MG
01.02.002.003.0016	Gerência de Estudos de Pesquisas Cientificas - MG	Central MG
01.03.001.001	Diretoria Executiva Regional - RJ	Central RJ
01.03.001.002	Gerência Financeira - RJ	Central RJ
01.03.001.003	Gerência Controladoria - RJ	Central RJ
01.03.001.004	Gerência de Manutenção - RJ	Central RJ
01.03.001.005	Gerência de Suprimentos - RJ	Central RJ
01.03.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Central RJ
01.03.001.007	Gerência de Recursos Humanos - RJ	Central RJ
01.03.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - RJ	Central RJ
01.03.001.009	Gerência da Qualidade - RJ	Central RJ
01.03.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - RJ	Central RJ
01.04.001.001	Diretoria Executiva Regional - SP	Central SP
01.04.001.002	Gerência Financeira - SP	Central SP
01.04.001.003	Gerência de Controladoria - SP	Central SP
01.04.001.004	Gerência de Manutenção e Obras	Central SP
01.04.001.005	Gerência de Suprimentos - SP	Central SP
01.04.001.006	GSTI - Gerência de Central de Sistemas de Tec. Informação SP	Central SP
01.04.001.007	Gerência de Recursos Humanos - SP	Central SP
01.04.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - SP	Central SP
01.04.001.009	Gerência de Qualidade - SP	Central SP

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	APLICAÇÃO
1	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
10	BENEFÍCIOS MÉDICOS	Direta
11	RATEIOS RECEBIDOS	Direta
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	Direta
3	VERBAS RESCISÓRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.2.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.2.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.2.1.1.01.0005	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0006	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.2.1.1.01.0007	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0008	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.2.1.1.01.0009	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.2.1.1.01.0010	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.2.1.1.01.0011	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.2.1.1.01.0012	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.2.1.1.01.0013	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0014	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.2.1.1.01.0015	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.2.1.1.01.0016	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.2.1.1.01.0017	FGTS INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0018	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.2.1.1.01.0019	VALE-TRANSPORTE	Direta
3.2.1.1.01.0020	PAT - PROG. ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.2.1.1.01.0022	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.2.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.2.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0026	SINDICAL PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.02.0001	MÉDICOS - PESSOA FÍSICA	Direta
3.2.1.1.02.0002	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.2.1.1.02.0003	COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICOS	Direta
3.2.1.1.02.0004	MULTIPROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.02.0005	MULTIPROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.03.0001	FGTS	Direta
3.2.1.1.03.0002	PIS	Direta
3.2.1.1.04.0001	ISENÇÃO DE QUOTA PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.04.0002	ISENÇÃO DO RAT	Indireta
3.2.1.1.04.0003	ISENÇÃO DE CONTR. OUTRAS ENTIDADES	Indireta
3.2.1.1.04.0004	ISENÇÃO DE CONTRIB. PREVIDENCIÁRIA	Indireta
3.2.1.1.05.0001	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.2.1.1.05.0002	MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	Direta
3.2.1.1.05.0003	GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.05.0004	SANGUE E PLASMA	Direta
3.2.1.1.05.0005	DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS	Direta
3.2.1.1.05.0006	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS	Direta
3.2.1.1.05.0007	MANIPULAÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0001	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	Direta
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.2.1.1.06.0004	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0005	GÁS DE COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0006	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0008	MATERIAL DE LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	Direta
3.2.1.1.06.0011	OUTROS MATERIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0001	LABORATORIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0002	NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.2.1.1.07.0003	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	Direta
3.2.1.1.07.0004	HEMOTERAPIA	Direta
3.2.1.1.07.0005	RADIOLOGIA	Direta
3.2.1.1.07.0006	ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Direta
3.2.1.1.07.0007	MEDICINA NUCLEAR	Direta
3.2.1.1.07.0008	ULTRASSOM	Direta
3.2.1.1.07.0009	MÉTODOS GRÁFICOS	Direta
3.2.1.1.07.0010	ECOCARDIOGRAMA	Direta

3.2.1.1.07.0011	EXAME CPRE	Direta
3.2.1.1.07.0012	LACTÁRIO	Direta
3.2.1.1.07.0013	MAMOGRAFIA	Direta
3.2.1.1.07.0014	PESQUISAS E DESENVOLVIMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	Direta
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0003	ENGENHARIA CLÍNICA	Direta
3.2.1.1.08.0004	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTIC	Direta
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	Direta
3.2.1.1.08.0006	MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.08.0007	ANÁLISES QUÍMICAS	Direta
3.2.1.1.09.0001	CONTROLE DE PRAGAS	Direta
3.2.1.1.09.0002	COLETA HOSPITALAR SELETIVA	Direta
3.2.1.1.09.0003	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.09.0004	COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	Direta
3.2.1.1.09.0005	LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.09.0006	ESTERILIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0002	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.2.1.1.10.0003	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0004	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0005	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.10.0006	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.10.0007	ASSESSORIA EM CUSTOS	Direta
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	Direta
3.2.1.1.10.0009	ASSESSORIA EM CONTROLES PATRIMONIAIS	Direta
3.2.1.1.10.0010	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0011	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.2.1.1.10.0012	SERVIÇO DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.2.1.1.10.0013	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.2.1.1.10.0014	CONSULTORIA EM PROGRAMAS DO SUS	Direta
3.2.1.1.10.0015	DIREÇÃO MÉDICA	Direta
3.2.1.1.11.0001	ALUGUÉIS E CONDOMÍNIOS	Direta
3.2.1.1.11.0002	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.11.0003	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	Direta
3.2.1.1.11.0004	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS	Direta
3.2.1.1.11.0005	LOCAÇÃO DE CILINDROS DE GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.11.0006	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS	Direta
3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELÉTRICA	Indireta
3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO	Indireta
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA	Direta
3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS	Direta
3.2.1.1.12.0001	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	Direta
3.2.2.1.01.0008	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0017	PAT - PROG. ALIMENT.DO TRABALHADOR-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0027	SERV. PREST. PESSOA FÍSICA NÃO MÉD-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0013	DESPESAS COM HOSPED. E ALIMENTAÇÃO-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0034	SERV MANUTENÇÃO DE EQUIP E MÓVEIS-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.05.0038	SERVIÇOS MANUTENÇÃO EQUIP INFORM.-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.07.0008	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANC.-EXCLUI	Indireta
3.2.3.1.01.0001	PROV. P/ PERDAS E AJUSTES DE ATIVOS-EXCL	Indireta
3.3.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.3.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.3.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.3.1.1.01.0005	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0006	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.3.1.1.01.0007	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.3.1.1.01.0008	ADICIONAL DE RESULTADO	Direta
3.3.1.1.01.0009	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.3.1.1.01.0010	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.3.1.1.01.0011	ROUPAS PROFISSIONAIS	Direta
3.3.1.1.01.0012	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.3.1.1.01.0013	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.3.1.1.01.0014	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.3.1.1.01.0015	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.3.1.1.01.0016	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.3.1.1.01.0017	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.3.1.1.01.0018	FGTS INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0019	VALE TRANSPORTE	Direta
3.3.1.1.01.0020	PAT - PROGR. ALIMETAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.3.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.3.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.3.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.3.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0026	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.3.1.1.02.0001	FGTS	Direta
3.3.1.1.02.0002	PIS	Direta
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.03.0002	ALUGUÉIS DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.03.0003	ARRENDAMENTO DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	Direta
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	Direta
3.3.1.1.04.0003	DOAÇÕES	Direta
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	Indireta
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	Direta
3.3.1.1.04.0006	SEGUROS	Indireta
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	Direta
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	Direta
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	Direta

3.3.1.1.04.0011	REPRODUÇÕES	Indireta
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0013	LIVROS, JORNAIS E REVISTAS	Indireta
3.3.1.1.04.0014	MULTA DE TRÂNSITO	Indireta
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	Direta
3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA	Direta
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	Indireta
3.3.1.1.04.0019	INDENIZAÇÕES POR ACORDO	Indireta
3.3.1.1.04.0020	PUBLICAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0021	DEPÓSITOS PARA RECURSOS	Direta
3.3.1.1.04.0022	ANUIDADES DE CONSELHOS	Direta
3.3.1.1.04.0023	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ESCRITÓRIO	Direta
3.3.1.1.04.0024	SERVIÇOS PRESTADOS POR PESSOAS FÍSICAS	Direta
3.3.1.1.04.0025	ALUGUEL DE VEÍCULOS	Direta
3.3.1.1.04.0026	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0027	MATERIAL DE ROUPARIA E EPI	Direta
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0029	OUTRAS DESPESAS GERAIS	Direta
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	Direta
3.3.1.1.04.0031	SERVIÇOS PRESTADOS POR EMPRESAS	Direta
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	Direta
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	Direta
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0036	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.3.1.1.04.0037	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0038	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	Direta
3.3.1.1.04.0042	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.3.1.1.04.0043	SERVIÇOS DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.3.1.1.04.0047	FRETES E CARRETOS	Direta
3.3.1.1.04.0048	ASSESSORIA DE CUSTOS	Direta
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0050	SERVIÇO DIREÇÃO ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	Direta
3.3.1.1.04.0052	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICINA SEG DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0053	COMBUSTIVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.3.1.1.04.0054	COORDENAÇÃO MÉDICA	Direta
3.3.1.1.04.0055	SERVIÇO DE DIREÇÃO TÉCNICA E CLÍNICA	Direta
3.3.1.1.04.0056	TRABALHO VOLUNTÁRIO - DIRIGENTES	Direta
3.3.1.1.04.0057	SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	Direta
3.3.1.1.04.0058	RECREAÇÃO EM EVENTOS	Indireta
3.3.1.1.04.0059	GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.3.1.1.04.0060	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0061	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.05.0002	IMPOSTO DE RENDA NÃO RETIDO	Indireta
3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS	Indireta
3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA	Indireta
3.3.1.1.05.0005	CONTRIBUIÇÕES A ASSOCIAÇÕES	Direta
3.3.1.1.05.0006	IMPOSTO DE RENDA S/ APLICAÇÕES	Indireta
3.3.1.1.05.0007	IMP., TAXAS E CONT. - RENÚNCIA FISCAL	Indireta
3.3.1.1.05.0008	IPTU	Direta
3.3.2.1.01.0001	ALUGUÉIS E ARRENDAMENTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0002	VENDAS DE SUCATAS	Indireta
3.3.2.1.01.0003	RECEITA COM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	Indireta
3.3.2.1.01.0004	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS	Direta
3.3.2.1.01.0005	RECEITA COM ESTACIONAMENTO	Indireta
3.3.2.1.01.0006	BONIFICAÇÕES DE PRODUTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0007	INDENIZAÇÕES DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0008	RECEITAS DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0009	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS COMPARTILHADAS	Direta
3.3.2.1.01.0010	RECEITAS COM PESQUISAS	Indireta
3.3.2.1.02.0001	CONVÊNIO SUPREMA PREDIO ODONTO	Indireta
3.3.2.1.02.0002	CONVÊNIO NUCLEMINAS	Indireta
3.3.2.1.02.0003	CONVÊNIO UNIPAC	Indireta
3.3.2.1.02.0004	CONTRIBUIÇÕES DE ASSOCIADOS	Indireta
3.3.2.1.02.0005	CONVÊNIO SUPREMA	Indireta
3.3.2.1.02.0006	CONVÊNIOS GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0007	OUTRAS CONTRIBUIÇÕES E DOAÇÕES	Indireta
3.3.2.1.02.0008	CONVÊNIO UFJF	Indireta
3.3.2.1.02.0009	DOAÇÕES GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0010	CONTRATO ANGOLA	Indireta
3.3.2.1.03.0001	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG RJ	Indireta
3.3.2.1.03.0002	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG MG	Indireta
3.3.2.1.03.0003	RECUP GASTOS AUDITORIA INDEPENDENTE	Indireta
3.3.2.1.03.0004	RECUPERAÇÃO DE GASTOS SEGUROS	Indireta
3.3.2.2.01.0001	PROVISÃO PARA RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0002	PROVISÃO PARA RISCOS TRABALHISTAS	Direta
3.3.2.2.01.0003	PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.01.0004	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0005	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS TRABALHIS	Direta
3.3.2.2.01.0006	REVERSÃO DA PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.02.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.02.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta

3.3.2.2.03.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.03.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.3.01.0001	BENS DE PEQUENO VALOR DEDUZIDOS	Indireta
3.3.2.3.01.0002	PERDAS POR FURTOS E ROUBOS	Indireta
3.3.2.3.01.0003	PERDAS DE BENS IMOBILIZADOS	Indireta
3.3.2.4.01.0001	GANHOS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.4.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.01.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.01.0003	ALIENAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.5.02.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.02.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.02.0003	ALIENAÇÃO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.02.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.6.01.0001	ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.6.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.7.01.0001	SINISTROS COM IMOBILIZADO	Indireta
3.3.3.1.01.0001	MATRIZ	Direta
3.3.3.1.01.0002	UPA SANTA LUZIA	Direta
3.3.3.1.01.0003	HOSPITAL DA MÃE	Direta
3.3.3.1.01.0004	UPA TIJUCA	Direta
3.3.3.1.01.0005	UPA BOTAFOGO	Direta
3.3.3.1.01.0006	UPA JACAREPAGUÁ	Direta
3.3.3.1.01.0007	UPA COPACABANA	Direta
3.3.3.1.01.0008	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	Direta
3.3.3.1.01.0009	HOSPITAL MELCHÍADES CALAZANS	Direta
3.3.3.1.01.0010	HOSPITAL DA MULHER	Direta
3.3.3.1.01.0011	UNIDADE CENTRAL	Direta
3.3.3.1.01.0012	HOSPITAL ESTADUAL DE SAQUAREMA	Direta
3.3.3.1.01.0013	UPA CONTAGEM	Direta
3.3.3.1.01.0014	SEGUROS	Direta
3.3.3.1.01.0015	AUDITORIA	Direta
3.3.3.1.01.0016	HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	Direta
3.3.3.1.01.0017	DESPESAS COMPARTILHADAS JURIDICO	Direta
3.4.1.1.01.0001	JUROS ATIVOS	Indireta
3.4.1.1.01.0002	DESCONTOS FINANCEIROS OBTIDOS	Indireta
3.4.1.1.01.0003	MULTA	Indireta
3.4.1.1.01.0004	VARIAÇÕES CAMBIAIS ATIVAS	Indireta
3.4.1.1.02.0001	RENDA DE APLICAÇÕES	Indireta
3.4.1.1.02.0002	JUROS APLICAÇÕES CONVÊNIO SES/MG	Indireta
3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS	Indireta
3.4.1.2.01.0002	DESCONTOS CONCEDIDOS	Indireta
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	Indireta
3.4.1.2.01.0004	JUROS SOBRE CAPITAL PRÓPRIO	Indireta
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	Indireta
3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	Indireta
3.4.1.2.01.0007	DESPESAS COM FECHAMENTO DE CÂMBIO	Indireta
3.4.1.2.02.0001	VARIAÇÕES MONETÁRIAS PASSIVAS	Indireta
3.4.1.2.02.0002	VARIAÇÕES CAMBIAIS PASSIVAS	Indireta
4	HORAS EXTRAS	Direta
5	BENEFICIOS	Direta
6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO	Direta
7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES MÉDICO	Direta
8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO	Direta
9	HORAS EXTRAS MÉDICO	Direta

VI. CRITÉRIO DE RATEIO

Para que os custos gerados na Central de Serviços Compartilhados, alocados em seus diversos centros de custos, sejam distribuídos às unidades consumidoras de tais serviços de forma adequada, levando em consideração o esforço despendido para a prestação dos serviços às unidades sob contrato de gestão é necessário se identificar o melhor critério de rateio.

Qualquer critério de rateio implica na adoção de um determinado nível de arbitrariedade e deve ser compatível com o grau de complexidade e o ambiente institucional onde estão inseridas as operações.

As experiências e maturação na apuração e gestão de custos das organizações sociais de saúde e do modelo de acompanhamento dos órgãos de governo permitiu a construção de um conjunto de conceitos e parâmetros que podem ser resumidos como:

- O rateio da sede para cada uma das unidades de saúde não deve sercaracterizado como uma taxa de administração.
- É condição essencial que os custos sejam RASTREÁVEIS.
- A composição dos gastos deve ser TRANSPARENTE.
- Os gastos da Sede devem ser claramente identificados e seu rateio ser PROPORCIONAL ao esforço alocado em cada um dos contratos].
- A princípio cada unidade sob contrato de gestão deveria ser auto suficiente, contudo, pelo conceito da ECONOMICIDADE é desejável que a Sede concentre determinados serviços que sejam rateados entre as unidades.
- O critério de rateio deve ser SIMPLES E VERIFICÁVEL.

Em função dos conceitos acima a HMTJ e seus consultores de custos, são de opinião que o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é aquele que reflete a distribuição ou apropriação dos custos e investimentos em cada unidade assistencial de forma balanceada, equitativa e uniforme, que pode ser por

custeio, número de colaboradores e outros referenciados e relacionados aos indicadores assistenciais.

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS

A apuração de custos do CSC em seus diversos centros de custos, bem como os respectivos cálculos dos rateios para cada uma das unidades estão demonstrados em um conjunto de relatórios no sistema de custos. Como exemplo demonstramos a seguir os relatórios:

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	COMPETENCIA
1	SALÁRIO CONTRATUAL	172.423,04
11	RATEIOS RECEBIDOS	19.197,22
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	63.730,93
3	VERBAS RESCISÓRIAS	25.254,35
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	6.204,17
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	99,82
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	7.651,31
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	106,32
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	7.356,90
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	0,00
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	3.500,00
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	0,00
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	125,00
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1.560,00
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	0,00
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	46.794,93
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	-431,50
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	4.224,28
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	818,40
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	273,35
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	1.198,00
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	73,80
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	1.250,00
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	112.250,00
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	88.232,00
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	1.108,86
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	352,80
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	1.260,30
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	1.858,35
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	364,00
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	4.902,20
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	131.946,00
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	6.799,03
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	-58,00
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	20.438,27
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	36.187,16
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	650,00
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	212,00
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	-387,66
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	267,30
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	404,39
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	45.517,86
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	45.517,86
3.3.1.1.05.0008	IPTU	227,40
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	129,42
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	170,00
4	HORAS EXTRAS	860,71
5	BENEFICIOS	5.038,12
TOTAL		865.658,69

Estatísticas de rateio

NOCRITERIORATEIO	CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	COMPETENCIA
Linear	01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	824,00
	01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	441,00
	01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	341,00
Linear Total			1.606,00
Matriz	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	824,00
Nº Colaboradores	01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	1,00
	01.01.002.002	Gerência Financeira	2,00
	01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	1,00
	01.01.002.006	GSTI - Gerência Central de Sistema Tecnologia de Informação	3,00
	01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	4,00
	01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	3,00
	01.01.002.010	Gerência de Qualidade	3,00
	01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	1,00
	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	806,00
	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
	01.04.002	Clínica Sul	341,00
Nº Colaboradores Total			2.430,00
MG	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
MG Total			441,00
SP	01.04.002	Clínica Sul	341,00

Rateios Recebidos

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	444.148,67
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	237.705,78
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	183.804,24
Total Geral		865.658,69

Custos Diretos

NOCONTACUSTO	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	1.455,10
	Administração Central Regional - MG	3.487,50
	Administração Central Regional - SP	5.281,20
TOTAL		10.223,80

Custos Diretos e Rateios

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	445.603,77
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	241.193,28
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	189.085,44
Total Geral		875.882,49

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES DA FINANCEIRAS

I. Objetivos

Liquidar pagamentos de acordo com relatório DATASUS (produção), coordenação, consultas, parecer, COREME

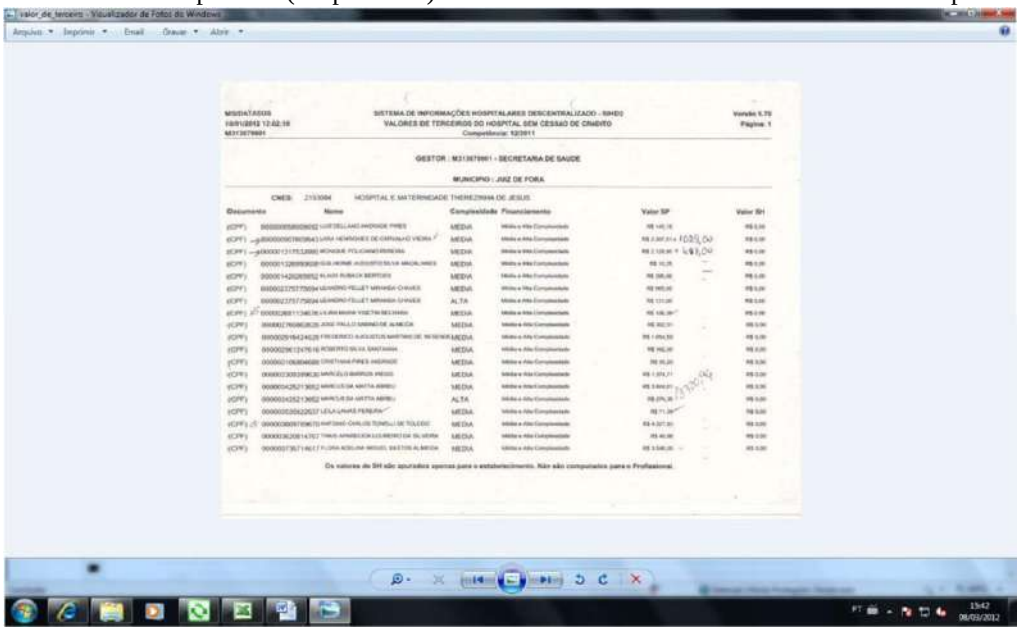
II. Materiais

Material de escritório e computador

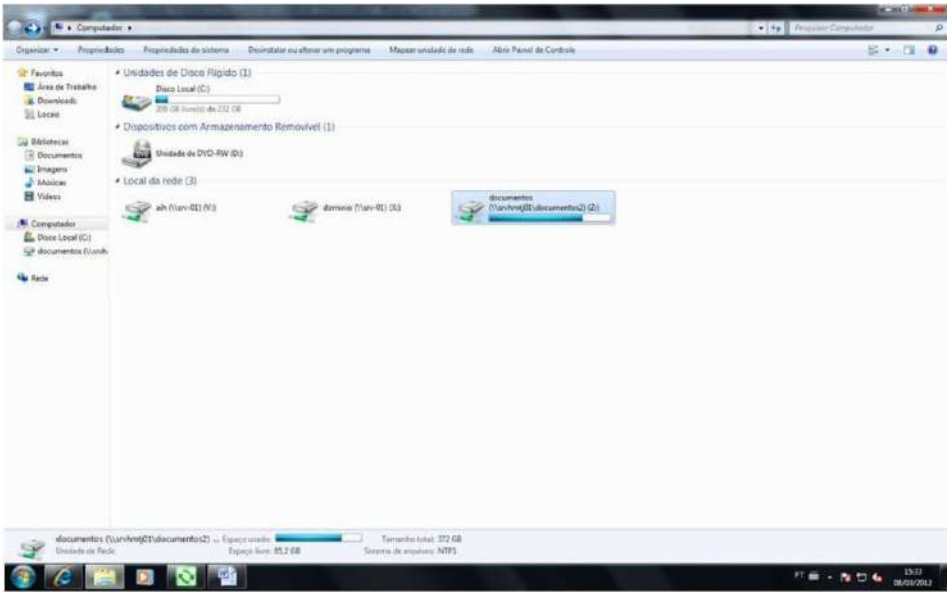
III. Descrição dos passos da atividade

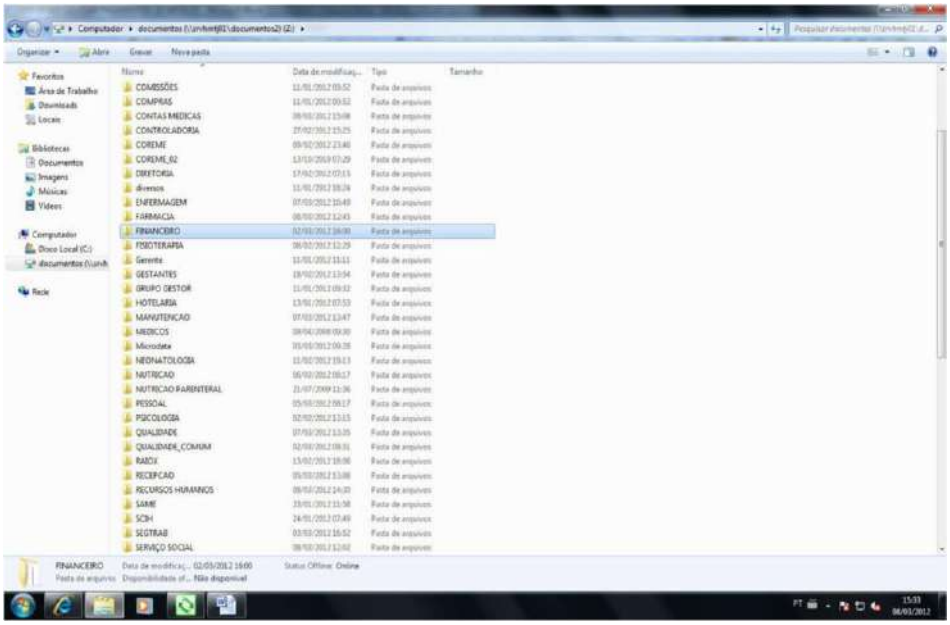
Coordenar e supervisionar os pagamentos de médicos:

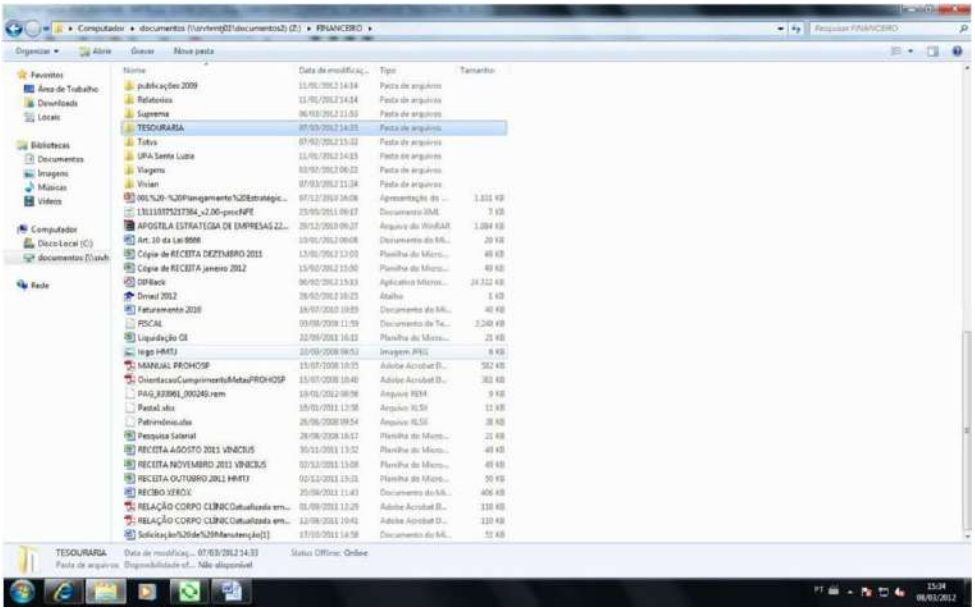
1- Elaborar planilha (cooperativas) de acordo com relatório DATASUS e escalas de plantão.

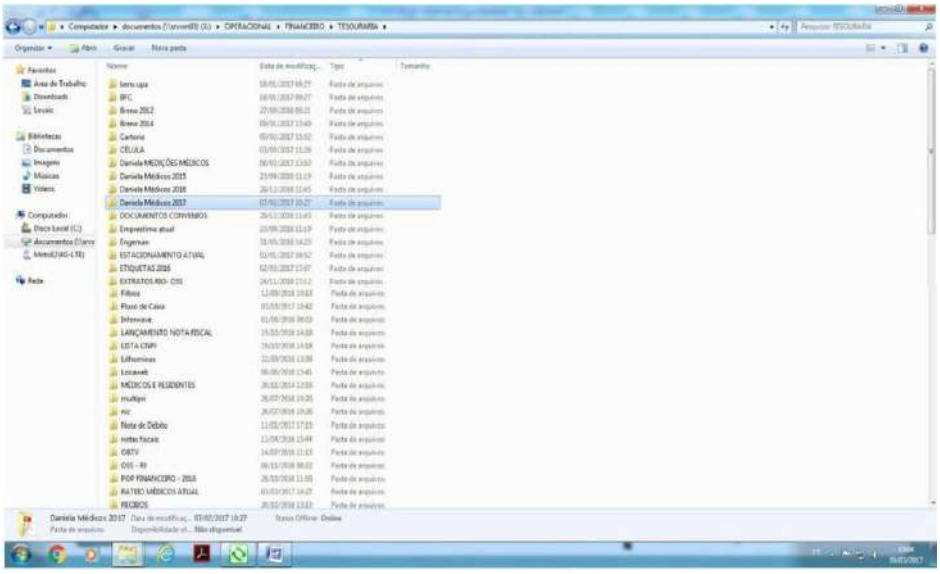


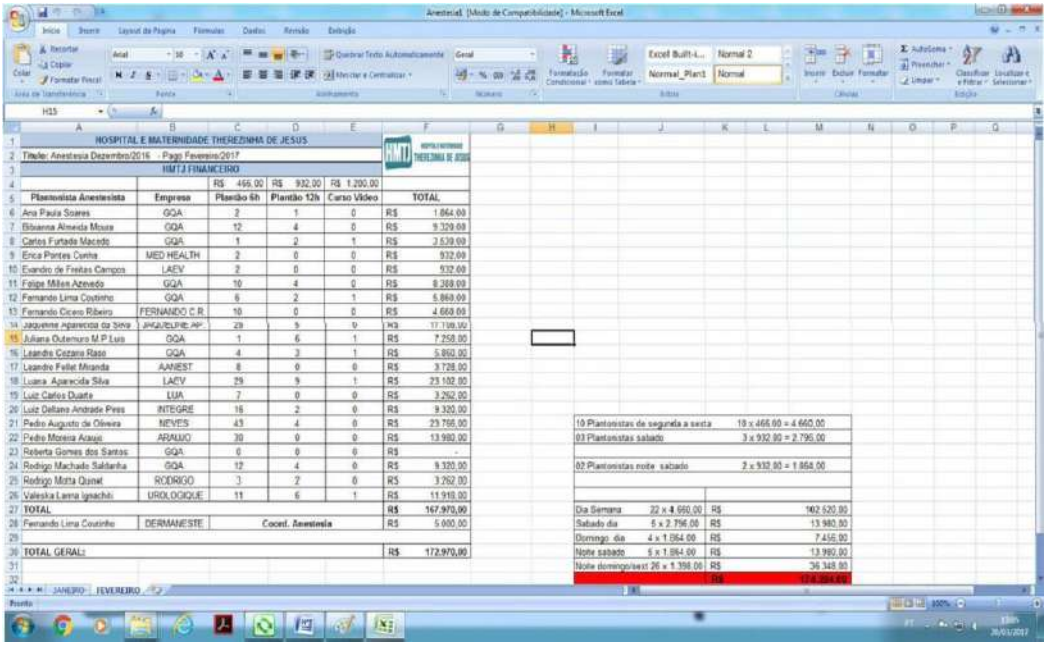
2- Elaborar planilhas (Clínica Médica, UTI Neo, UTI adulto, Sala de Parto, Centro Cirúrgico e Anestesia) conforme controle dos coordenadores.











HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Título: Anestesia Dezembro/2016 - Pago Fevereiro/2017

HMTJ FINANCEIRO

Plantonista Anestesista	Empresa	Plantão 6h (R$ 466,00)	Plantão 12h (R$ 932,00)	Curso Vídeo (R$ 1.200,00)	TOTAL
Ana Paula Soares	GQA	2	1	0	R$ 1.864,00
Bibianna Almeida Moura	GQA	12	4	0	R$ 9.329,00
Carlos Furtado Macedo	GQA	1	2	1	R$ 2.529,00
Erica Pontes Cunha	MED HEALTH	2	0	0	R$ 932,00
Evandro de Freitas Campos	LAEV	2	0	0	R$ 932,00
Felipe Millen Azevedo	GQA	10	4	0	R$ 8.260,00
Fernando Lima Coutinho	GQA	6	2	1	R$ 5.860,00
Fernando Cicero Ribeiro	FERNANDO C R	10	0	0	R$ 4.660,00
Jaqueline Aparecida da Silva	JAQUELINE AP	29	5	0	R$ 17.709,00
Juliana Outemuro M P Luis	GQA	1	6	1	R$ 7.258,00
Leandro Cezario Raso	GQA	4	3	1	R$ 5.860,00
Leandro Fellet Miranda	AANEST	8	0	0	R$ 3.728,00
Luana Aparecida Silva	LAEV	29	9	1	R$ 23.102,00
Luiz Carlos Duarte	LUA	7	0	0	R$ 3.262,00
Luiz Deltano Andrade Pires	INTEGRE	16	2	0	R$ 9.320,00
Pedro Augusto de Oliveira	NEVES	43	4	0	R$ 23.766,00
Pedro Moreira Araujo	ARAUJO	30	0	0	R$ 13.980,00
Roberta Gomes dos Santos	GQA	0	0	0	R$ -
Rodrigo Machado Saldanha	GQA	12	4	0	R$ 9.320,00
Rodrigo Motta Quinet	RODRIGO	3	2	0	R$ 3.262,00
Valeska Lanna Ignachki	UROLOGIQUE	11	6	1	R$ 11.918,00
TOTAL					R$ 167.970,00
Fernando Lima Coutinho	DERMANESTE	Coord. Anestesia			R$ 5.000,00
TOTAL GERAL:					R$ 172.970,00

10 Plantonistas de segunda a sexta	10 x 466,00 = 4.660,00	
03 Plantonistas sabado	3 x 932,00 = 2.796,00	
02 Plantonistas noite sabado	2 x 932,00 = 1.864,00	
Dia Semana	22 x 4.660,00	R$ 102.520,00
Sabado dia	3 x 2.796,00	R$ 13.980,00
Domingo dia	4 x 1.864,00	R$ 7.456,00
Noite sabado	5 x 1.864,00	R$ 13.980,00
Noite domingo/sext 26 x 1.398,00		R$ 36.348,00

3- Receber notas fiscais, conferir valores com as planilhas e efetuar o lançamento das notasfiscais.

IV. Siglas e Definições

DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde;
UTI: Unidade de Tratamento Intensivo;

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Matriz de Risco

I. Objetivos

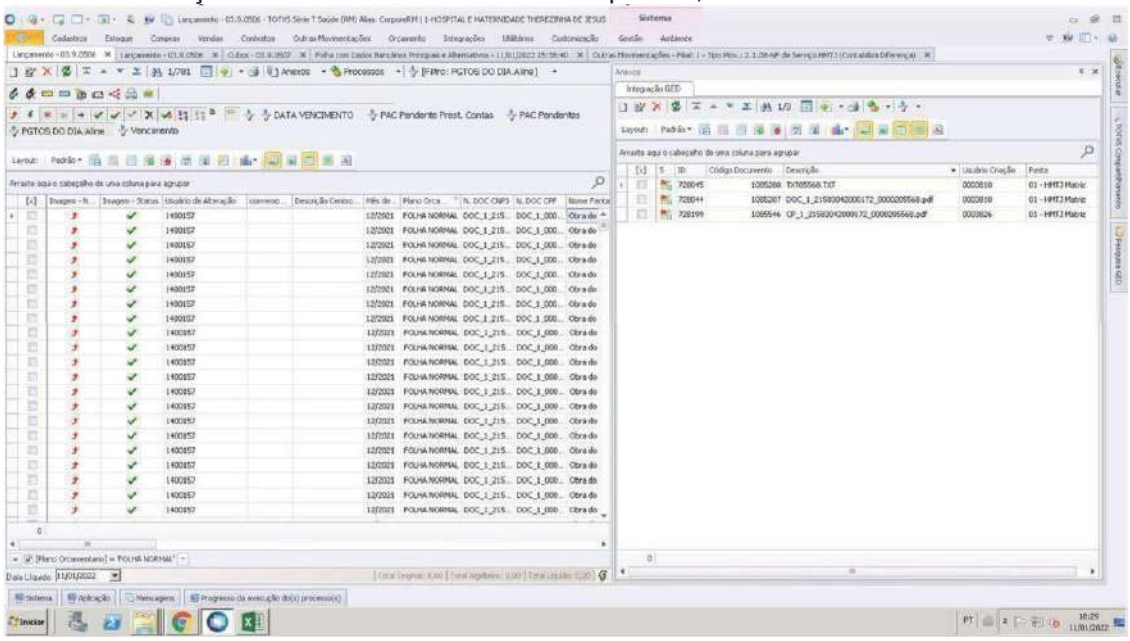
Efetuar o pagamento de folha

II. Materiais

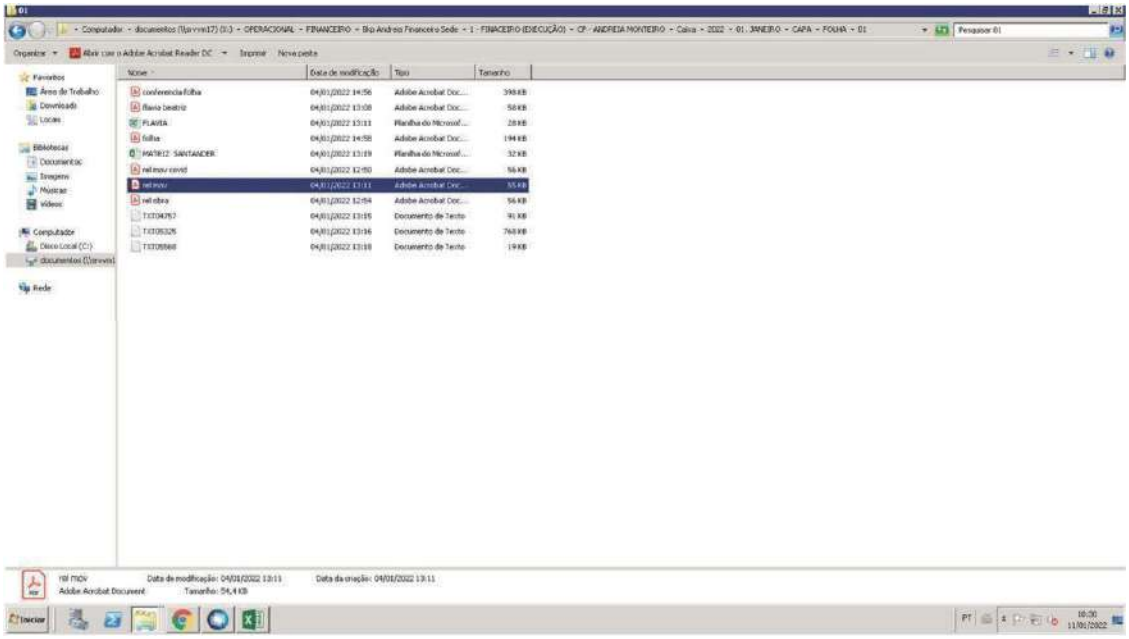
Material de escritório e computador

III. Descrição dos passos da atividade

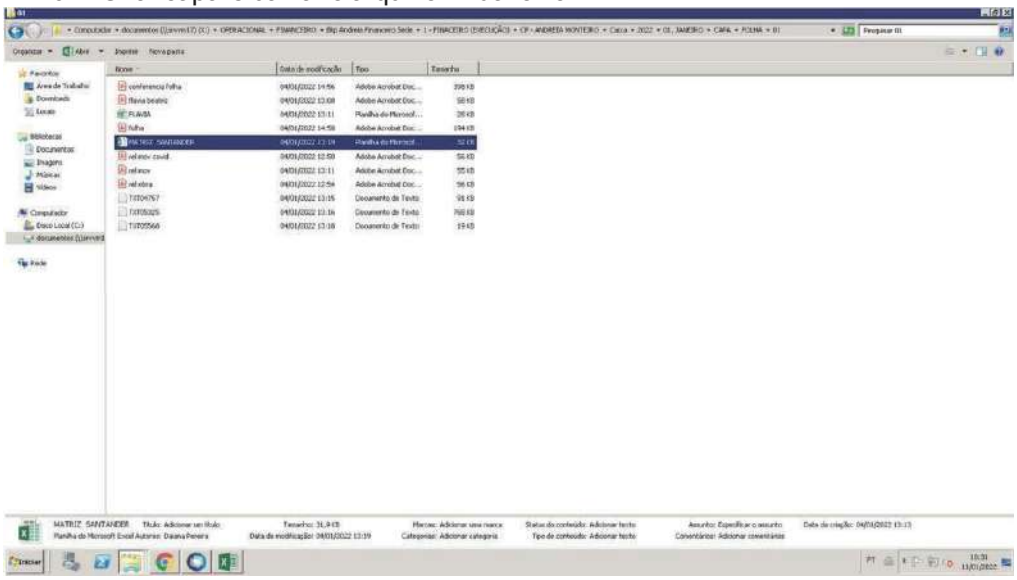
1- Ir no lançamento e identificar onde está o arquivo txt, DOC

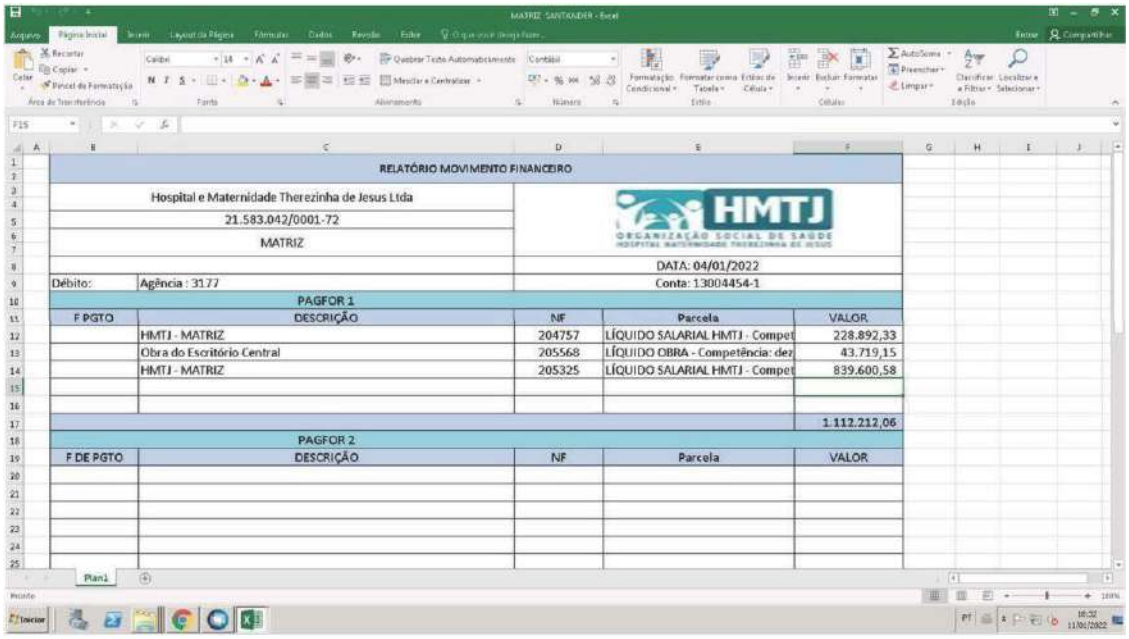


2- Gerar o relatório de movimento financeiro e salvar na pasta “CAPA- FOLHA “criadas para a filial.



3- Criar capa e baixar o arquivo txt da folha.





RELATÓRIO MOVIMENTO FINANCEIRO

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus Ltda
21.583.042/0001-72
MATRIZ

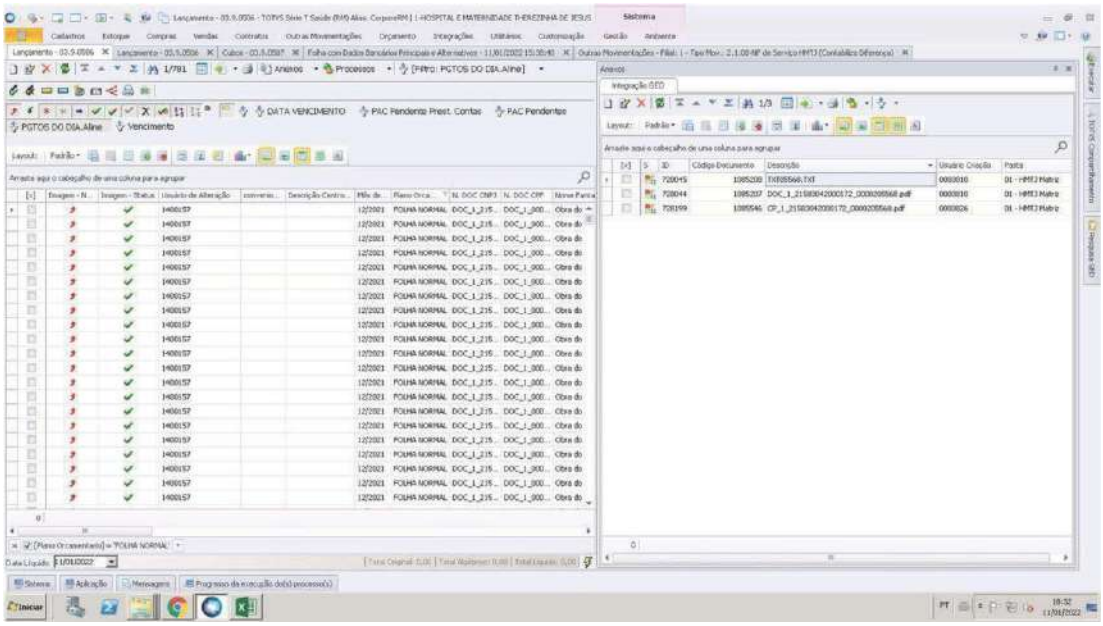
DATA: 04/01/2022
Débito: Agência : 31.77 Conta: 13004454-1

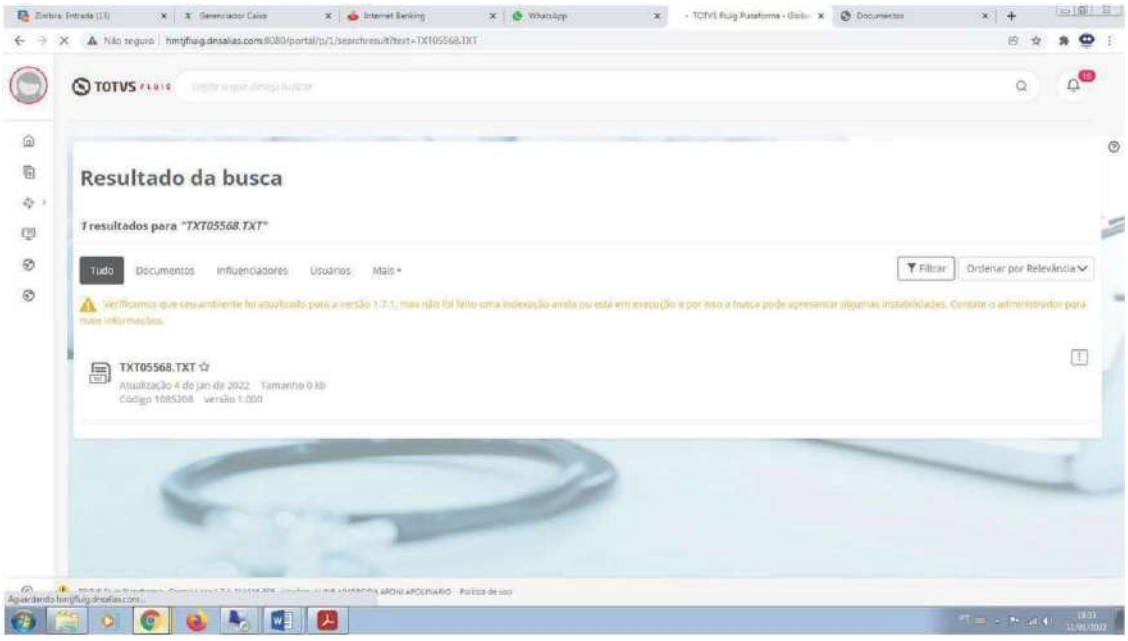
PAGFOR 1

F PGTO	DESCRIÇÃO	NF	Parcela	VALOR
	HMTJ - MATRIZ	204757	LÍQUIDO SALARIAL HMTJ - Compet	228.892,33
	Obra do Escritório Central	205568	LÍQUIDO OBRA - Competência: dez	43.719,15
	HMTJ - MATRIZ	205325	LÍQUIDO SALARIAL HMTJ - Compet	839.600,58
				1.112.212,06

PAGFOR 2

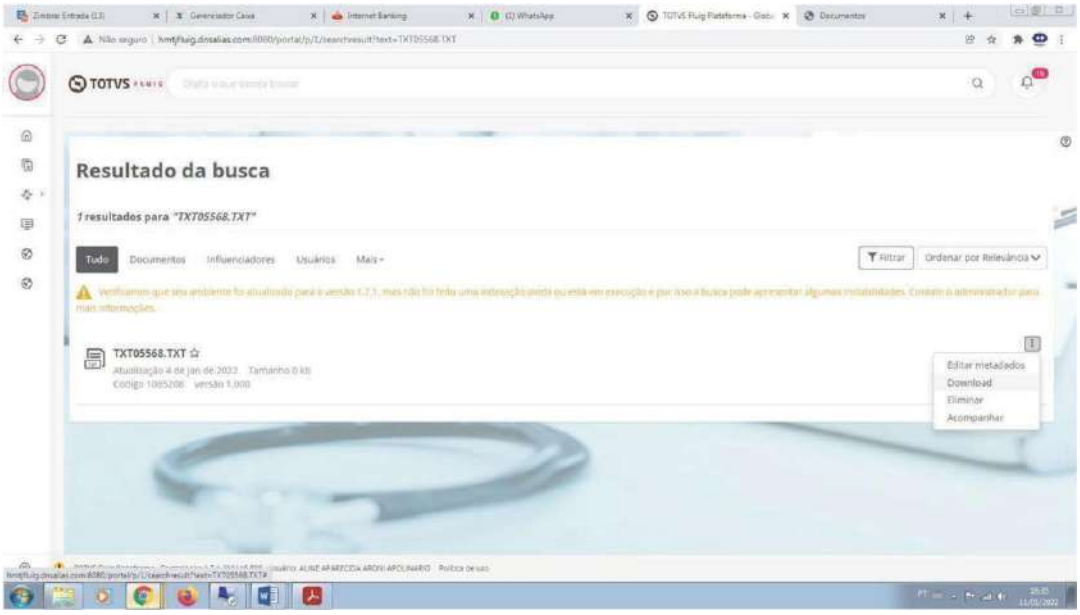
F DE PGTO	DESCRIÇÃO	NF	Parcela	VALOR

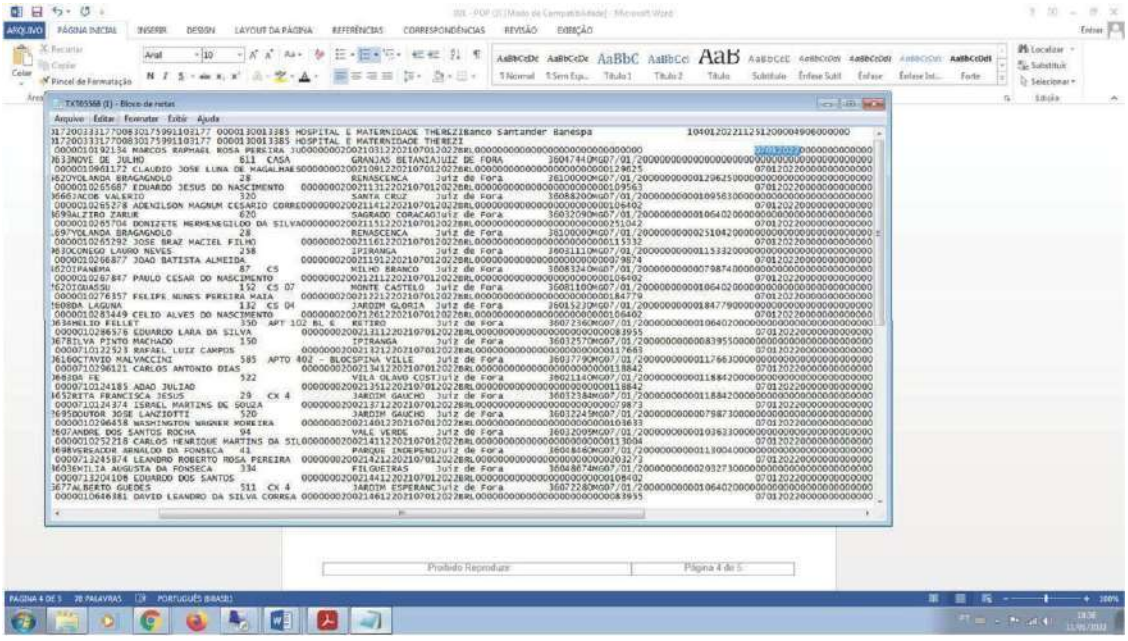


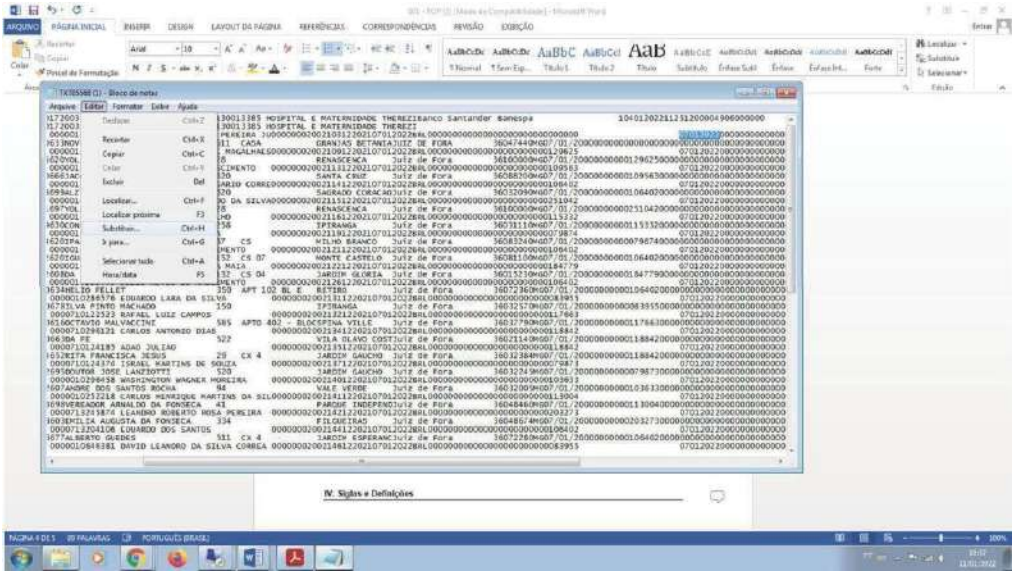


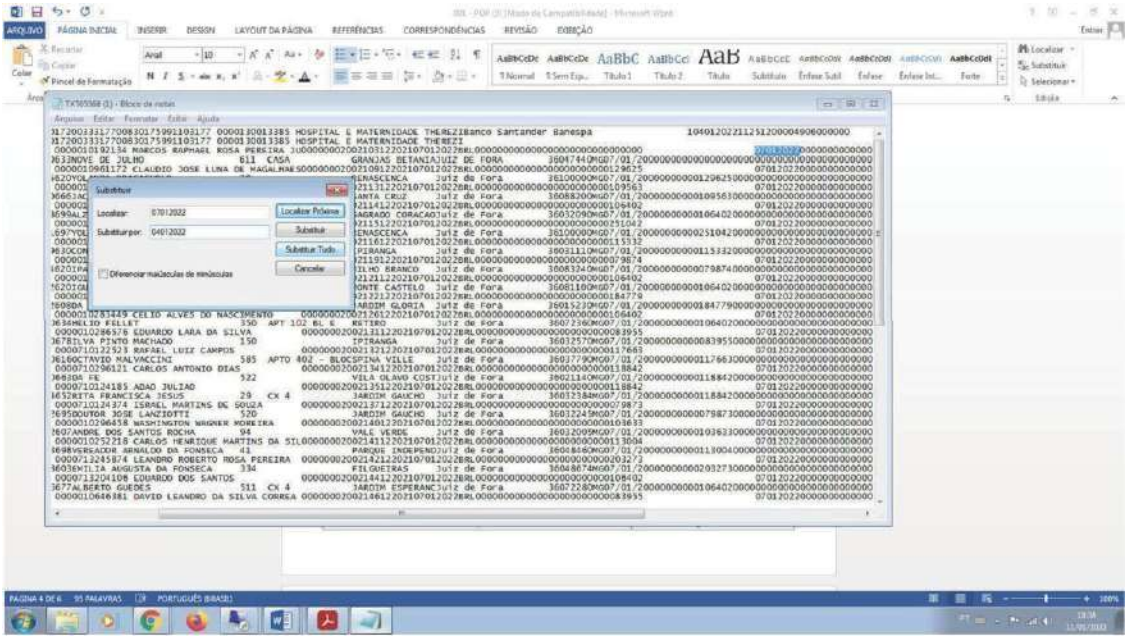
4- Clique em download e abra o arquivo Sempre conferir se o valor do arquivo está de acordo com os lançamentos no sistema totvs (somando todos os lançamentos dá o total do arquivo e a se a conta para pagamento está correta), depois altere sua data de acordo com a data do envio do mesmo ao banco. Para isso, clique em:

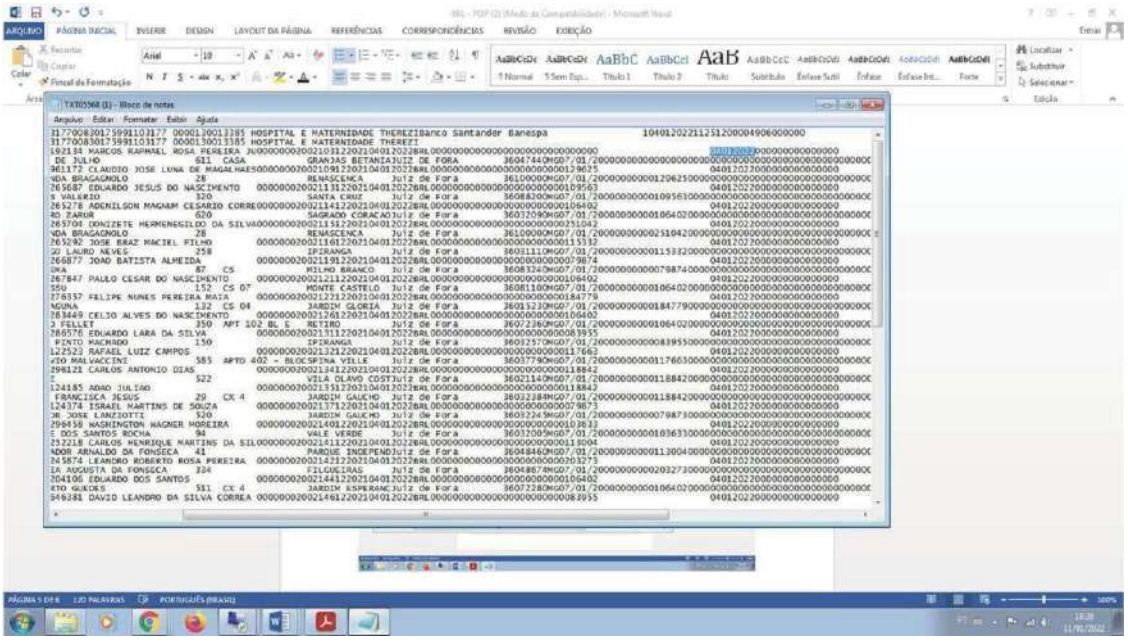
- Editar- substituir- localizar(no 1º quadrado- coloque a data original do arquivo, no 2º a data que o pagamento será realizado , depois clique em substituir tudo











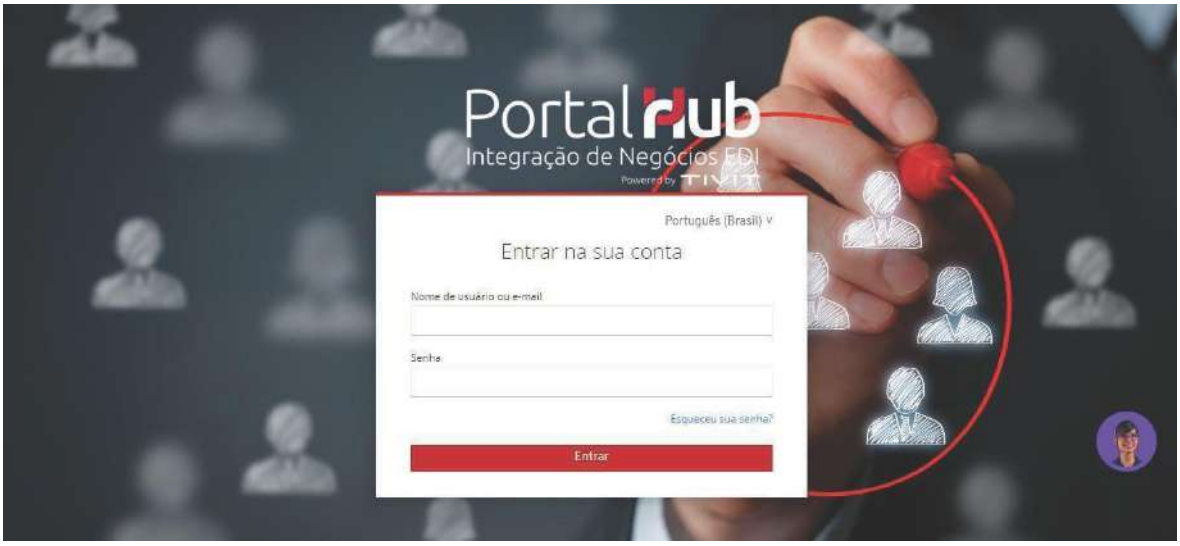
OBS:

Para os arquivos da matriz o processo foi finalizado, só salvar o arquivo alterado eenviar para o Portal HUB.

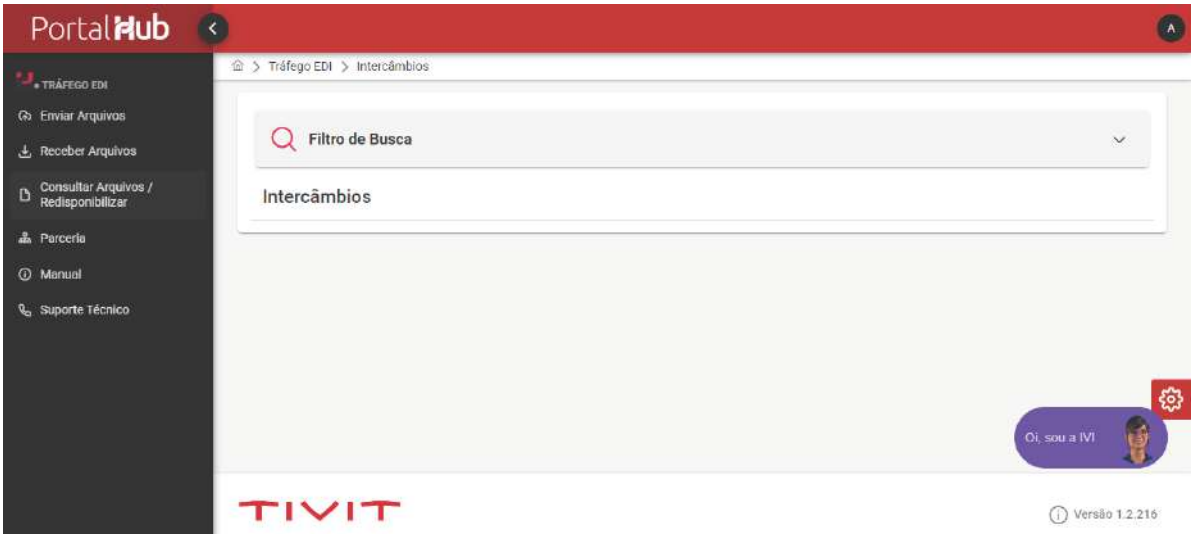
Para envio ao Portal HUB:

- **Portal HUB:**

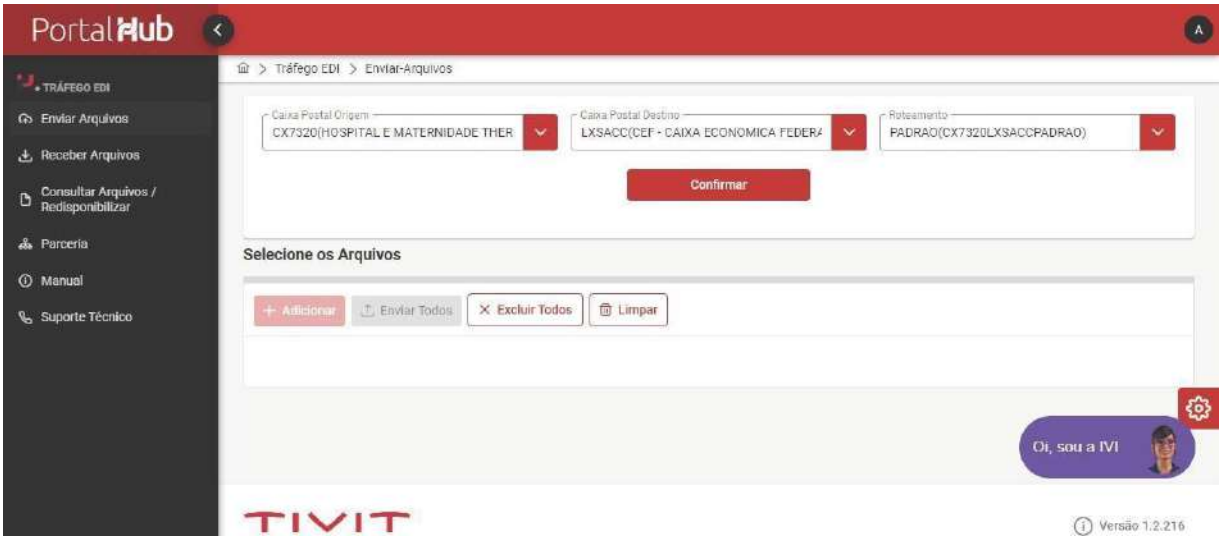
1- Após acesso com usuário e senha:



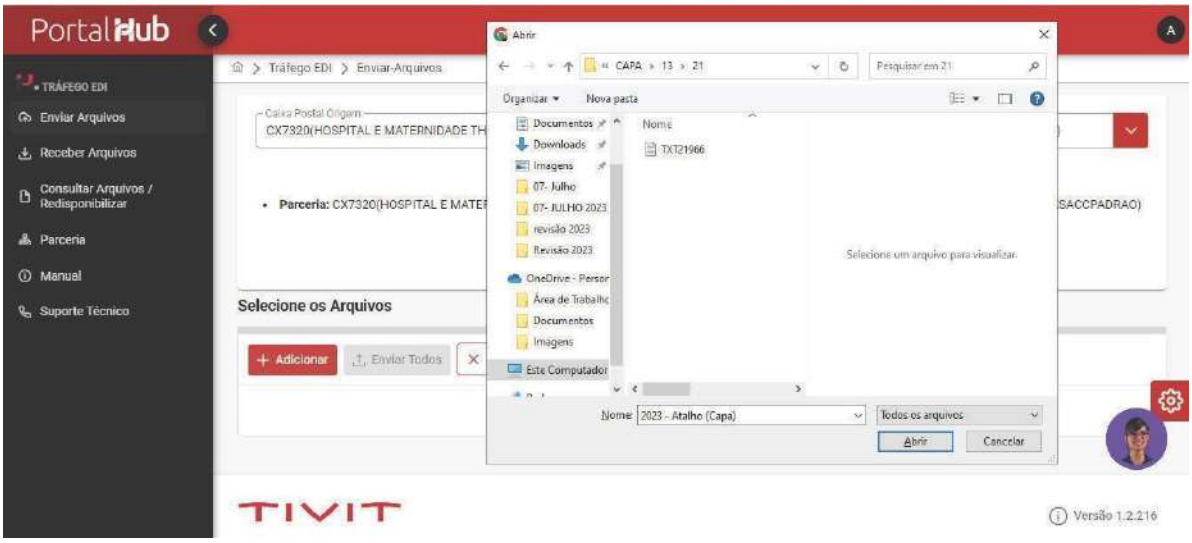
- Selecione enviar arquivo



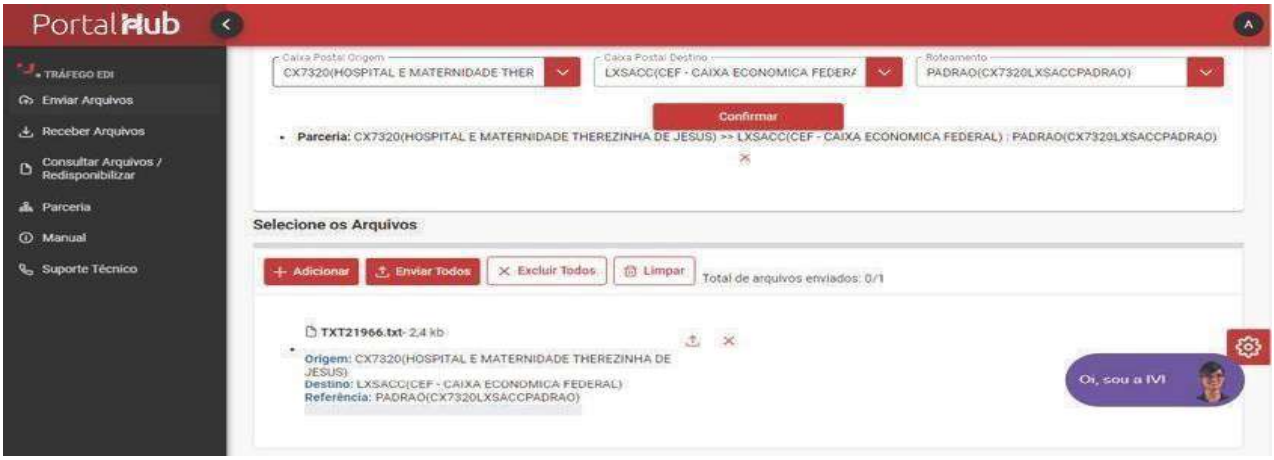
- Preencha o campo caixa postal de origem de acordo com a unidade e confirma.



- Na aba “selecione os arquivos” selecione +Adicionar e escolha arquivo.



- Clique na opção “enviar a todos”



IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Matriz de Risco

I. Objetivos

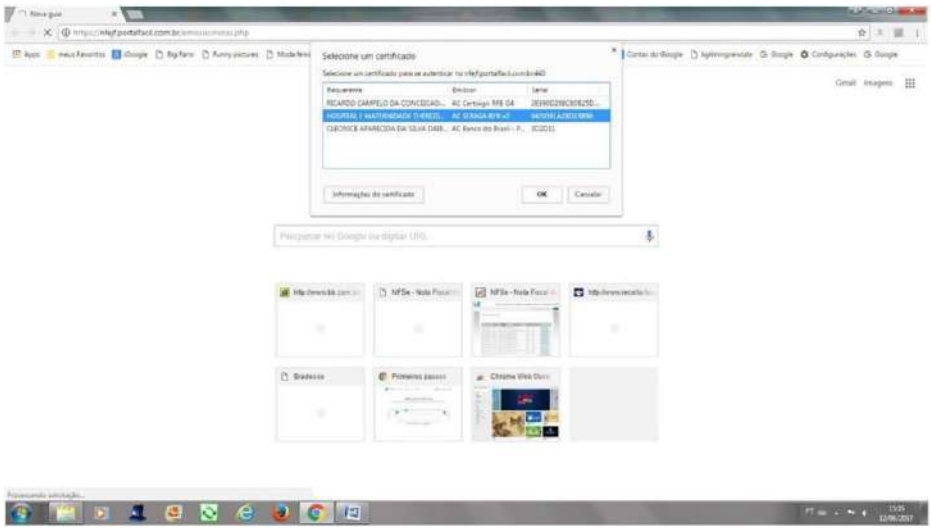
Receber e controlar créditos bancários e caixa interno.

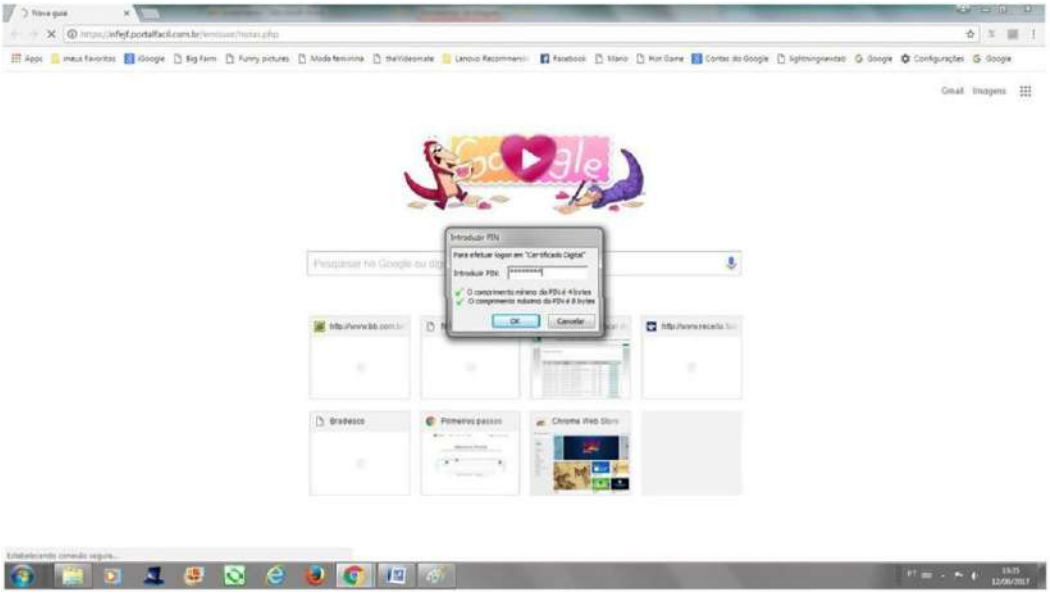
II. Materiais

Material de escritório e computador

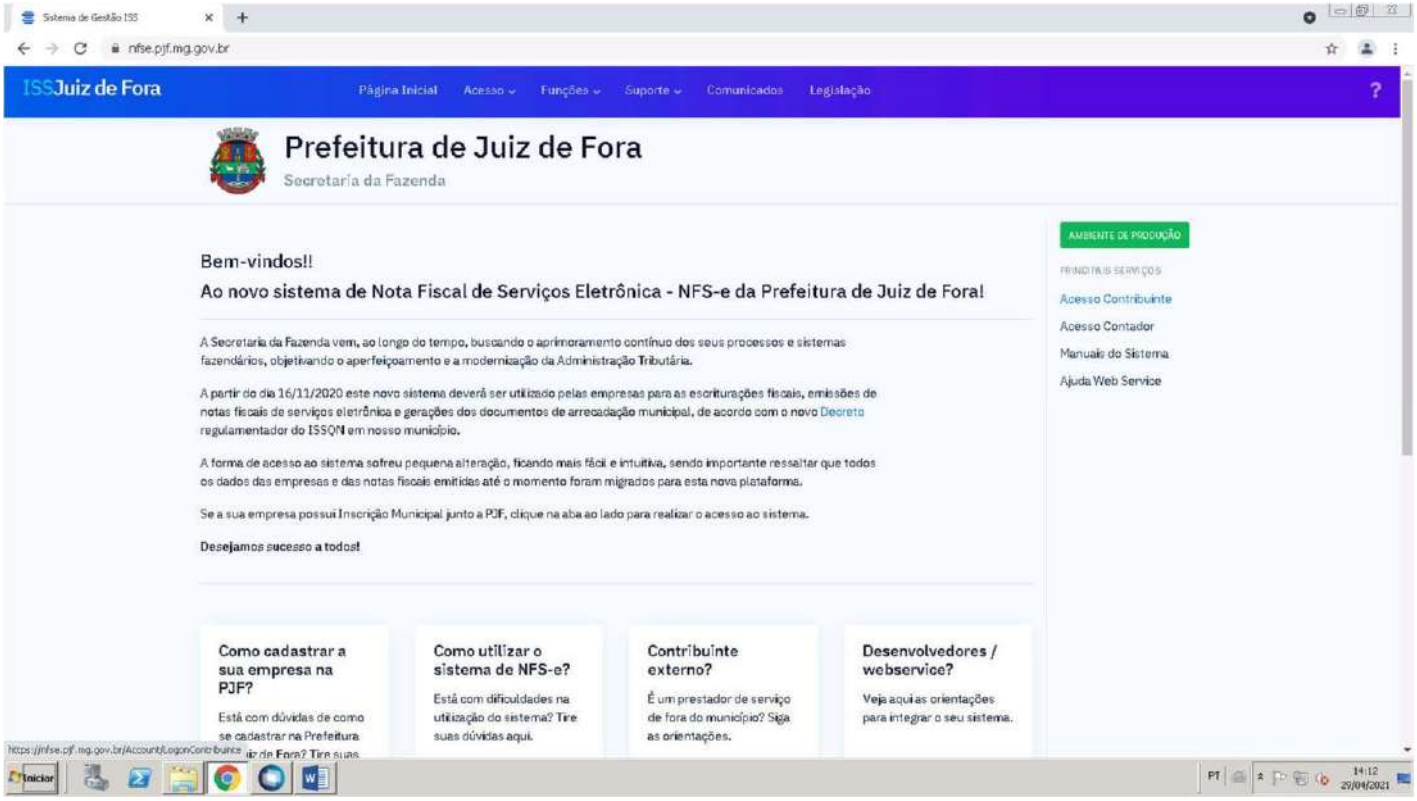
III. Descrição dos passos da atividade

1- Conferir se os valores solicitados pela Secretária de Saúde estão de acordo com o relatório encaminhado pelo Setor de Faturamento e provisão criada pelo Setor de Contratos e Emitir Nota Fiscal no portal PJF,entrar no portal e selecionar o certificado **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus** e digitar a senha**.**

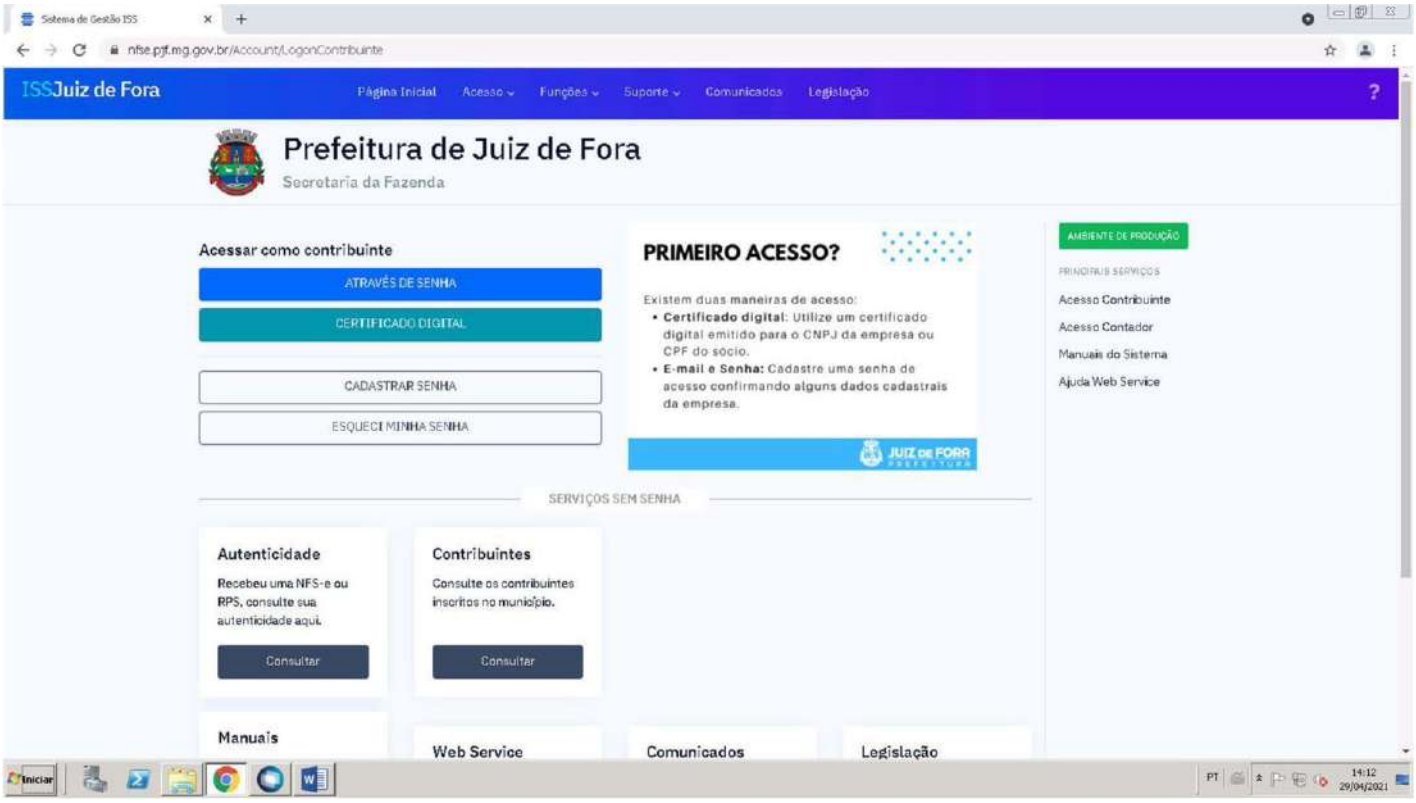




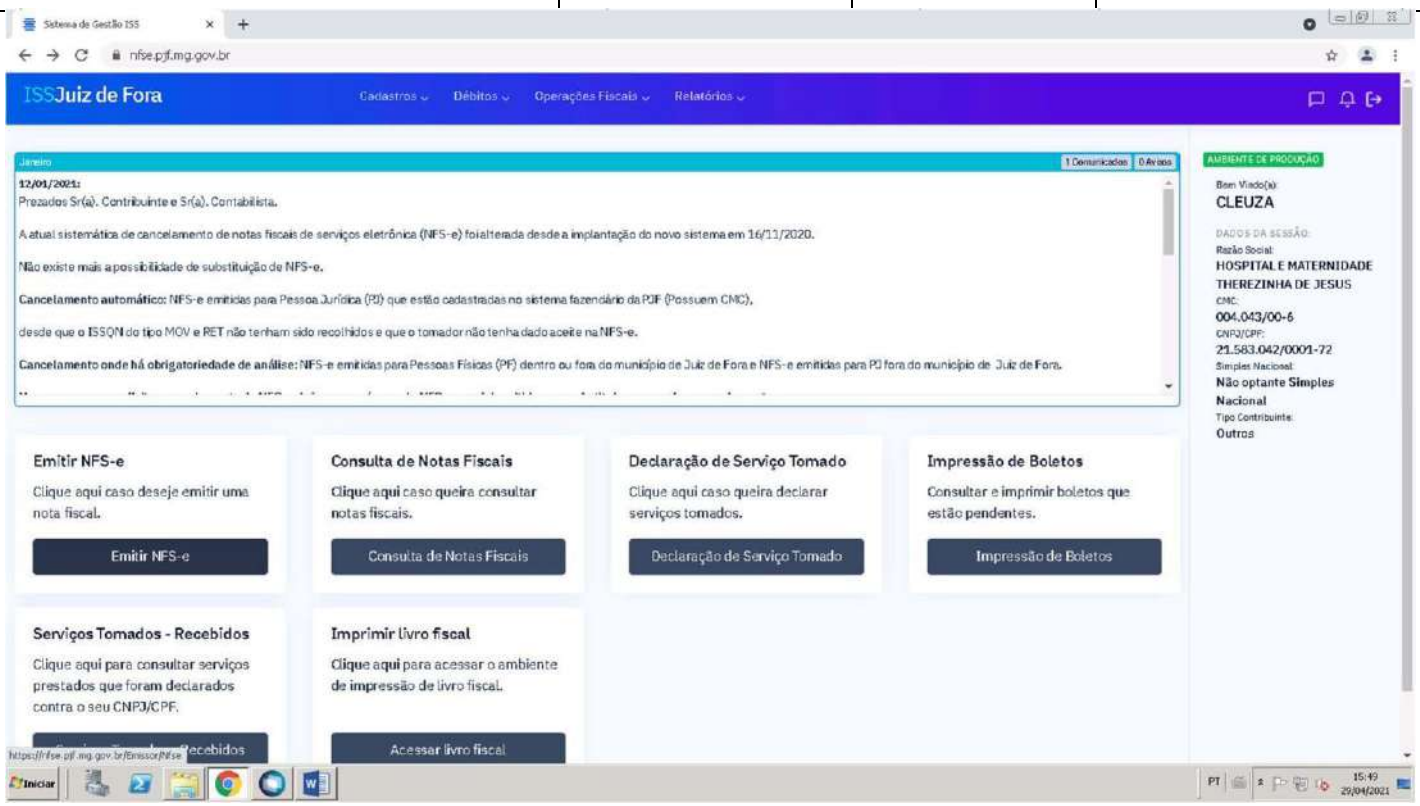
2- Clicar em acesso do contribuinte

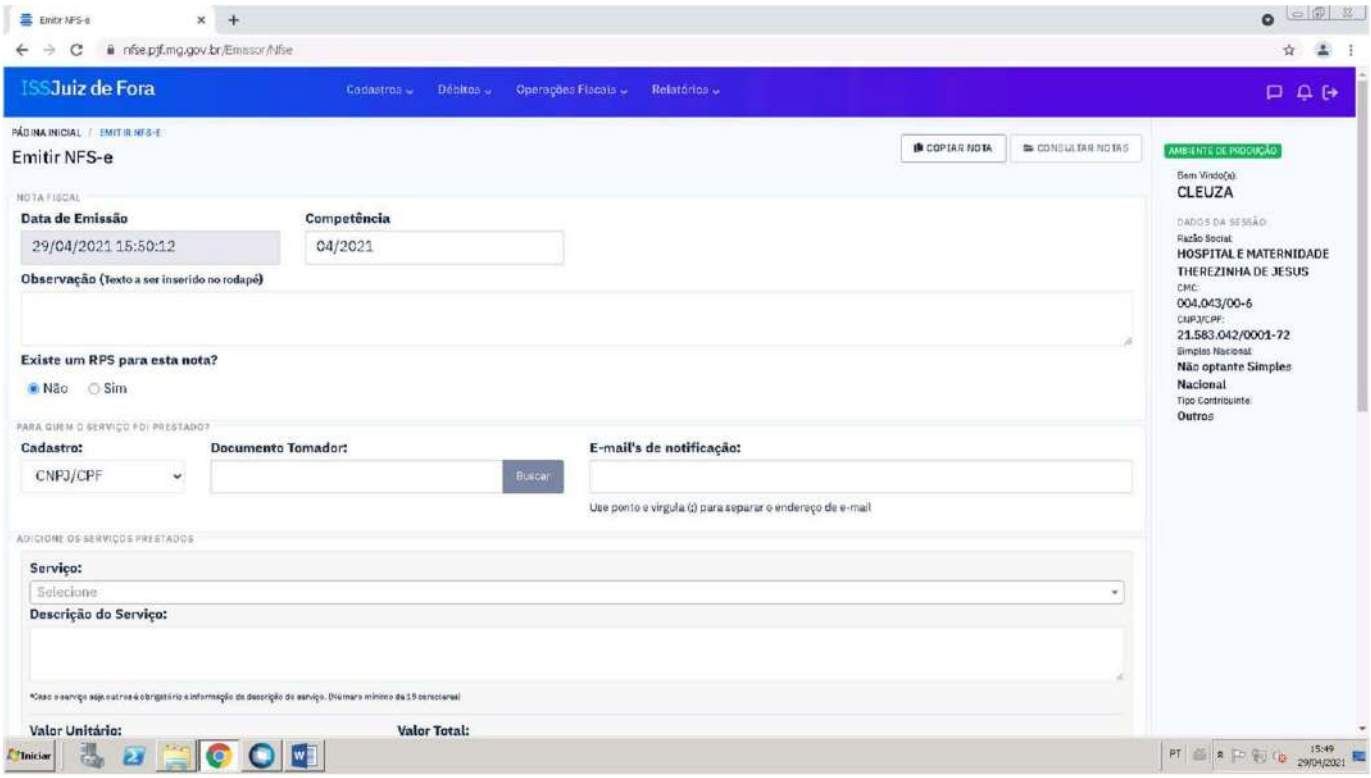


3- Clicar em Certificado Digital e depois em acessar

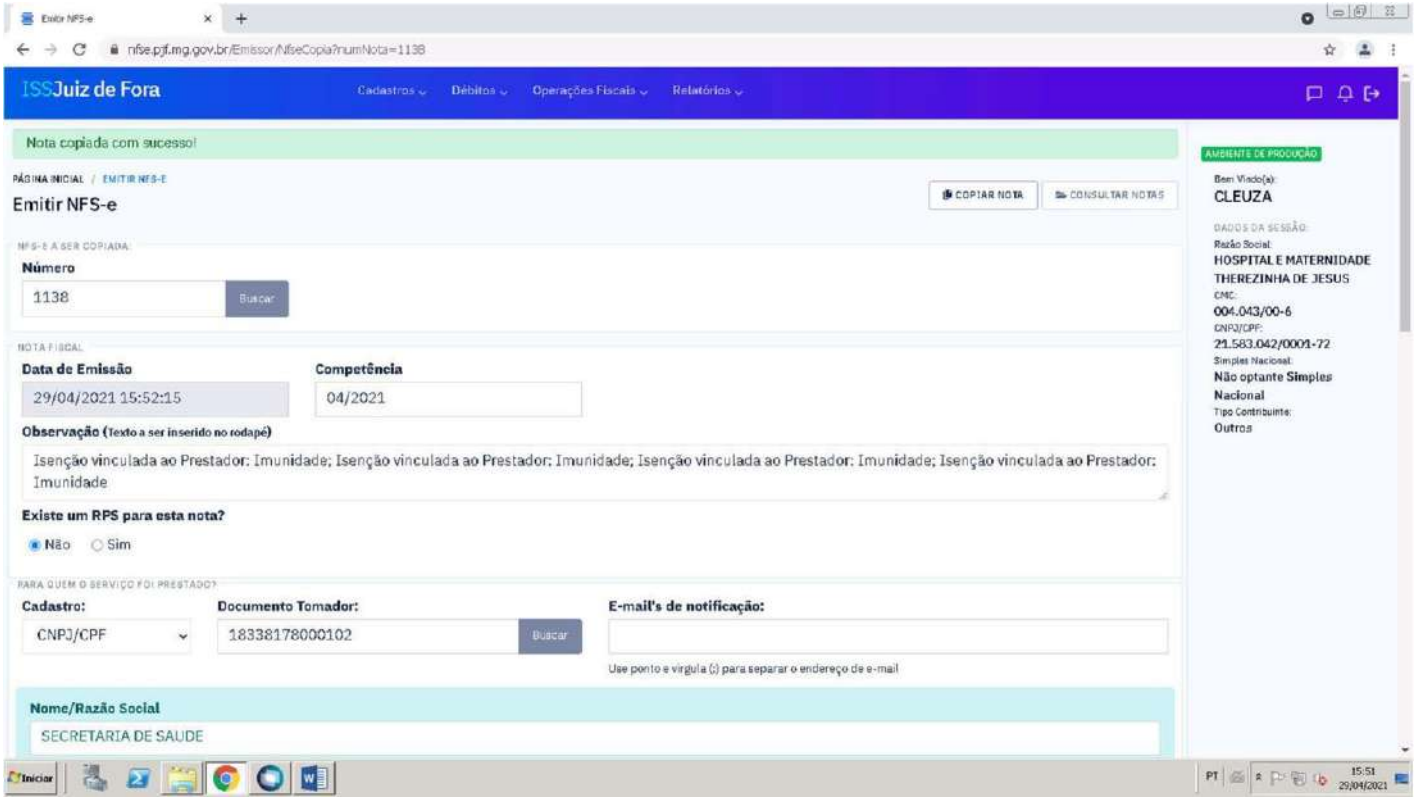


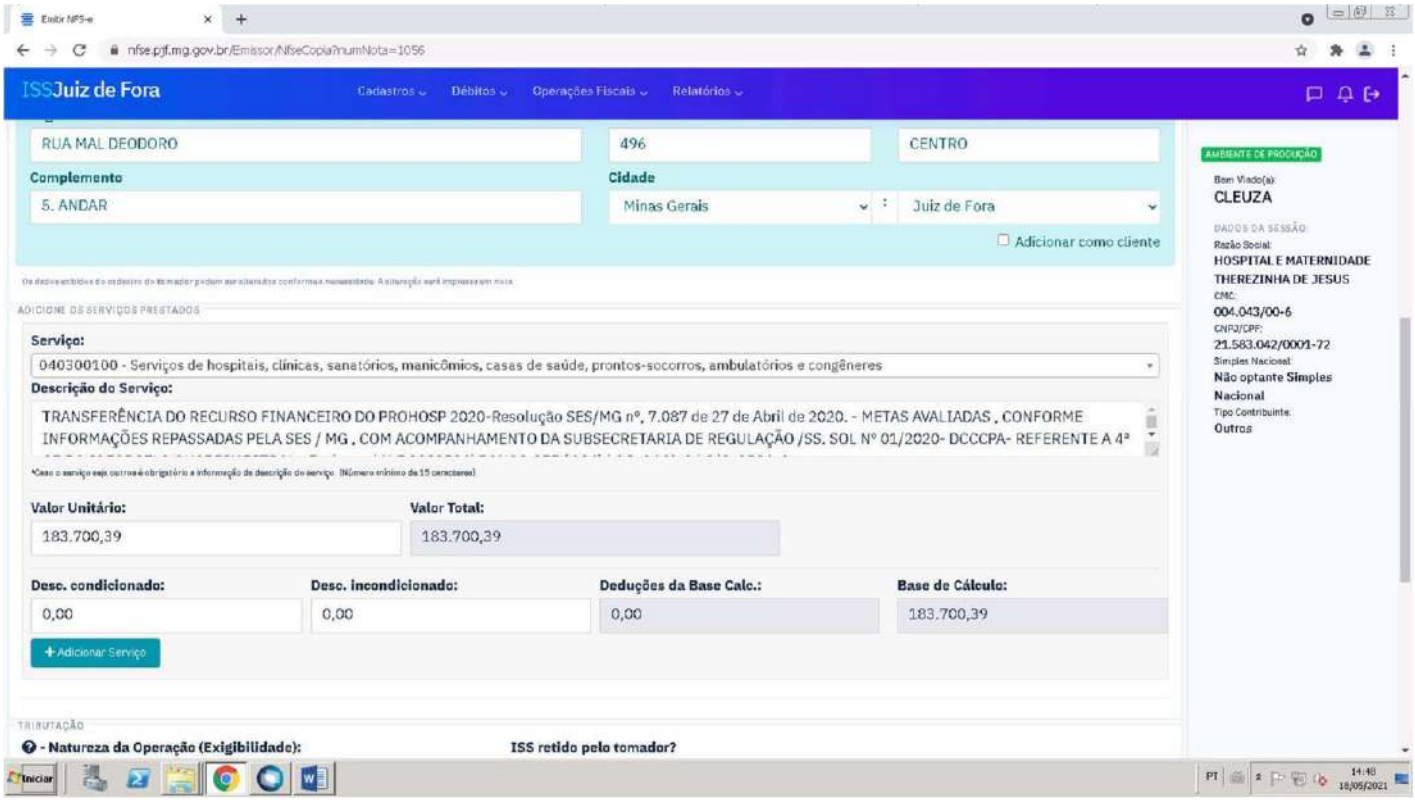
4- Clicar em emitir nota fiscal - Copiar nota, informar o número da ultima NF emitida (verifique a ultima nota emitida para Secretária de Saúde de Juiz de Fora, Consorcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes, SIM SAÚDE ,verificando a especialidade solicitada: contratualização, Alta complexidade, Integrasus, FAEC,Cataterismo, TriagemAuditiva Neonatal.


ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
Janeiro
1 Comunicados
0 Avisos
12/01/2021:
Prezados Sr(a). Contribuinte e Sr(a). Contabilista.
A atual sistemática de cancelamento de notas fiscais de serviços eletrônica (NFS-e) foi alterada desde a implantação do novo sistema em 16/11/2020.
Não existe mais a possibilidade de substituição de NFS-e.
Cancelamento automático: NFS-e emitidas para Pessoa Jurídica (PJ) que estão cadastradas no sistema fazendário da PJF (Possuem CMC),
desde que o ISSQN do tipo MOV e RET não tenham sido recolhidos e que o tomador não tenha dado aceite na NFS-e.
Cancelamento onde há obrigatoriedade de análise: NFS-e emitidas para Pessoas Físicas (PF) dentro ou fora do município de Juiz de Fora e NFS-e emitidas para PJ fora do município de Juiz de Fora.
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros
Emitir NFS-e
Clique aqui caso deseje emitir uma nota fiscal.
Emitir NFS-e
Consulta de Notas Fiscais
Clique aqui caso queira consultar notas fiscais.
Consulta de Notas Fiscais
Declaração de Serviço Tomado
Clique aqui caso queira declarar serviços tomados.
Declaração de Serviço Tomado
Impressão de Boletos
Consultar e imprimir boletos que estão pendentes.
Impressão de Boletos
Serviços Tomados - Recebidos
Clique aqui para consultar serviços prestados que foram declarados contra o seu CNPJ/CPF.
Imprimir livro fiscal
Clique aqui para acessar o ambiente de impressão de livro fiscal.
Acessar livro fiscal

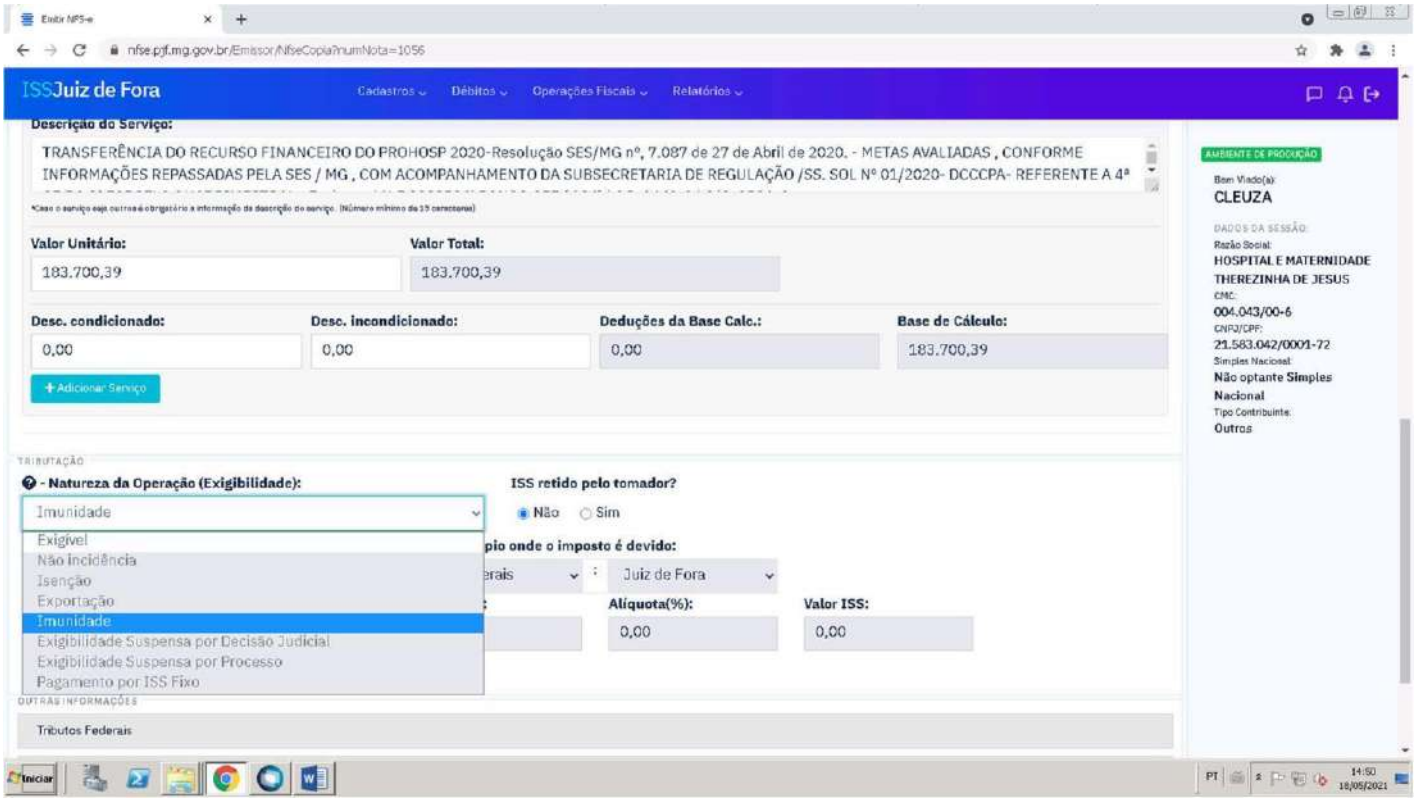

ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
PÁGINA INICIAL / EMITIR NFS-E
Emitir NFS-e
COPIAR NOTA
CONSULTAR NOTAS
NOTA FISCAL
Data de Emissão
29/04/2021 15:50:12
Competência
04/2021
Observação (Texto a ser inserido no rodapé)
Existe um RPS para esta nota?
Não
Sim
PARA QUEM O SERVIÇO FOI PRESTADO?
Cadastro:
CNPJ/CPF
Documento Tomador:
Buscar
E-mail's de notificação:
Use ponto e vírgula (;) para separar o endereço de e-mail
ADICIONE OS SERVIÇOS PRESTADOS
Serviço:
Selecione
Descrição do Serviço:
Valor Unitário:
Valor Total:
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros

5- No campo Número, digiteos últimos 4 digitos da última NF emitida, conforme exemplo abaixo e depois clique em buscar. Conforme os dados e altere na aba " DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS" a competêcia de empenho de acordo com o solicitado, depois clique em " Adicionar + serviços."

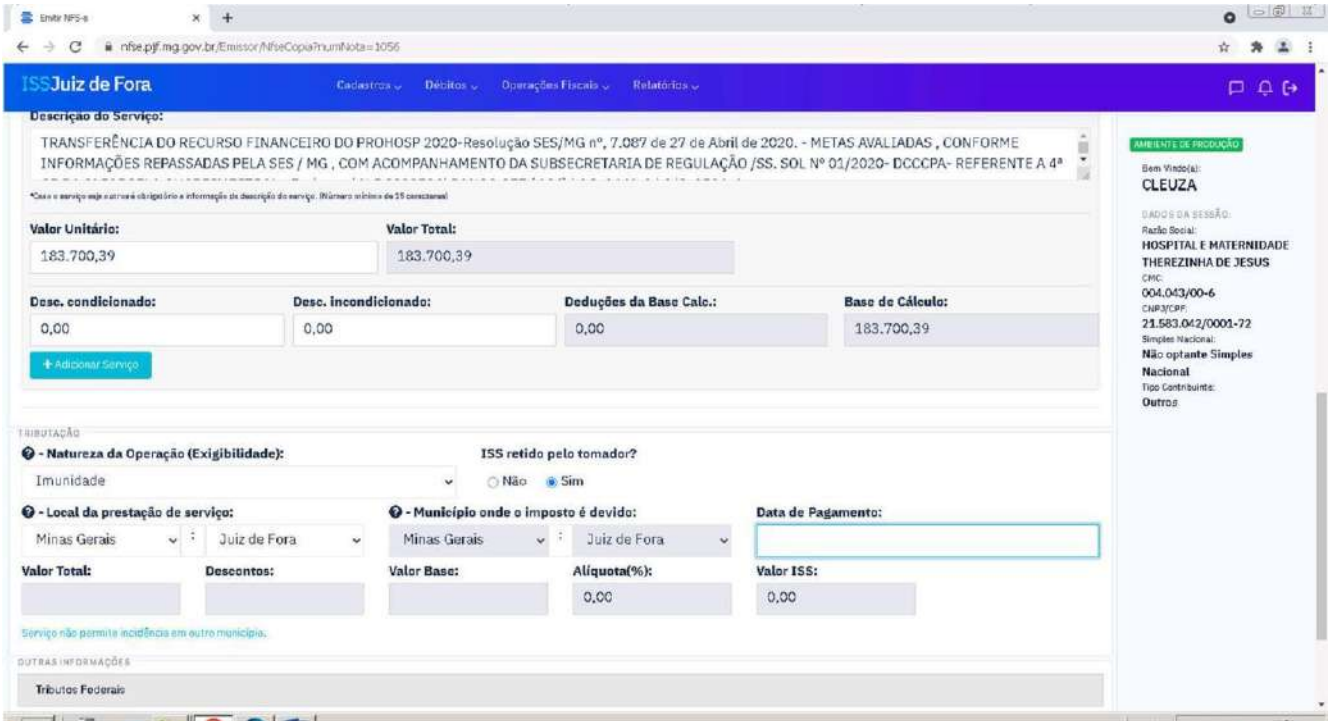


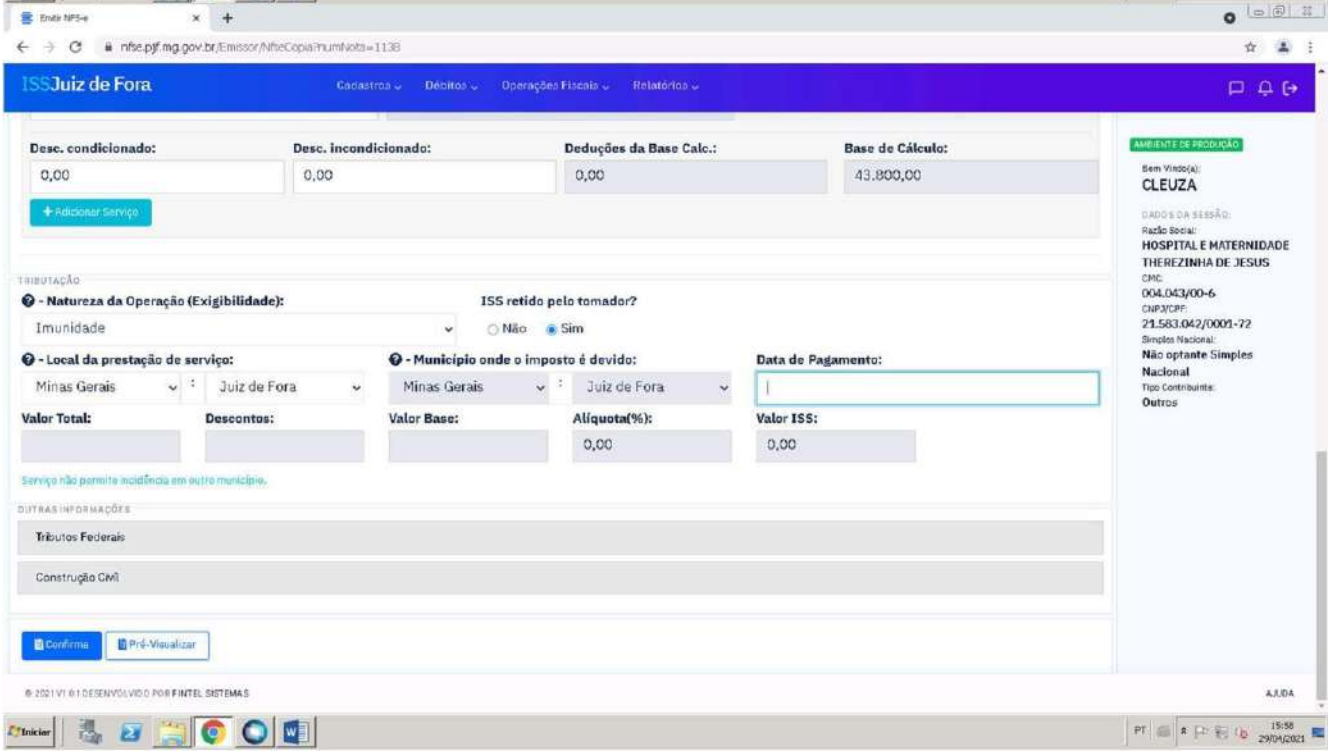


6- Vá a aba " Natureza da operação (Exigibilidade) e Conforme se aparece a opção "Imunidade "

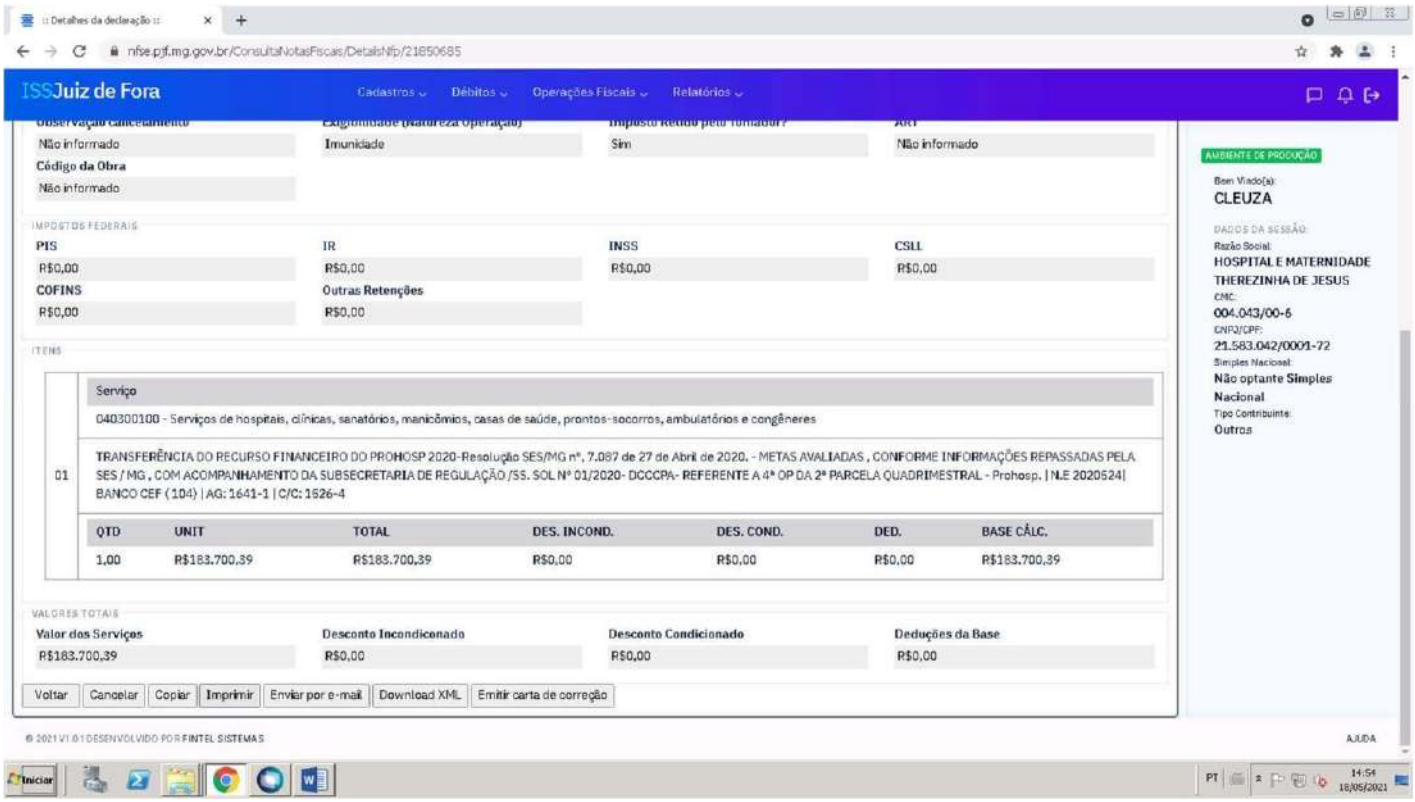


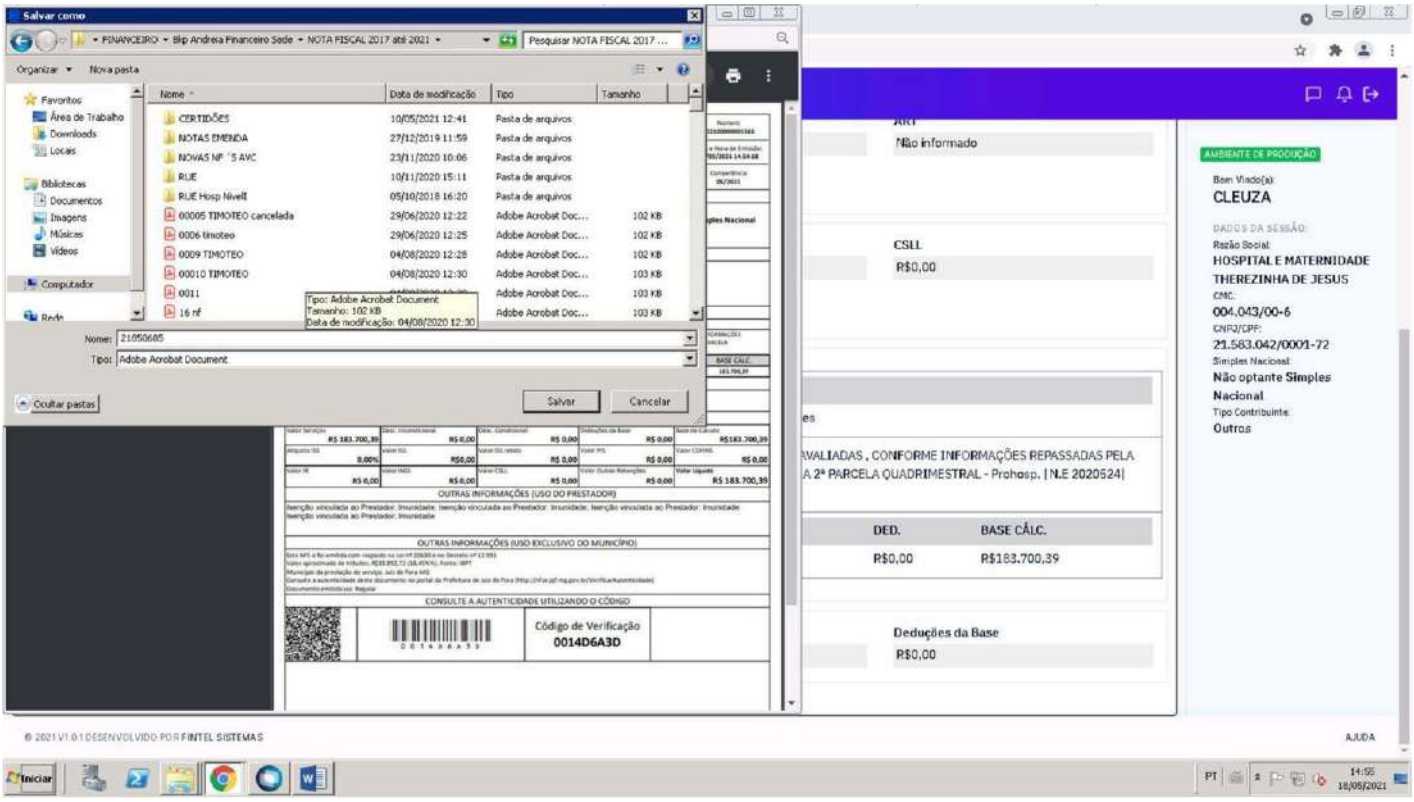
7- Ao lado em ISS retido pelo tomador , selecione a opção **"SIM"** e apague a data de pagamento(trinta dias a conta da data de emissão). Clicar em confirmar para emitir a NF .


ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
Descrição do Serviço:
TRANSFERÊNCIA DO RECURSO FINANCEIRO DO PROHOSP 2020-Resolução SES/MG nº. 7.087 de 27 de Abril de 2020. - METAS AVALIADAS , CONFORME INFORMAÇÕES REPASSADAS PELA SES / MG , COM ACOMPANHAMENTO DA SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO /SS. SOL Nº 01/2020- DCCCPA- REFERENTE A 4ª
Valor Unitário:
183.700,39
Valor Total:
183.700,39
Desc. condicionado:
0,00
Desc. incondicionado:
0,00
Deduções da Base Calc.:
0,00
Base de Cálculo:
183.700,39
+ Adicionar Serviço
TRIBUTAÇÃO
- Natureza da Operação (Exigibilidade):
Imunidade
ISS retido pelo tomador?
Não
Sim
- Local da prestação de serviço:
Minas Gerais
Juiz de Fora
- Município onde o imposto é devido:
Minas Gerais
Juiz de Fora
Data de Pagamento:
Valor Total:
Descontos:
Valor Base:
Alíquota(%):
0,00
Valor ISS:
0,00
Serviço não permite incidência em outro município.
OUTRAS INFORMAÇÕES
Tributos Federais
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros


ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
Desc. condicionado:
0,00
Desc. incondicionado:
0,00
Deduções da Base Calc.:
0,00
Base de Cálculo:
43.800,00
+ Adicionar Serviço
TRIBUTAÇÃO
- Natureza da Operação (Exigibilidade):
Imunidade
ISS retido pelo tomador?
Não
Sim
- Local da prestação de serviço:
Minas Gerais
Juiz de Fora
- Município onde o imposto é devido:
Minas Gerais
Juiz de Fora
Data de Pagamento:
Valor Total:
Descontos:
Valor Base:
Alíquota(%):
0,00
Valor ISS:
0,00
Serviço não permite incidência em outro município.
OUTRAS INFORMAÇÕES
Tributos Federais
Construção Civil
Confirma
Pré-Visualizar
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros

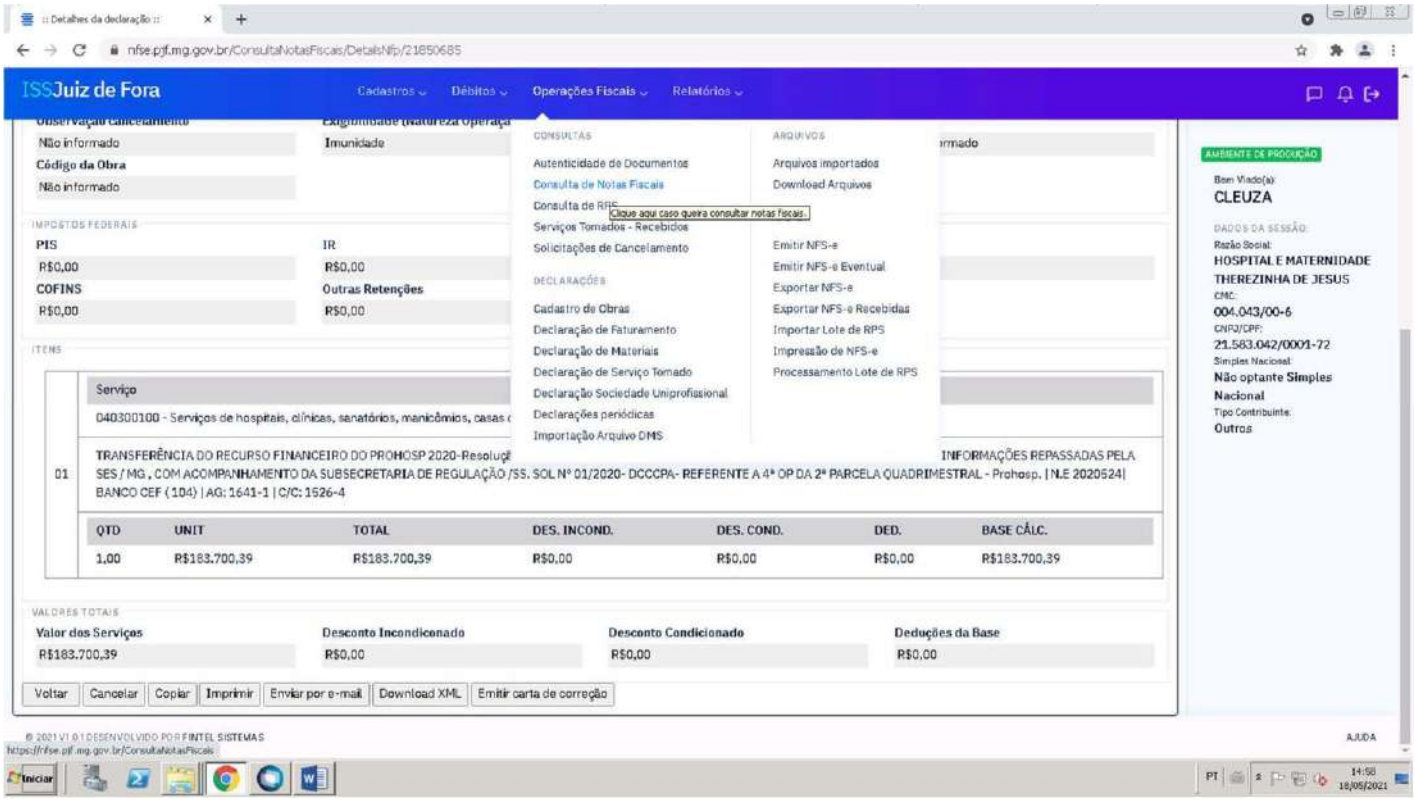
8- Após clicar em confirmar , clique em imprimir e salve na pasta do diretório abaixo



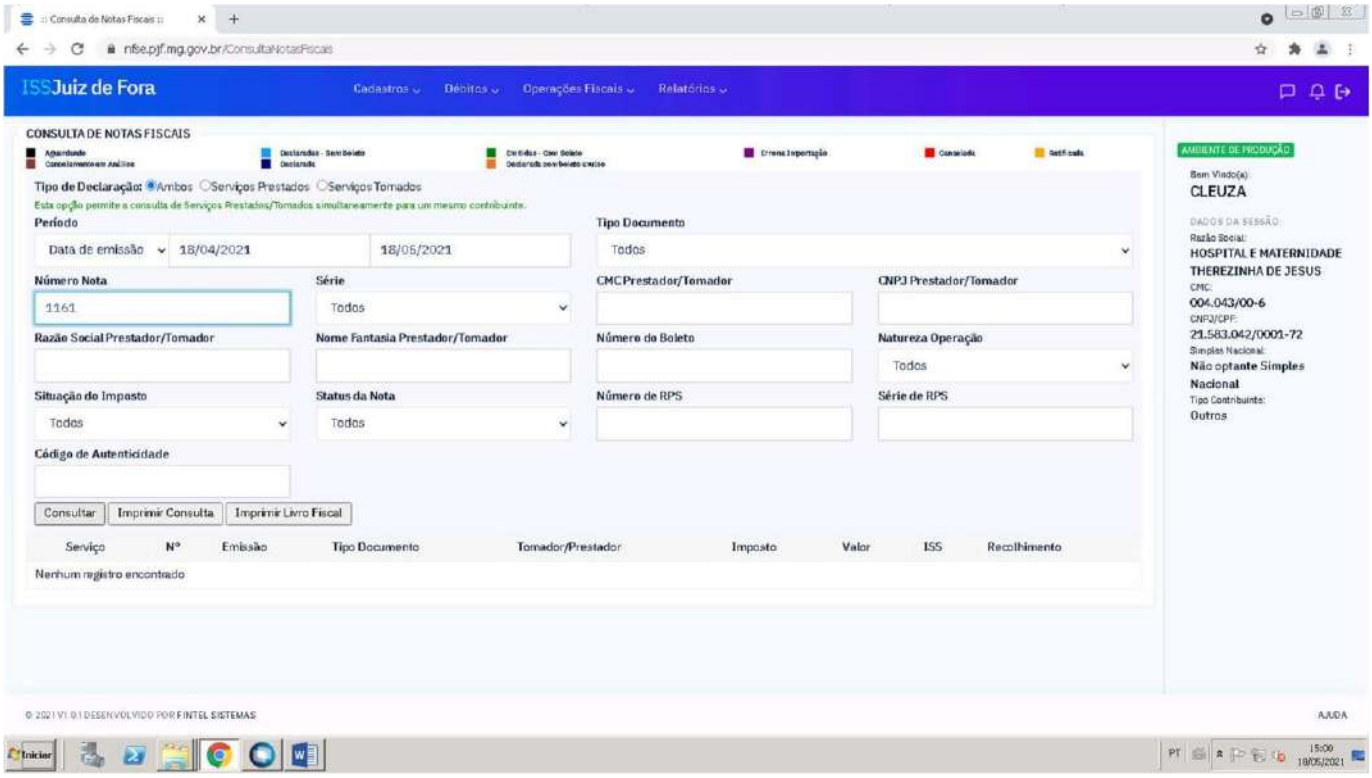


PARA CANCELAR A NOTA FISCAL

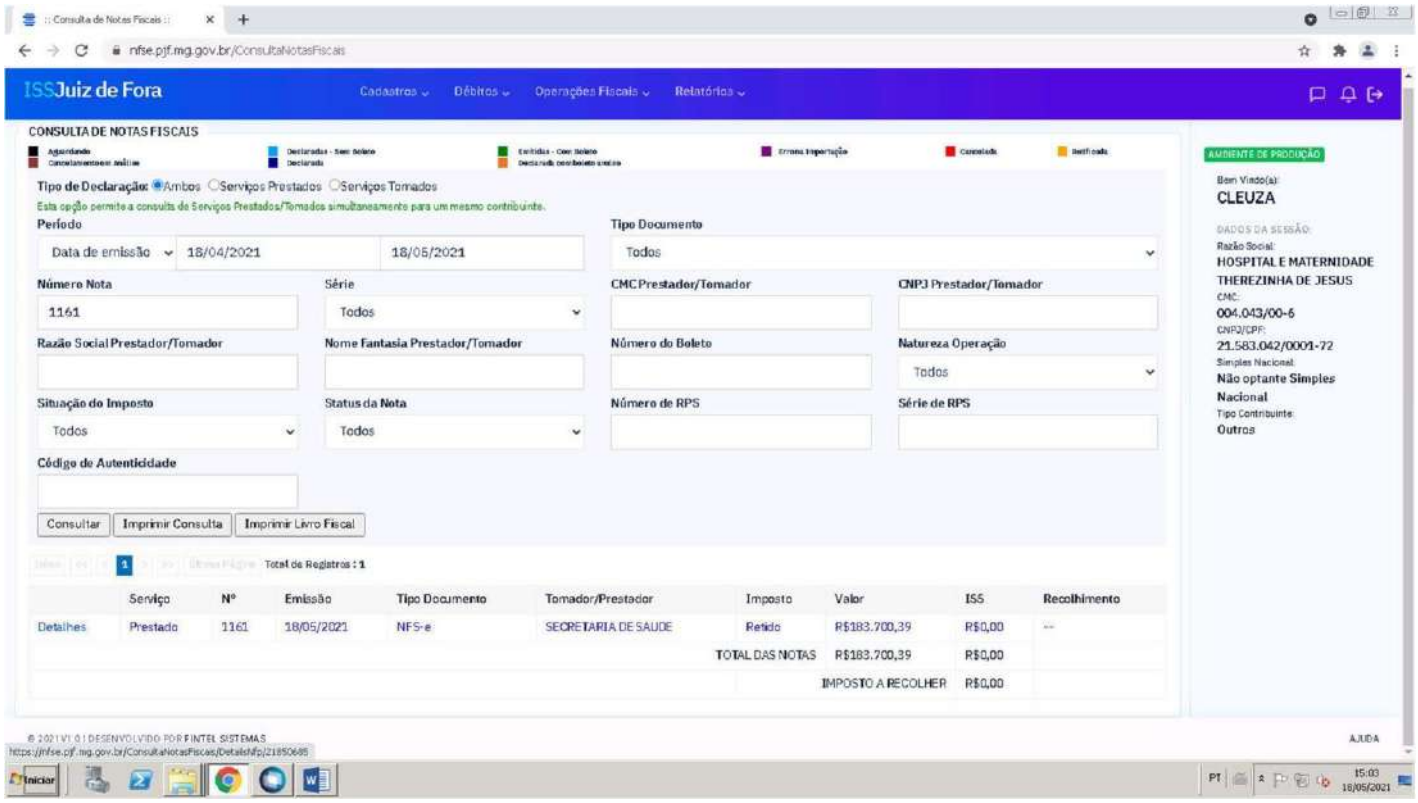
1- Vá em " Operações Fiscais"- consulta de notas fiscais



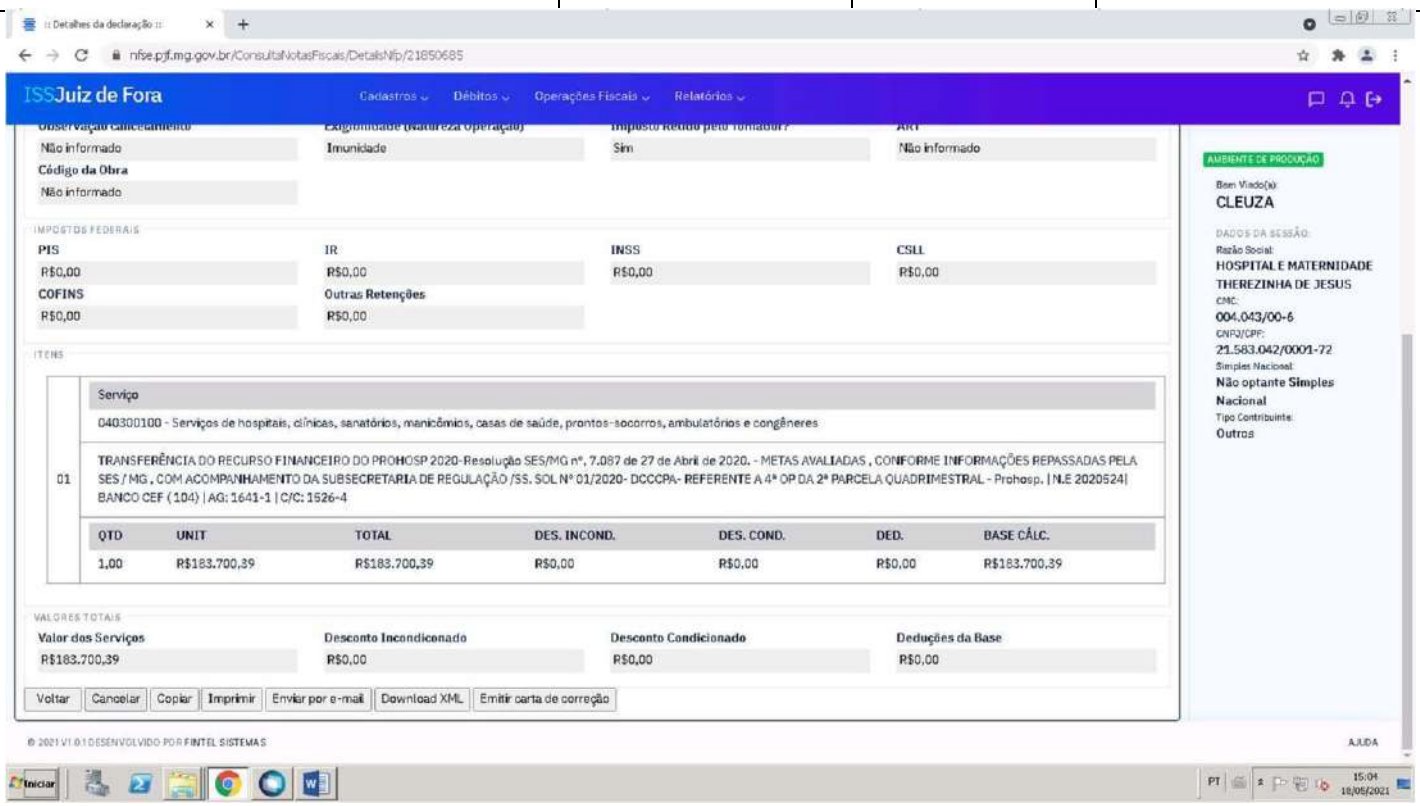
2- No campo " Número nota digite os quadros últimos dígitos da NF que deseja cancelar.Depois clique em consultar

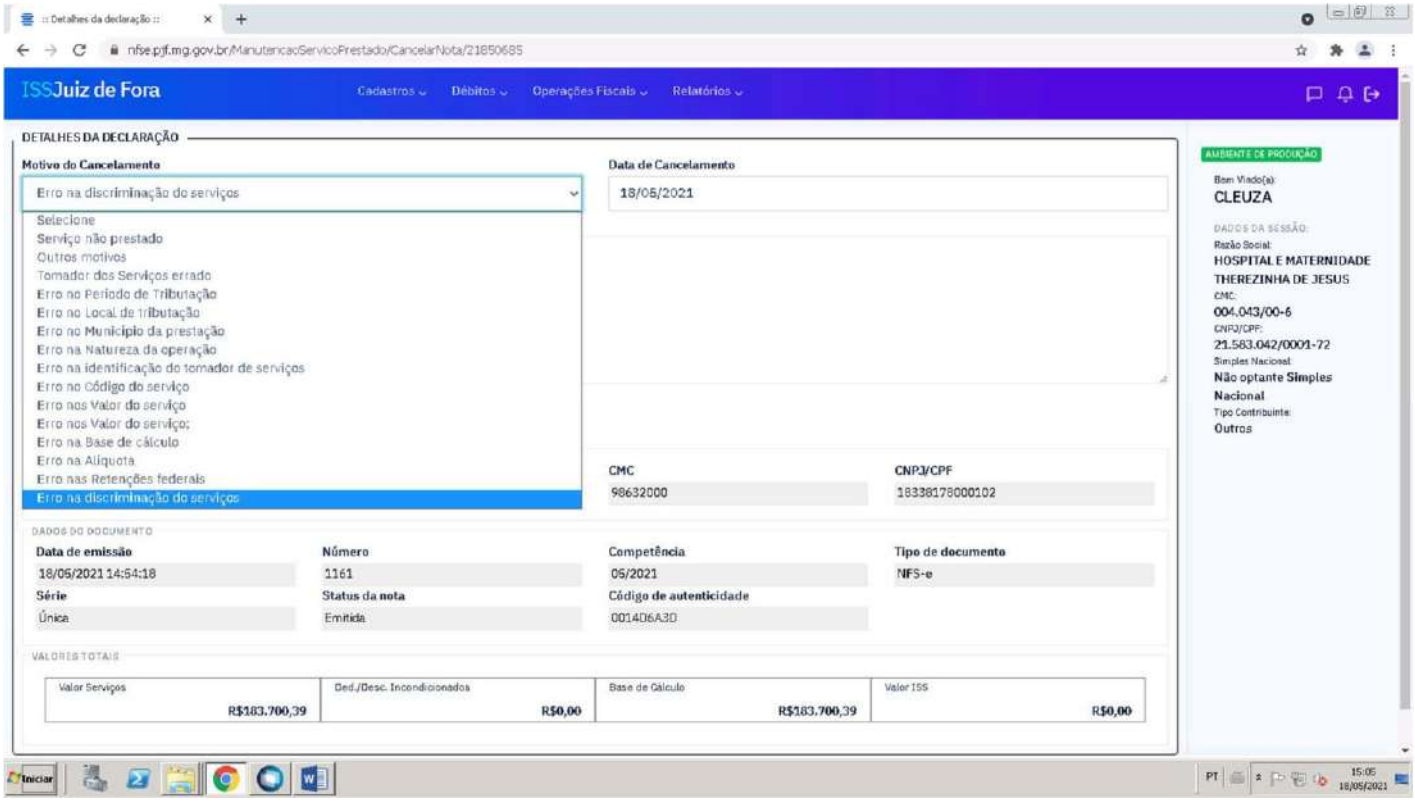

nfse.pjf.mg.gov.br/ConsultaNotasFiscais
ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
CONSULTA DE NOTAS FISCAIS
Tipo de Declaração: Ambos Serviços Prestados Serviços Tomados
Esta opção permite a consulta de Serviços Prestados/Tomados simultaneamente para um mesmo contribuinte.
Período
Data de emissão
18/04/2021
18/05/2021
Tipo Documento
Todos
Número Nota
1161
Série
Todos
CMC Prestador/Tomador
CNPJ Prestador/Tomador
Razão Social Prestador/Tomador
Nome Fantasia Prestador/Tomador
Número do Boleto
Natureza Operação
Todos
Situação do Imposto
Todos
Status da Nota
Todos
Número de RPS
Série de RPS
Código de Autenticidade
Consultar
Imprimir Consulta
Imprimir Livro Fiscal
Serviço
Nº
Emissão
Tipo Documento
Tomador/Prestador
Imposto
Valor
ISS
Recolhimento
Nenhum registro encontrado
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros
AJUDA

3- Clique em cima da palavra “Detalhes”



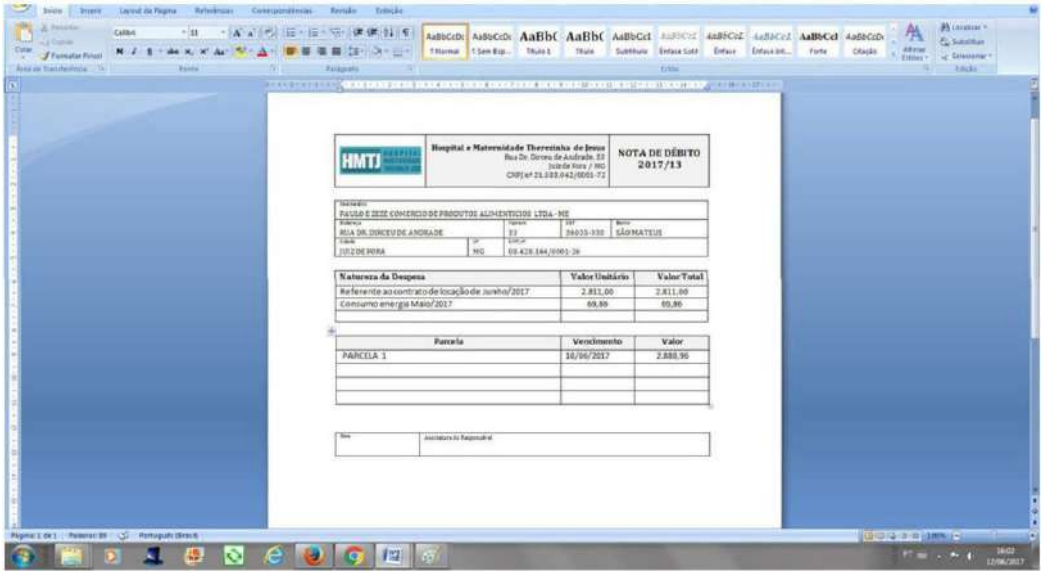
4- Depois clique em cancelar e preenche os dados solicitados (data do cancelamento| e motivo do cancelamento). Depois clique em confirmar.


nfse.pjf.mg.gov.br/ConsultaNotasFiscais/DetalsNfp/21850685
ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
Não informado
Imunidade
Sim
Não informado
Código da Obra
Não informado
IMPOSTOS FEDERAIS
PIS
R$0,00
IR
R$0,00
INSS
R$0,00
CSLL
R$0,00
COFINS
R$0,00
Outras Retenções
R$0,00
ITENS
Serviço
040300100 - Serviços de hospitais, clínicas, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres
01
TRANSFERÊNCIA DO RECURSO FINANCEIRO DO PROHOSP 2020-Resolução SES/MG nº. 7.087 de 27 de Abril de 2020. - METAS AVALIADAS , CONFORME INFORMAÇÕES REPASSADAS PELA SES / MG , COM ACOMPANHAMENTO DA SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO /SS. SOL Nº 01/2020- DCCCPA- REFERENTE A 4ª OP DA 2ª PARCELA QUADRIMESTRAL - Prohosp. | N.E 2020524| BANCO CEF (104) | AG: 1641-1 | C/C: 1526-4
QTD
UNIT
TOTAL
DES. INCOND.
DES. COND.
DED.
BASE CÁLC.
1,00
R$183.700,39
R$183.700,39
R$0,00
R$0,00
R$0,00
R$183.700,39
VALORES TOTAIS
Valor dos Serviços
R$183.700,39
Desconto Incondicenado
R$0,00
Desconto Condicionado
R$0,00
Deduções da Base
R$0,00
Voltar
Cancelar
Copiar
Imprimir
Enviar por e-mail
Download XML
Emitir carta de correção
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros
AJUDA


nfse.pjf.mg.gov.br/ManutencaoServicoPrestado/CancelarNota/21850685
ISSJuiz de Fora
Cadastros
Débitos
Operações Fiscais
Relatórios
DETALHES DA DECLARAÇÃO
Motivo do Cancelamento
Erro na discriminação do serviços
Data de Cancelamento
18/05/2021
Selecione
Serviço não prestado
Outros motivos
Tomador dos Serviços errado
Erro no Período de Tributação
Erro no Local de Tributação
Erro no Município da prestação
Erro na Natureza da operação
Erro na identificação do tomador de serviços
Erro no Código do serviço
Erro nos Valor do serviço
Erro nos Valor do serviço;
Erro na Base de cálculo
Erro na Alíquota
Erro nas Retenções federais
Erro na discriminação do serviços
CMC
98632000
CNPJ/CPF
18338178000102
DADOS DO DOCUMENTO
Data de emissão
18/05/2021 14:54:18
Número
1161
Competência
05/2021
Tipo de documento
NFS-e
Série
Única
Status da nota
Emitida
Código de autenticidade
001406A3D
VALORES TOTAIS
Valor Serviços
R$183.700,39
Ded./Desc. Incondicionados
R$0,00
Base de Cálculo
R$183.700,39
Valor ISS
R$0,00
AMBIENTE DE PRODUÇÃO
Bem Vindo(a):
CLEUZA
DADOS DA SESSÃO:
Razão Social:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CMC:
004.043/00-6
CNPJ/CPF:
21.583.042/0001-72
Simples Nacional:
Não optante Simples Nacional
Tipo Contribuinte:
Outros

Para emitir carta de correção vá no mesmo caminho para cancelar , porém , clique em emitir carta de correção.

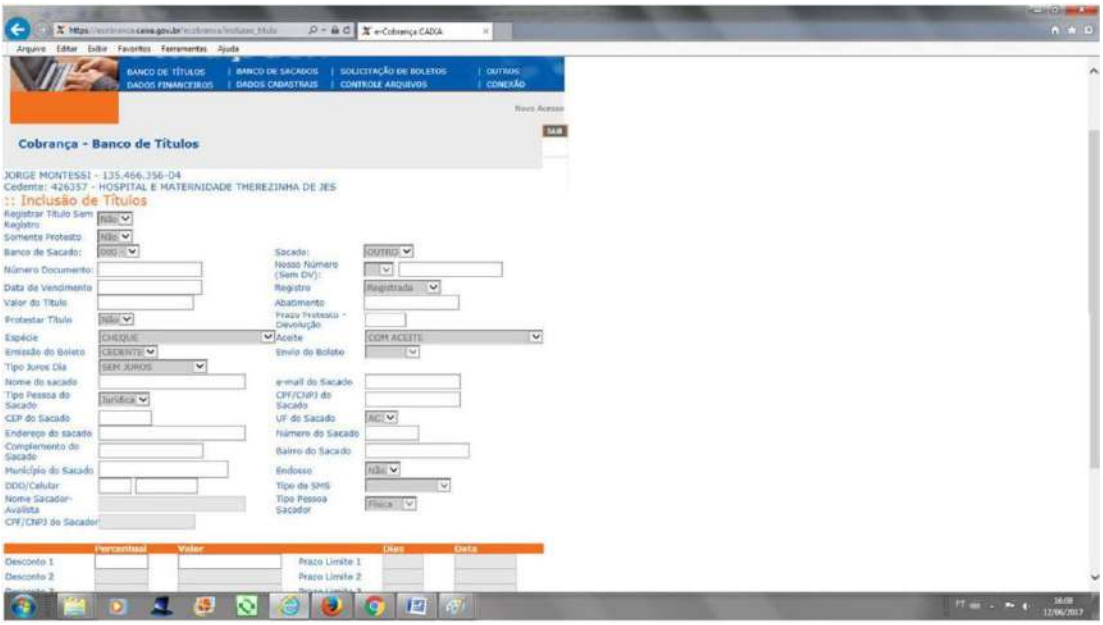
a. Emitir Nota de débito para a cantina(Paulo e Zezé Comércio de Produtos Alimentícios LTDA e Acispes, conforme contratos de locação.



1- Emitir boletos referentes as notas de debitos no sistema da Caixa Econômica Fedral e cobrança, identificar usuário e senha.

2-Clicar em BANCO DE TÍTULOS e depois em inclusão de títulos.

b. Preencher dados do cliente e os valores e datas de vencimento conforme contratos, confirmar emissão e imprimir boletos.



IV- Siglas e Definições

PJF- Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

NF- Nota Fiscal

HMTJ- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

V- Anexos

N.A

VI- Referências

Matriz de Risco

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Recebimento no Sistema RM			
Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 0010	**Revisão:** 08	**Data:** 15/03/2023

I. Objetivos

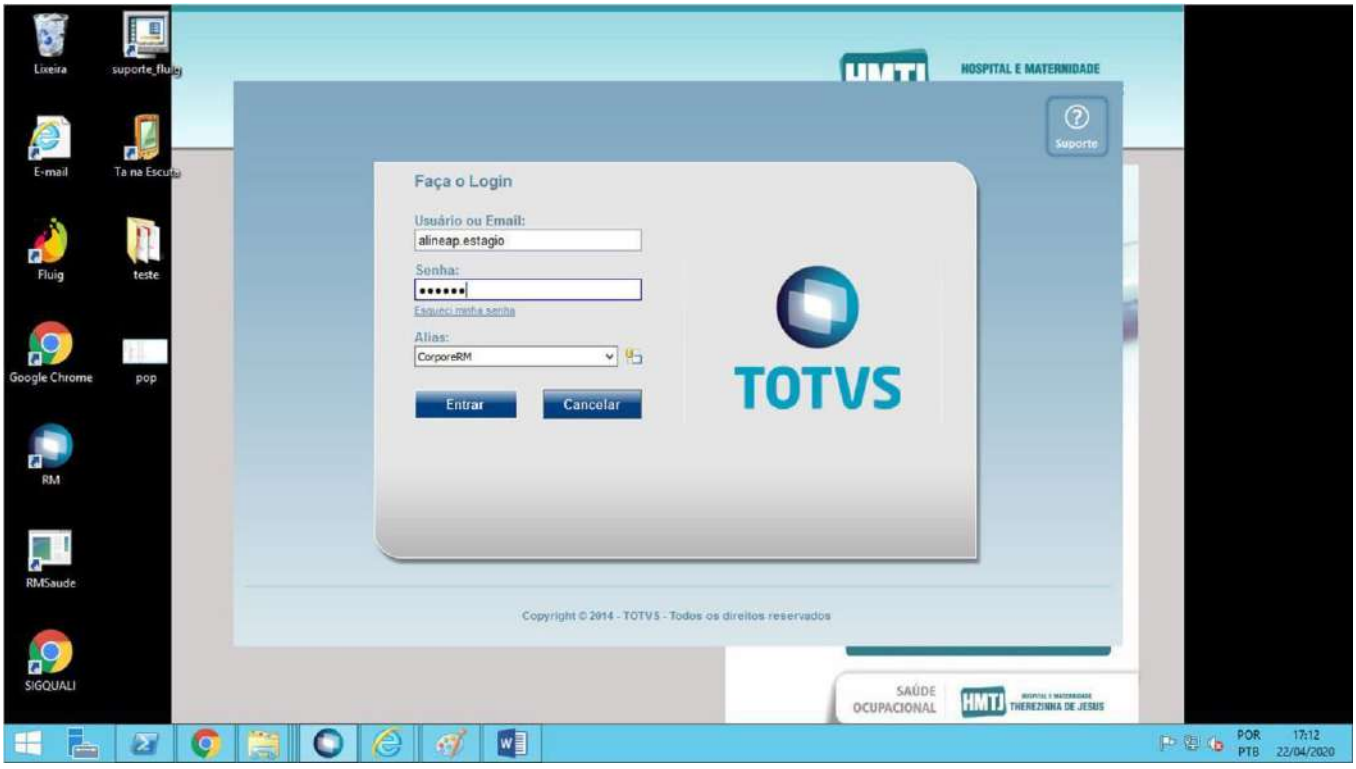
Lançar notas fiscais de recebimento (Secretária de Saúde de Juiz de Fora, Consorcio Sim Saúde, Paulo e Zeze Comércio de produtos alimentícios e Acispes)

II. Materiais

Material de escritório e computador

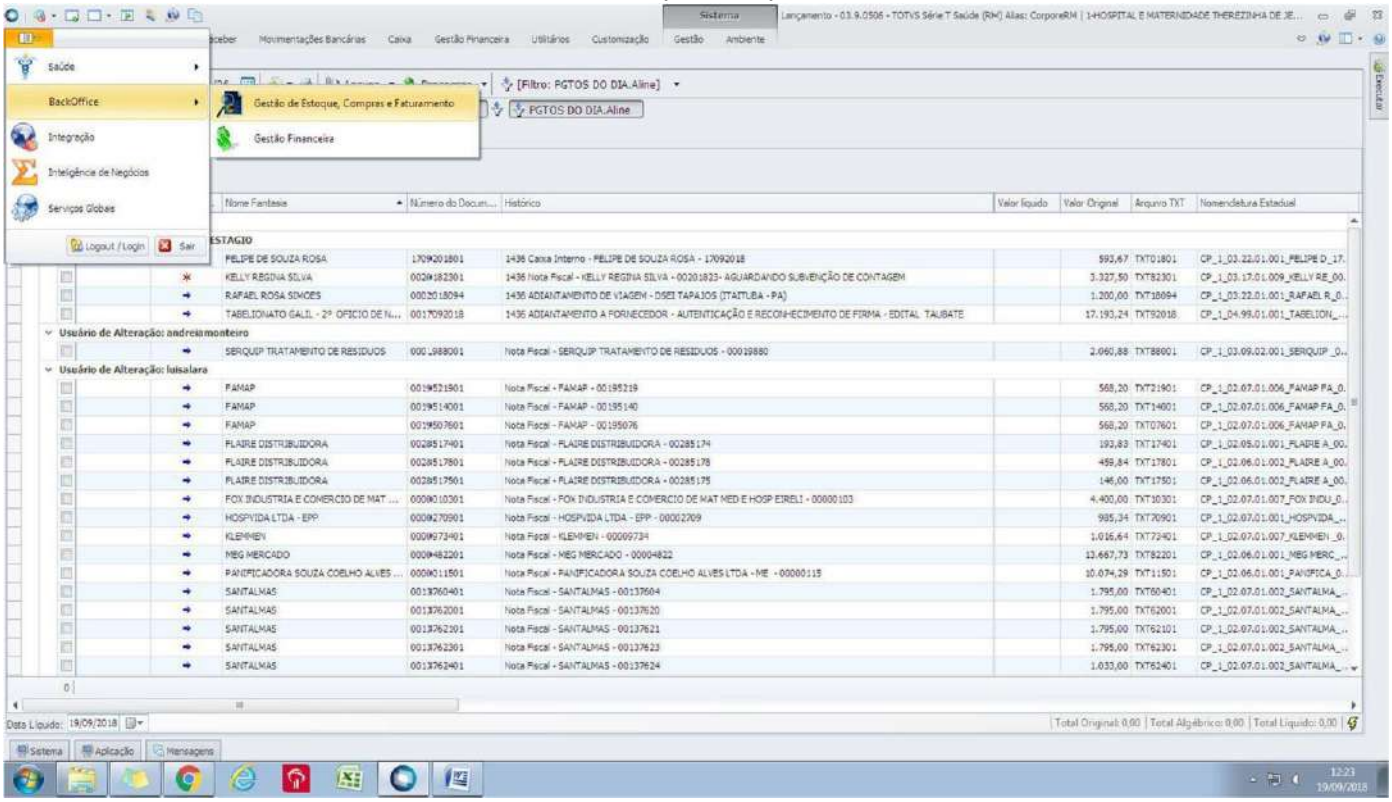
III. Descrição dos passos daatividade

1- Entrar no sistema RM , com login e senhaprópria.

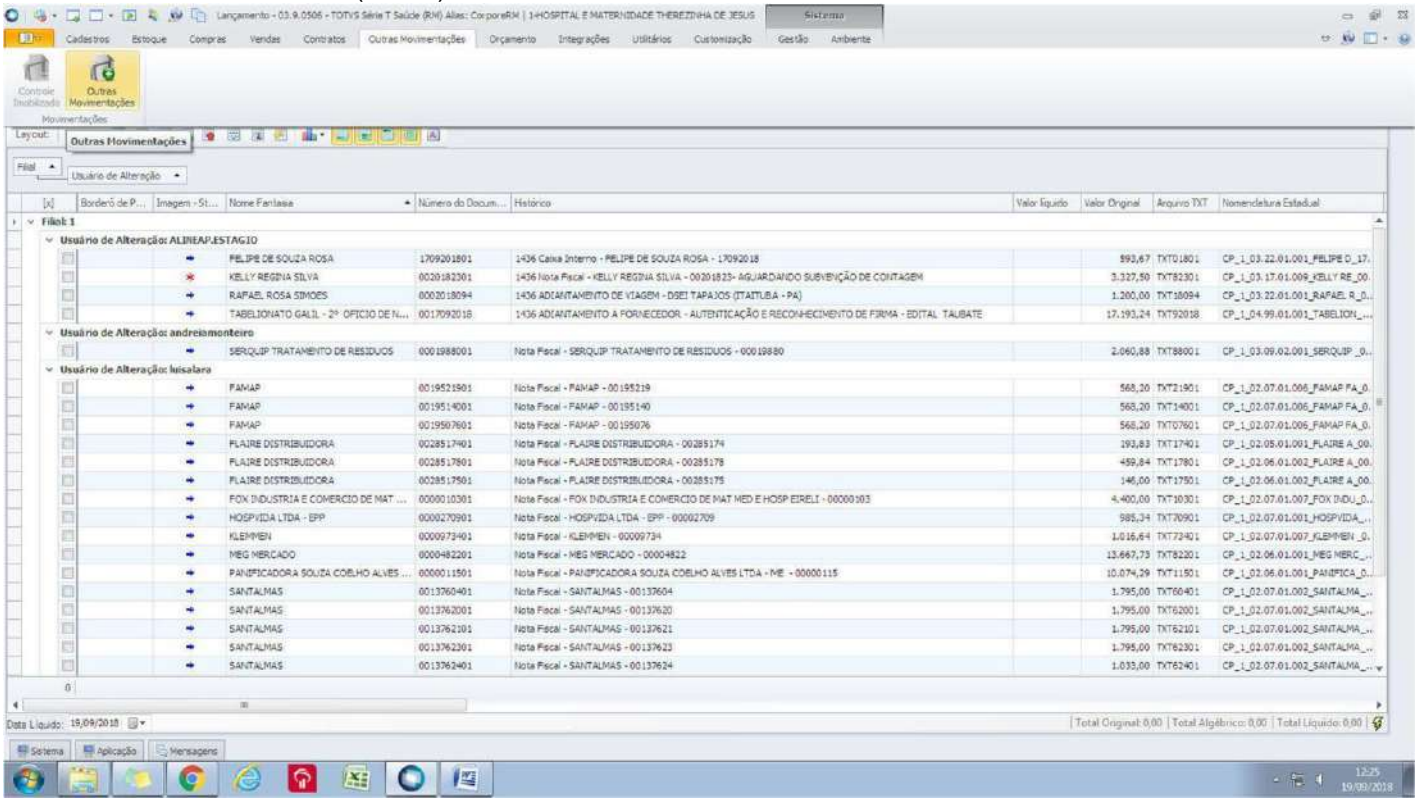


HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Recebimento no Sistema RM			
Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 0010	**Revisão:** 08	**Data:** 15/03/2023

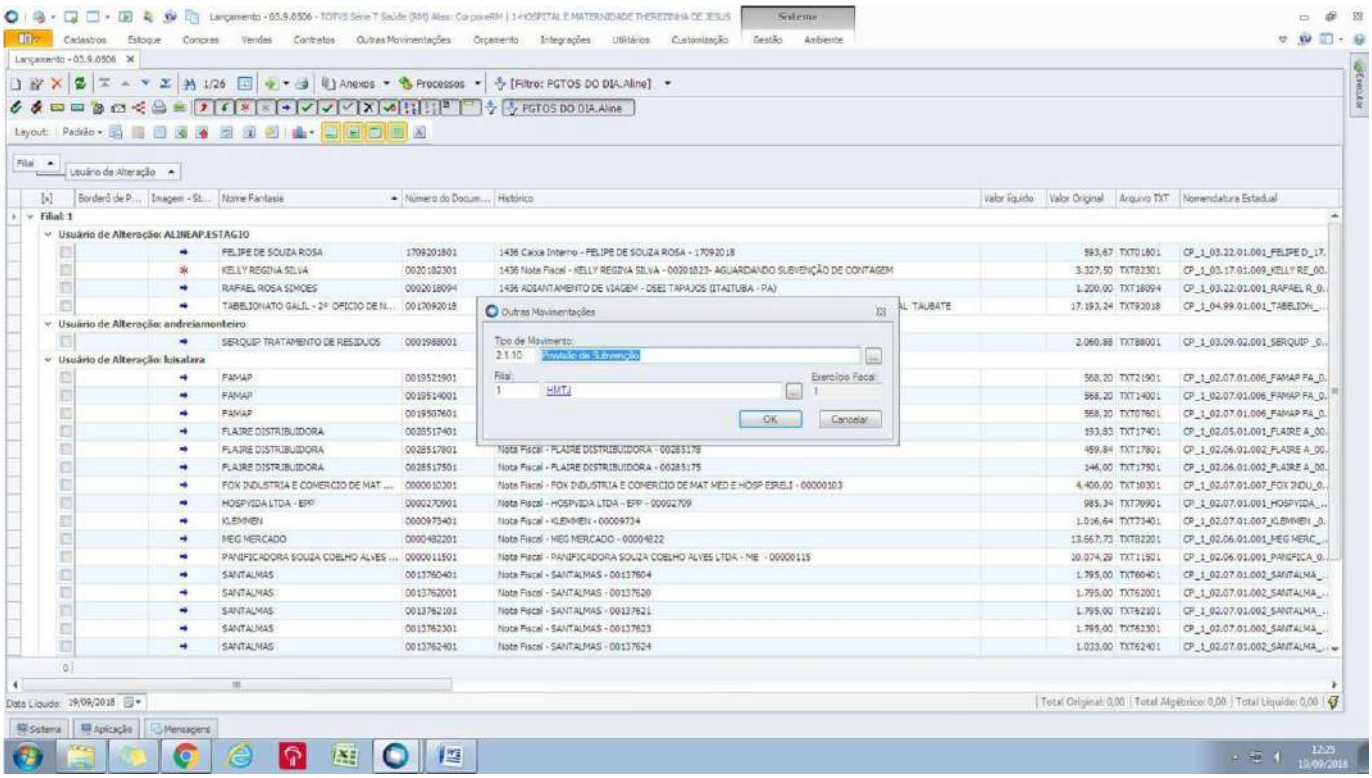
2- Clicar em Bacnkoffice, Gestão de Estoque, Compras e Faturamento



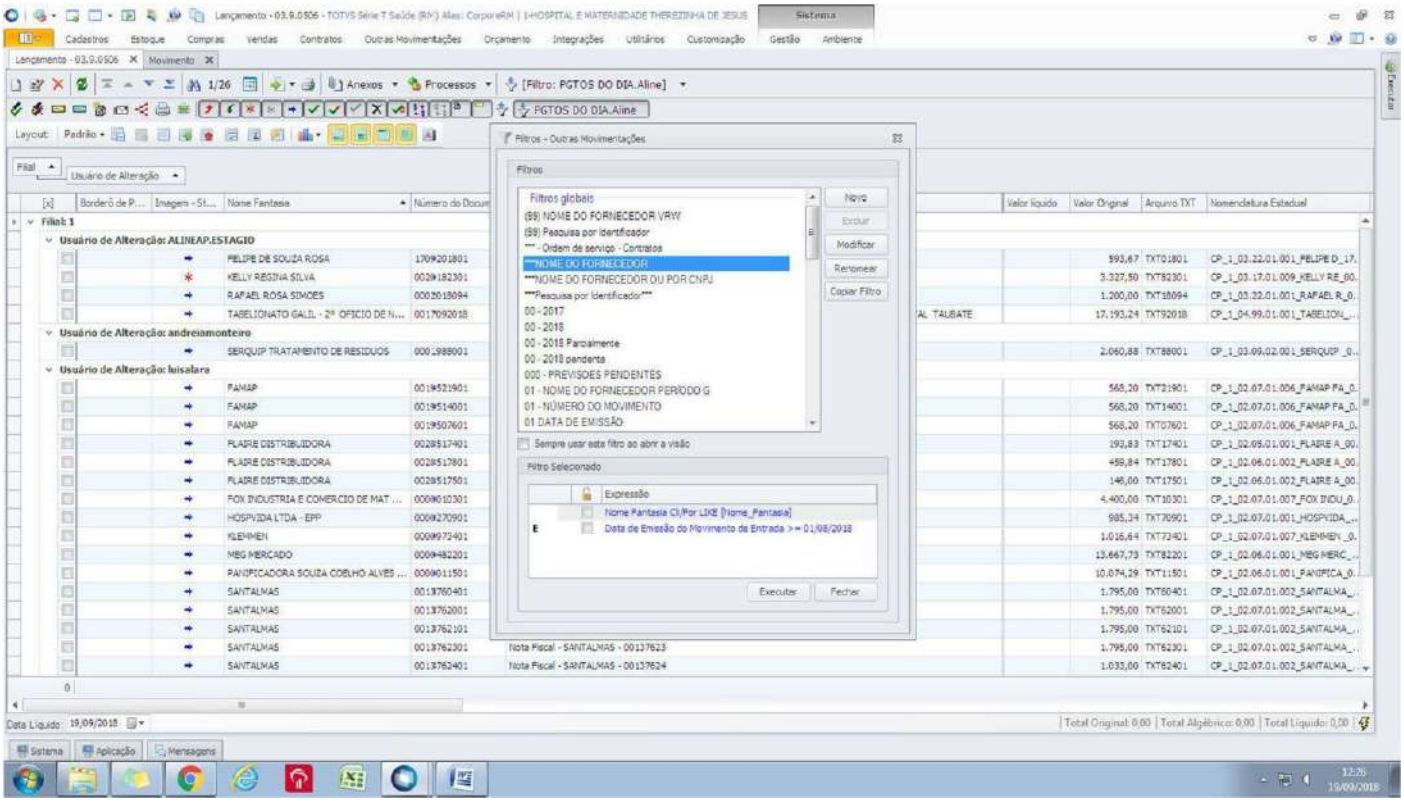
3- Selecionar Outras Movimentações , depois Outras Movimentações novamente e selecionar Tipo de Movimento (2.1.10) e escolher a FilialHMTJ-1/UPA SUL -20/ UPA SÃO PEDRO -22



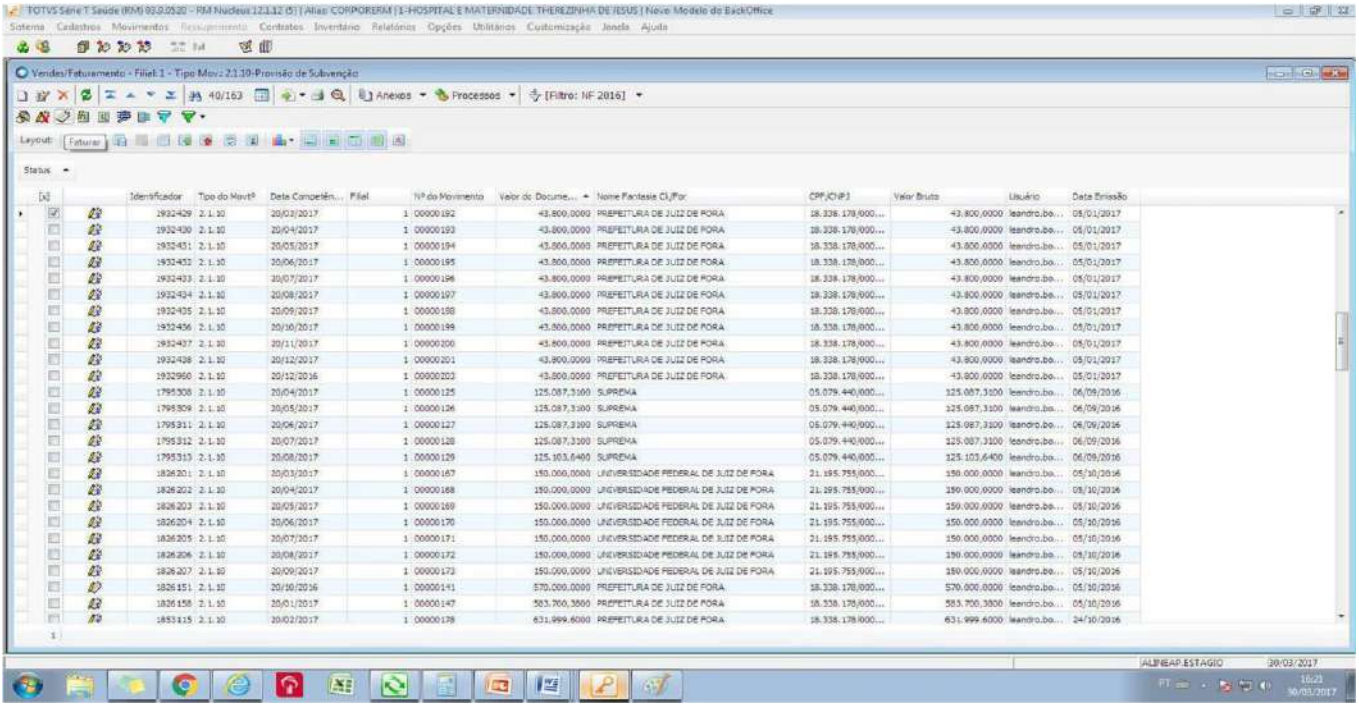
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Recebimento no Sistema RM			
Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 0010	**Revisão:** 08	**Data:** 15/03/2023



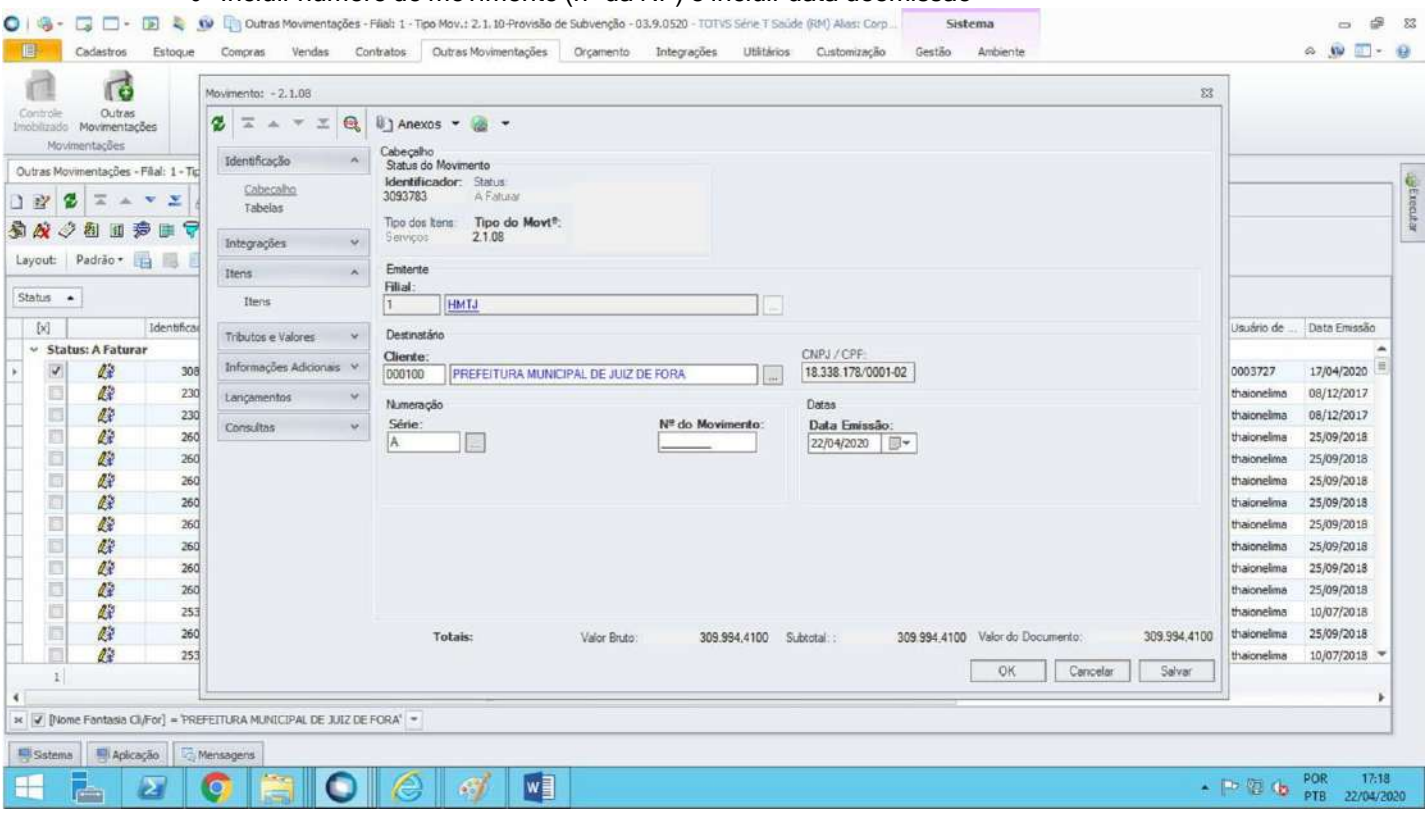
4- Selecionar filtro “Nome do Fornecedor ” – clicar em executar



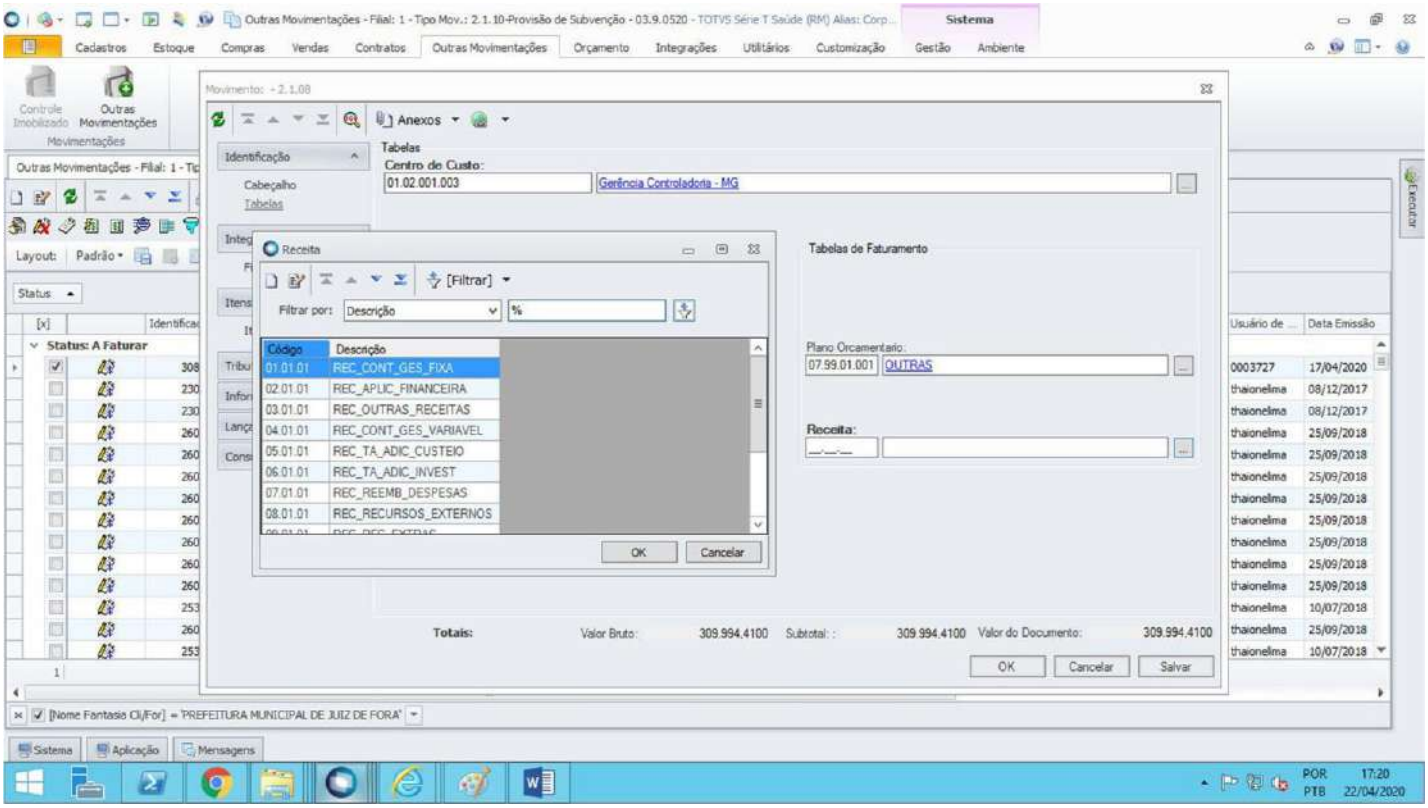
5- Selecionar Fornecedor – clicar em faturar- clicar emexecutar



6- Incluir número do movimento (n° da NF) e incluir data deemissão

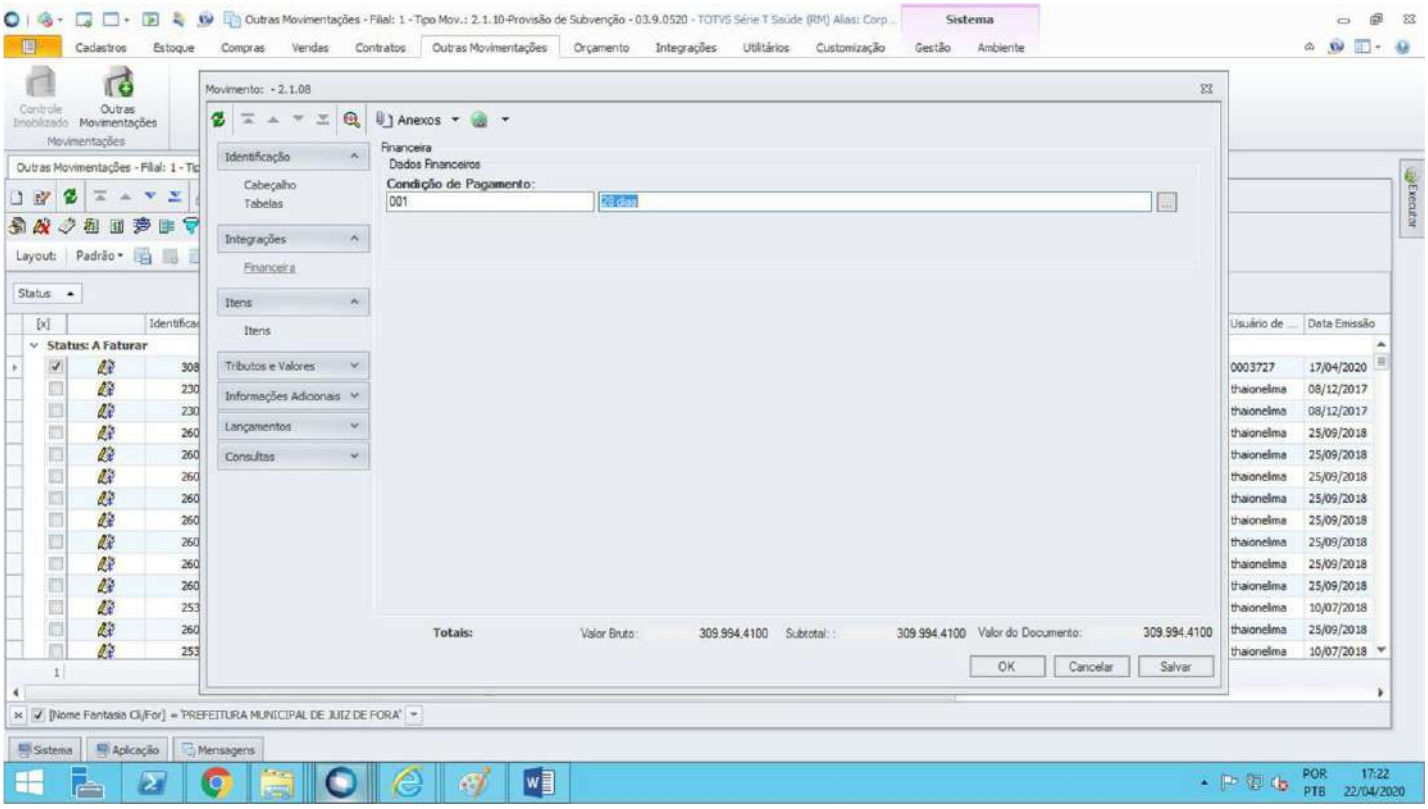


7- Selecionar Tabelas- Plano Orçamentário (sempre07.99.01.001) e Receita (para os valores contratualizados a Receita deve ser fixa e para os valores referente a produção a Receita deve ser variável)



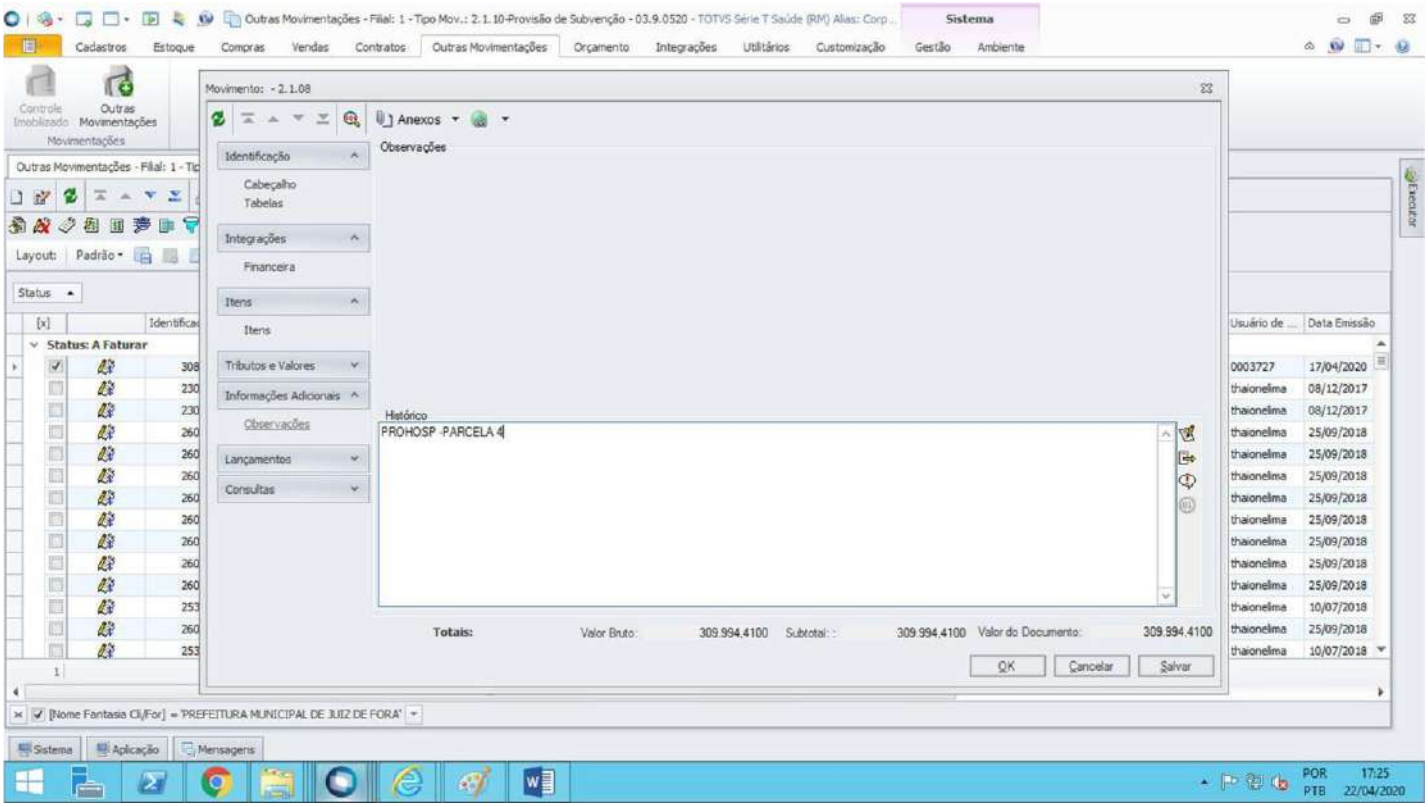
8- Selecionar integração – financeira- escolher condição de pagamento (001- 28DIAS)

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Recebimento no Sistema RM			
Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 0010	**Revisão:** 08	**Data:** 15/03/2023



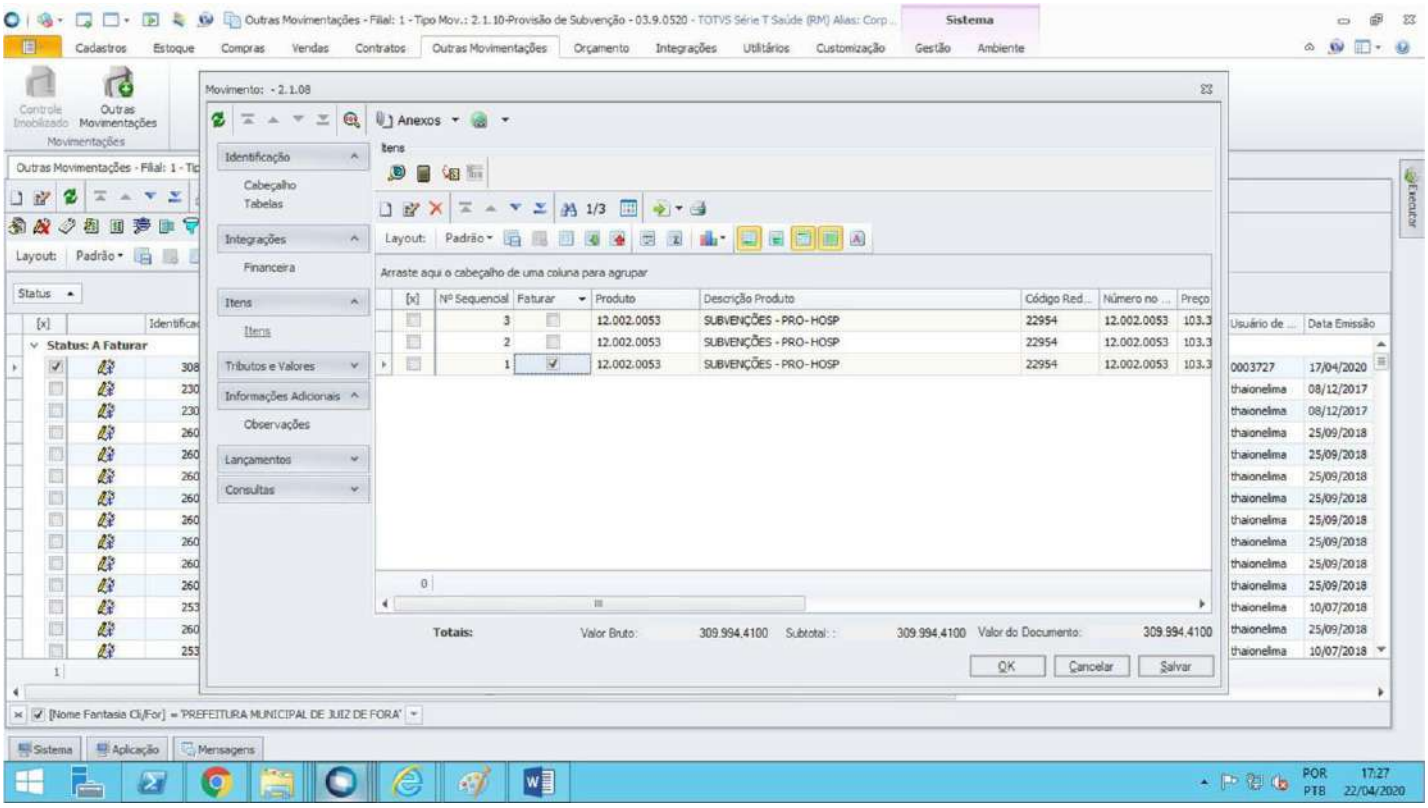
9- Selecionar informações adicionais – observações – preencher histórico de acordo com a NotaFiscal

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Recebimento no Sistema RM			
Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 0010	**Revisão:** 08	**Data:** 15/03/2023



10- Selecionar itens – itens – clicar em incluir- Selecionar “faturar” de acordo com a “Subvenção” criada pelo Setor de Contratos e descrita na NotaFiscal(Caso asubvernção não esteja criada, favor notificar a coordenação para que a mesma entre em contato com o Setor de Contratos para verificação);

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Recebimento no Sistema RM			
Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 0010	**Revisão:** 08	**Data:** 15/03/2023



11- Salvar eOK

IV. Siglas eDefinições

HMTJ- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
UPA- Unidade de Pronto – Atendimento
NF- Nota Fiscal

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Matriz de Risco

I. Objetivos

Lançar Nota Fiscal de serviços (médicos, laboratoriais e serviços em gerais) com a finalidade de :

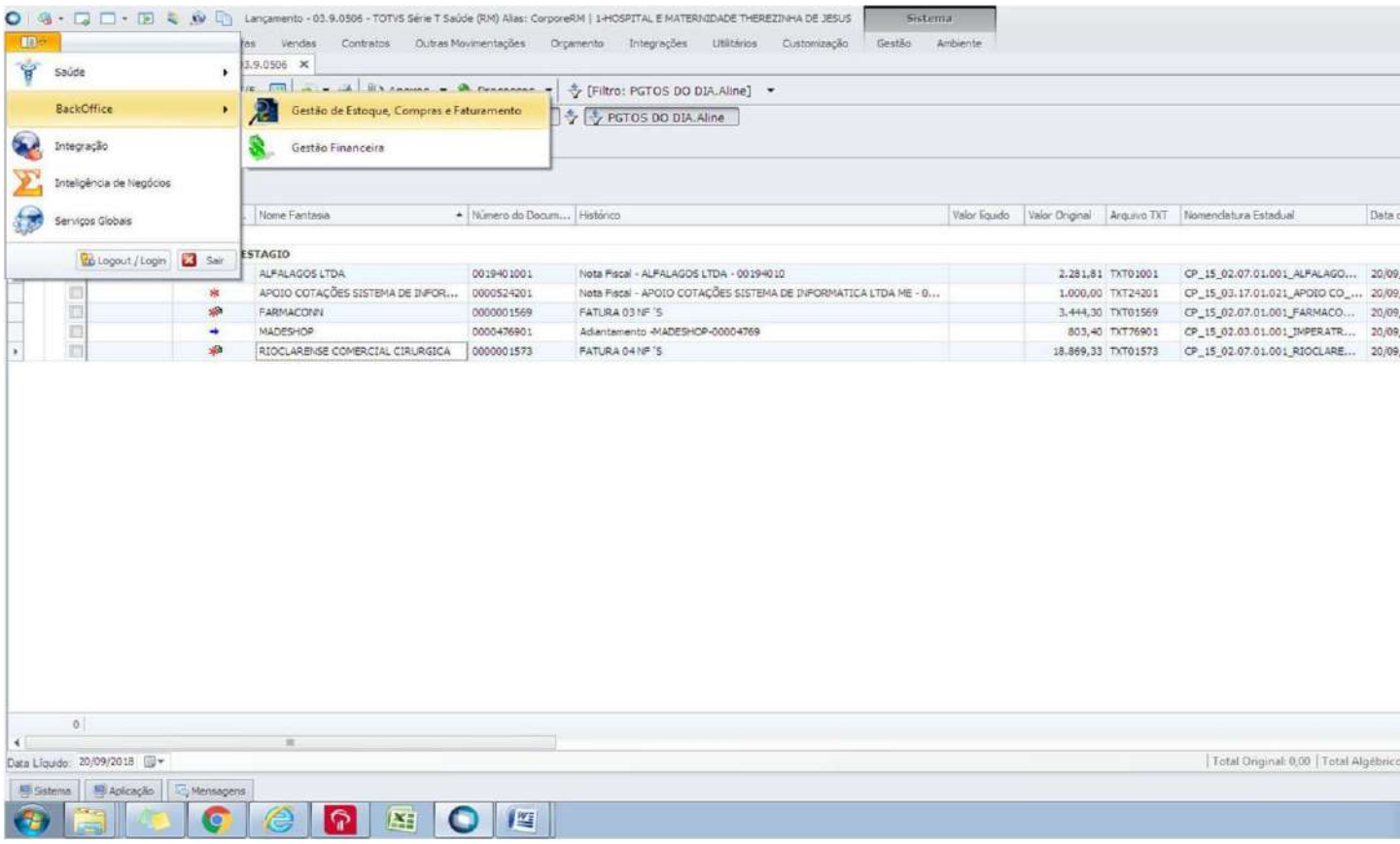
- Melhorar o controle Administrativo
- Reduzir a quantidade de papeis
- Arquivo mais pratico e seguro

II. Materiais

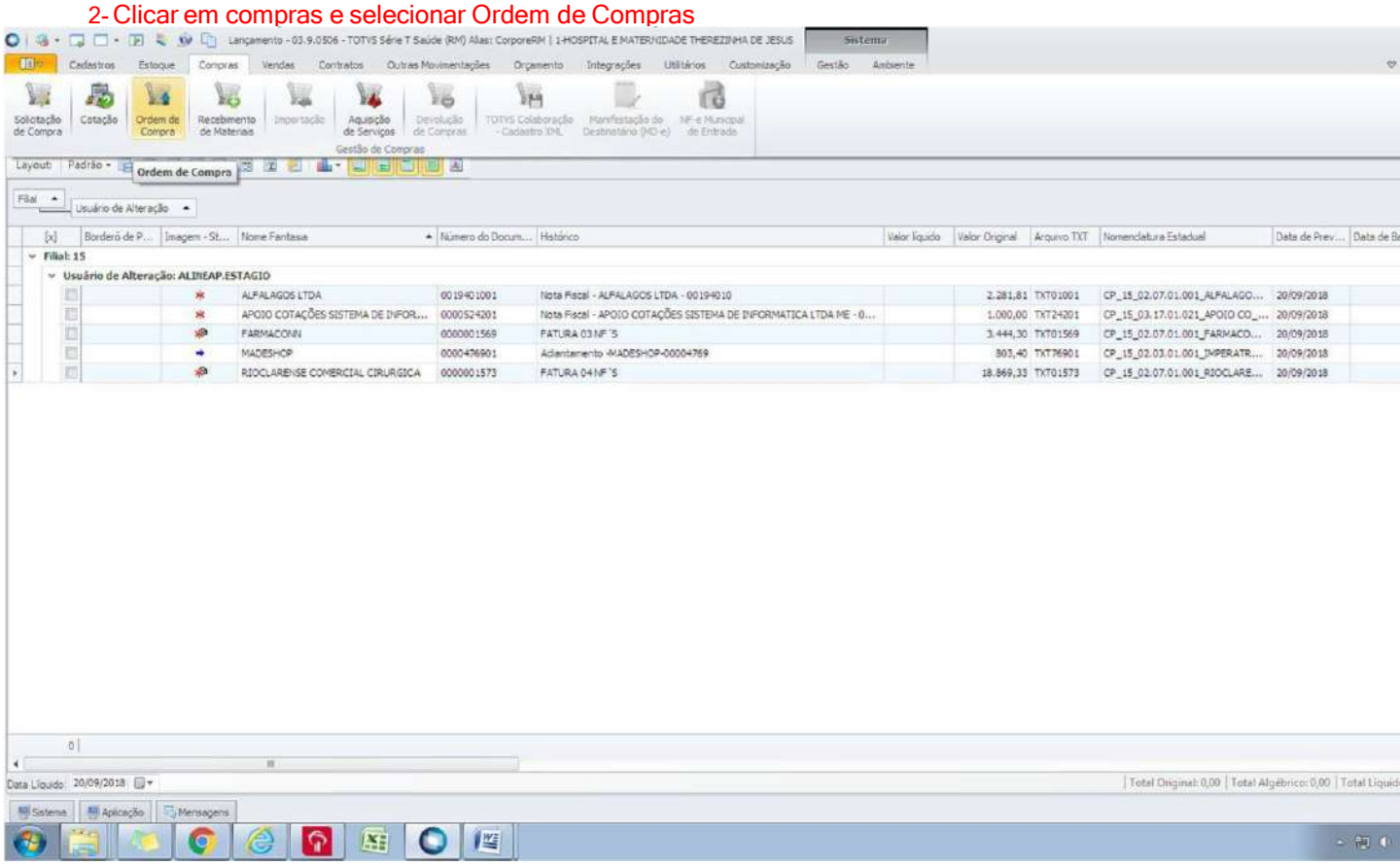
Material de escritório e computador

III. Descrição dos passos da atividade

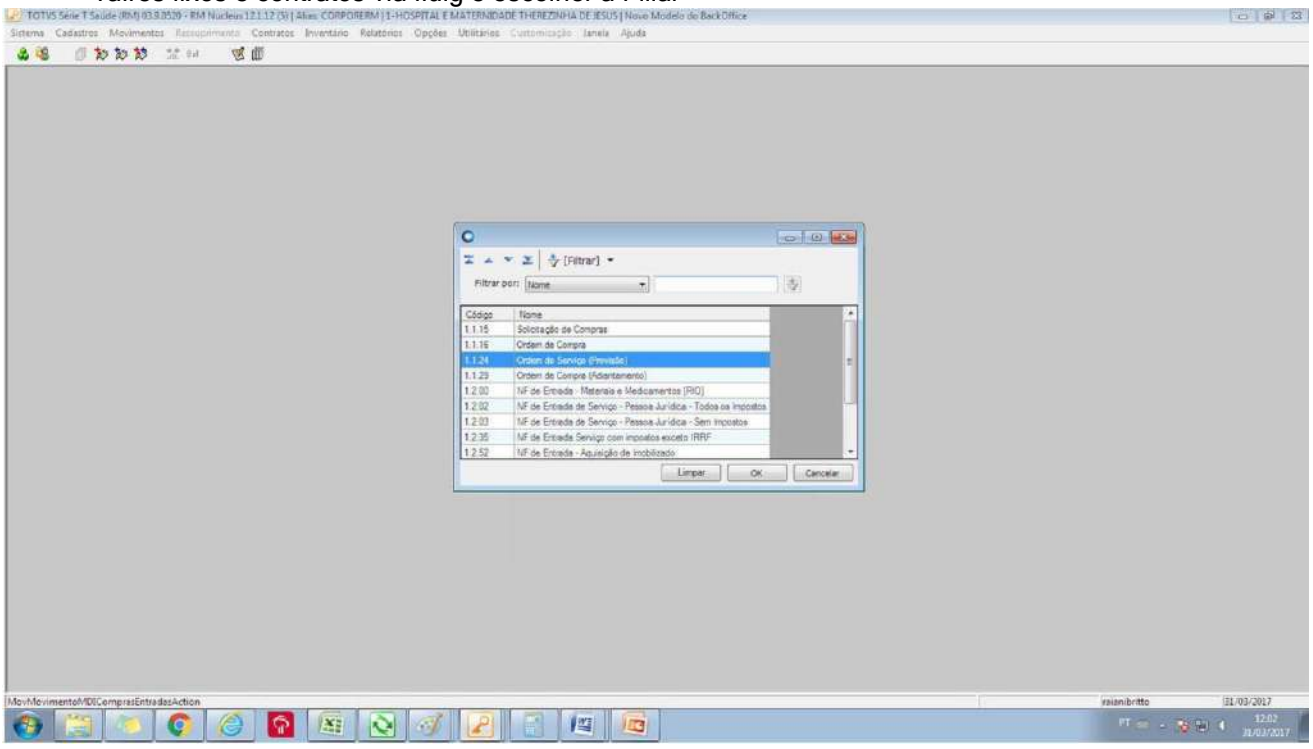
1- Entrar no sistema RM, com login e senha própria, selecionar BackOffice e gestão de estoque, compras e faturamento



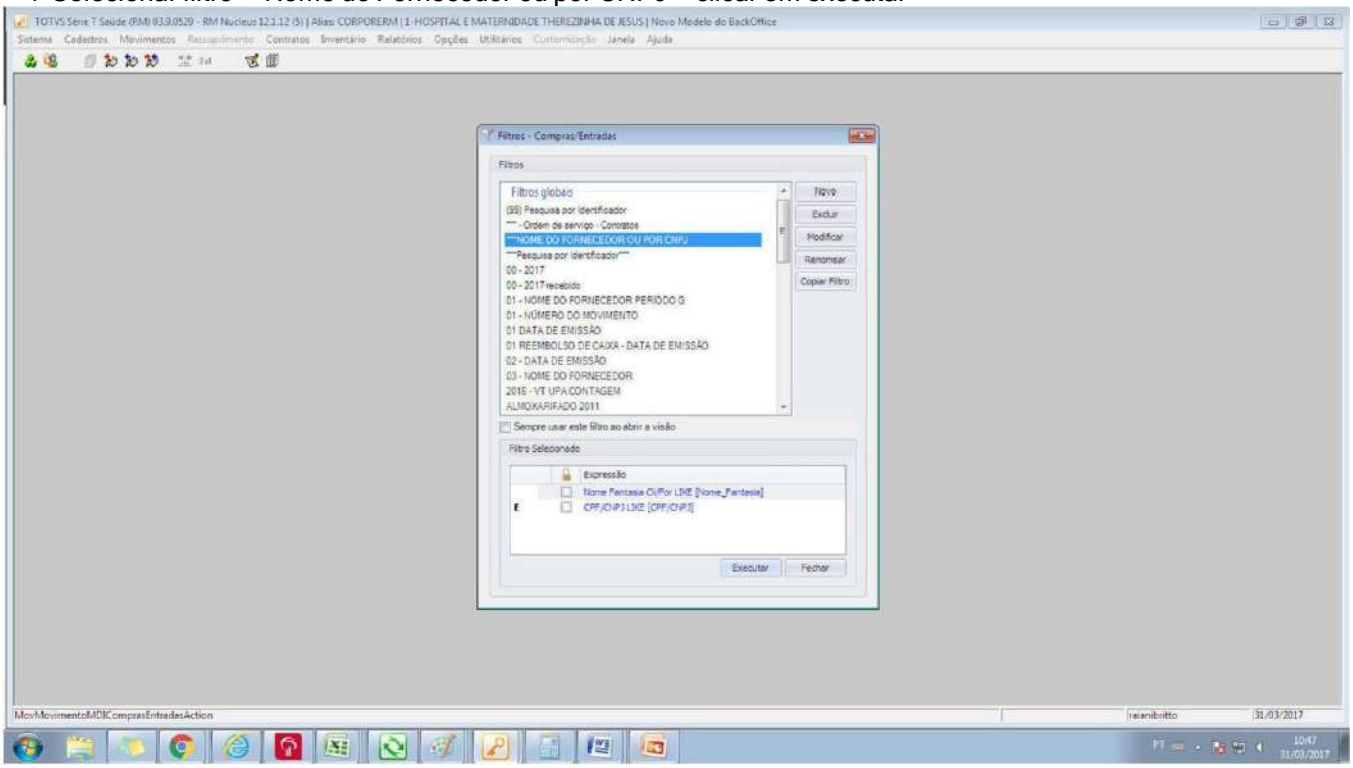
2- Clicar em compras e selecionar Ordem de Compras



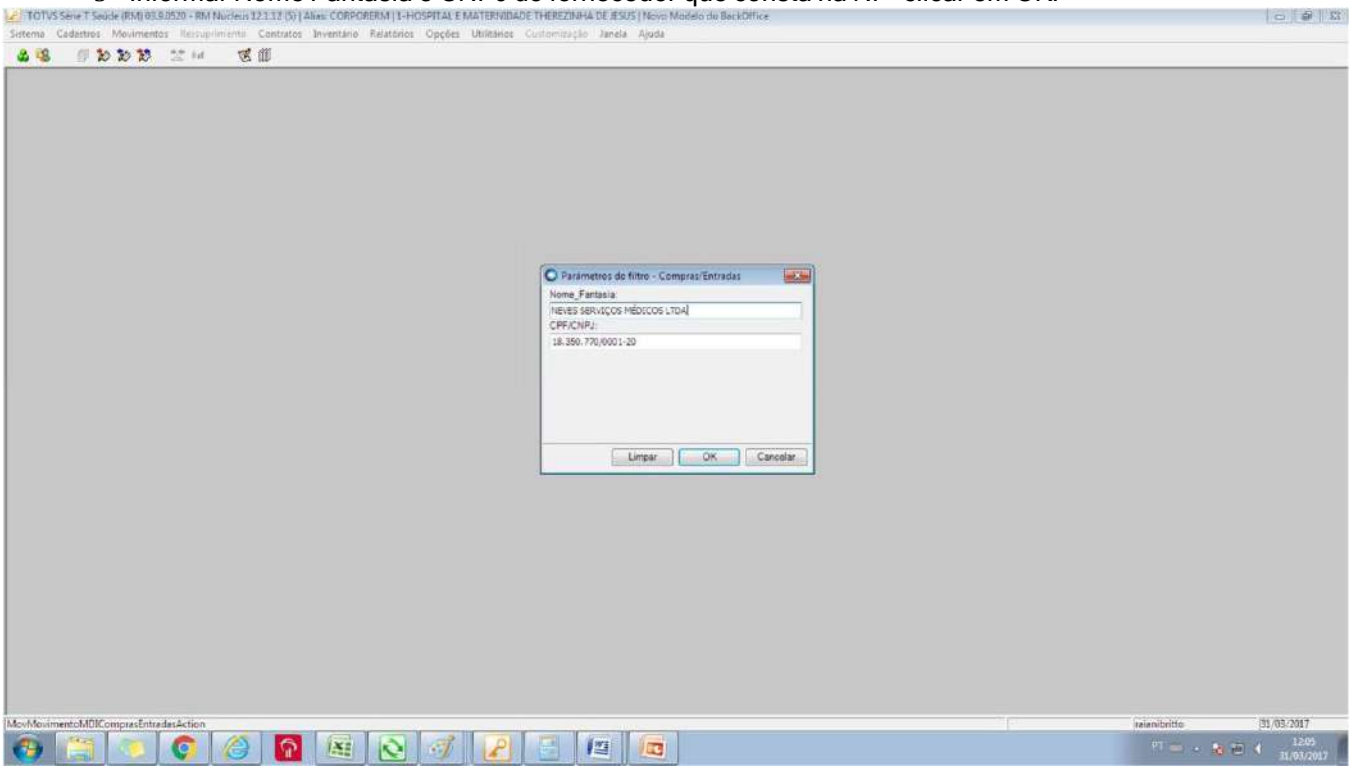
3- Selecionar Tipo de Movimento (1.1.24- para valores que os contratos são variavéis- ex: astranp) e 1.1.35 – para valres fixos e contratos via fluig e escolher a Filial



4- Selecionar filtro***Nome do Fornecedor ou por CNPJ" – clicar em executar

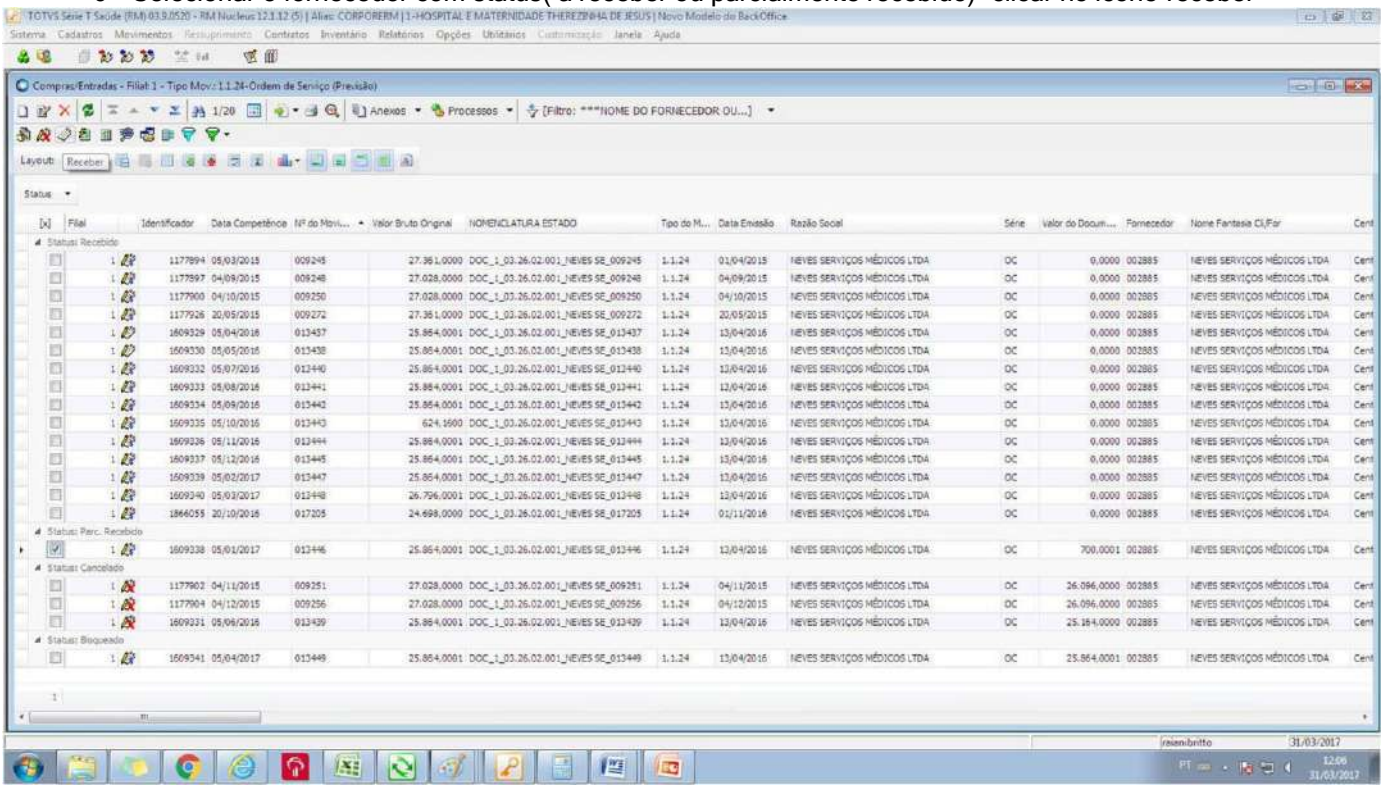


5- Informar Nome Fantasia e CNPJ do fornecedor que consta na NF- clicar em OK.



HOSPITA THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Serviço			
Responsável: Coordenador/ Assistente	**Código:** POP FIN 011	**Revisão:** 05	**Data:** 13/03/2023

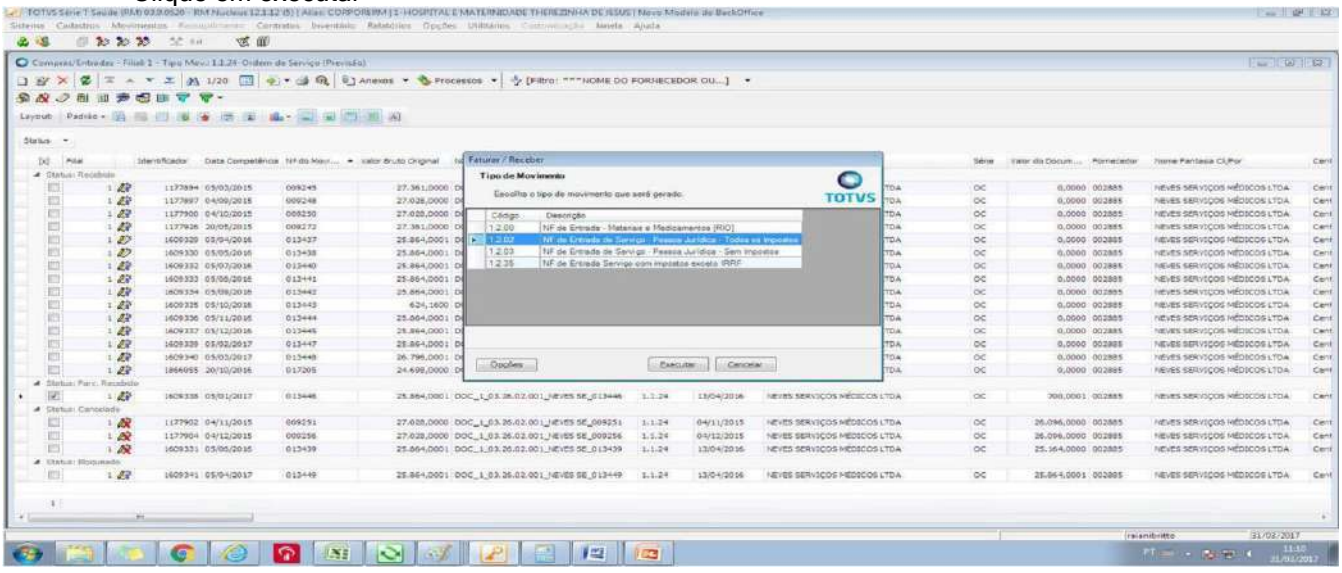
6- Selecionar o fornecedor com status(a receber ou parcialmente recebido)- clicar no ícone“receber”



7- Selecionar movimento de acordo com a tributação da NF:

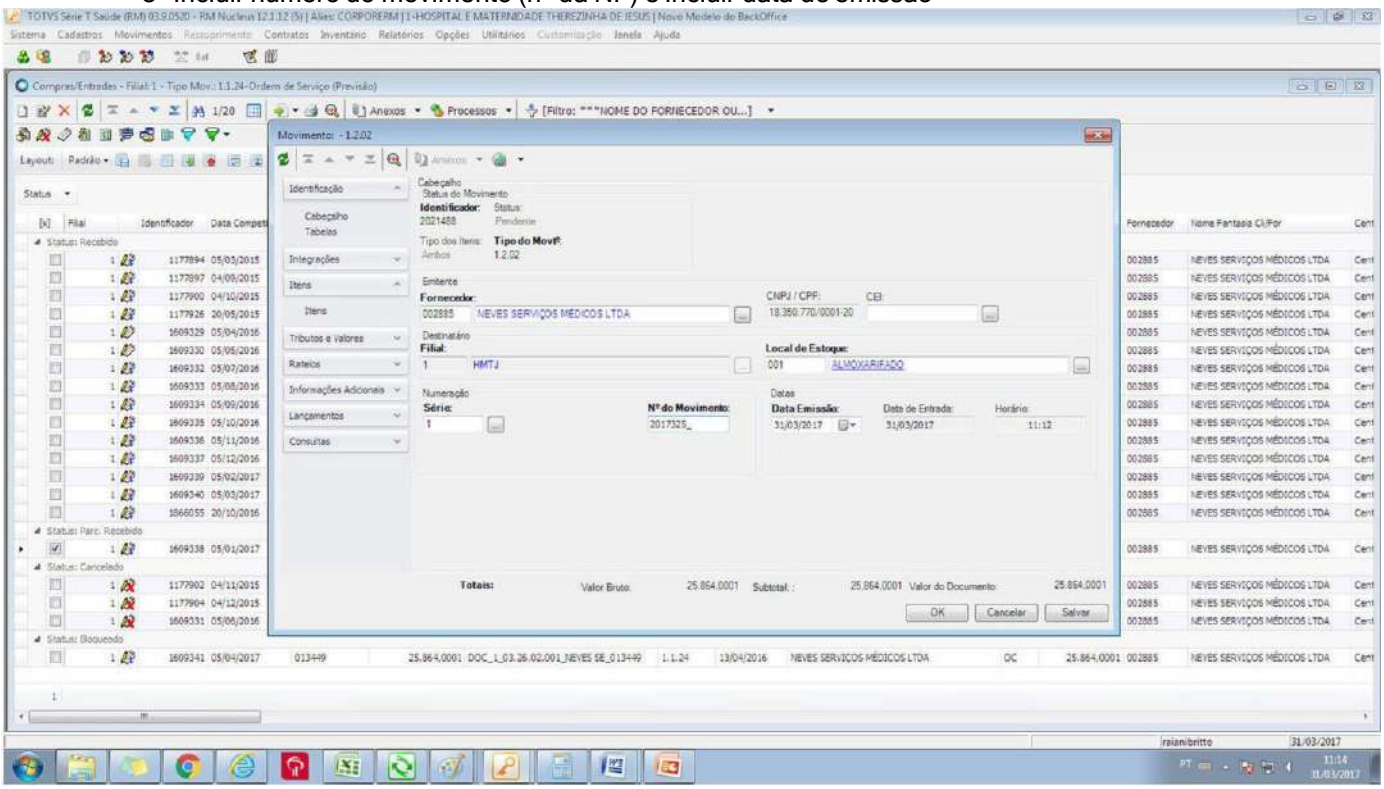
- Com IR- todos os impostos -1.2.02
- Sem IR – exceto IRRF- 1.2.35
- Sem tributação- sem inpostos- 1.2.03
- Boletos – 1.2.20
- Conhecimento de transporte- 1.2.08

“Clique em executar”

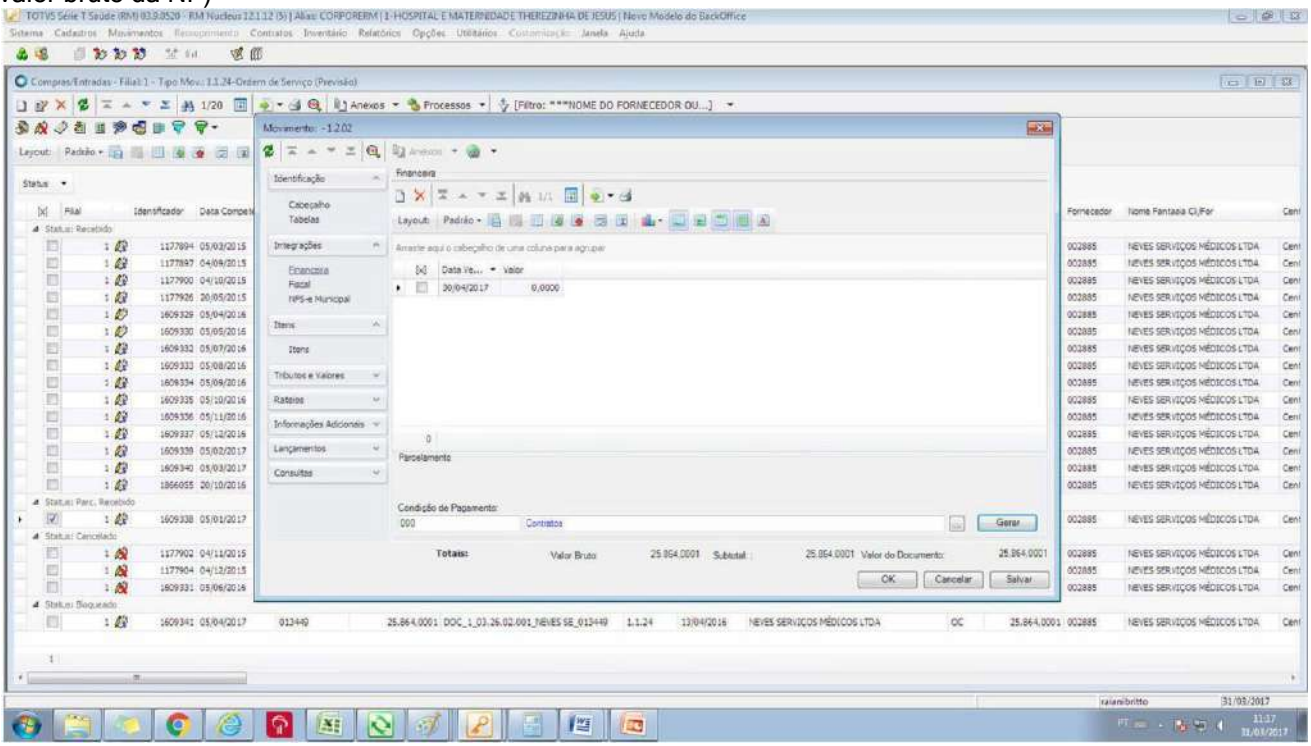


HOSPITA THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Serviço			
Responsável: Coordenador/ Assistente	**Código:** POP FIN 011	**Revisão:** 05	**Data:** 13/03/2023

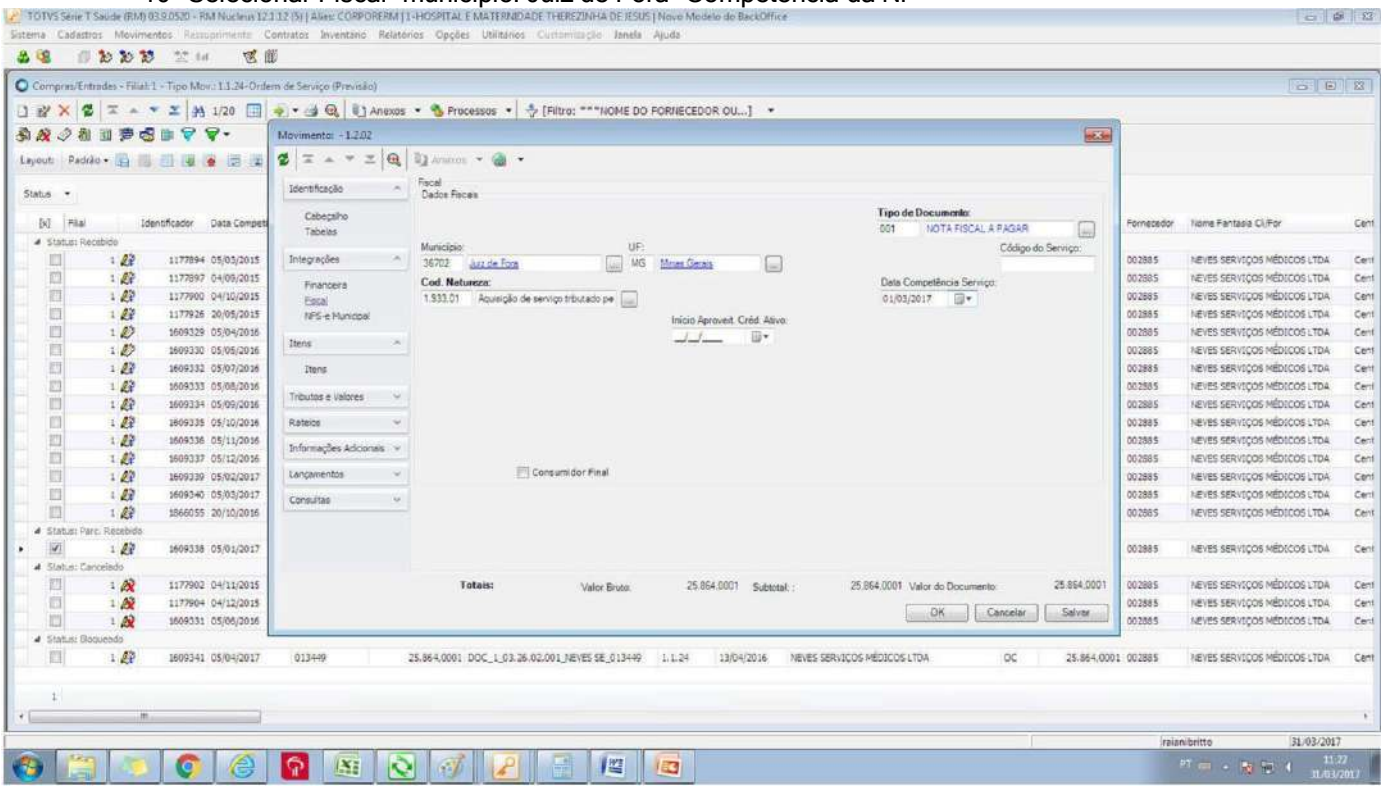
8- Incluir número do movimento (n° da NF) e incluir data de emissão



9- Selecione Integração- financeira- opção gerar- vencimento(de acordo com a NF ou boleto em anexo)- valor(valor bruto da NF)

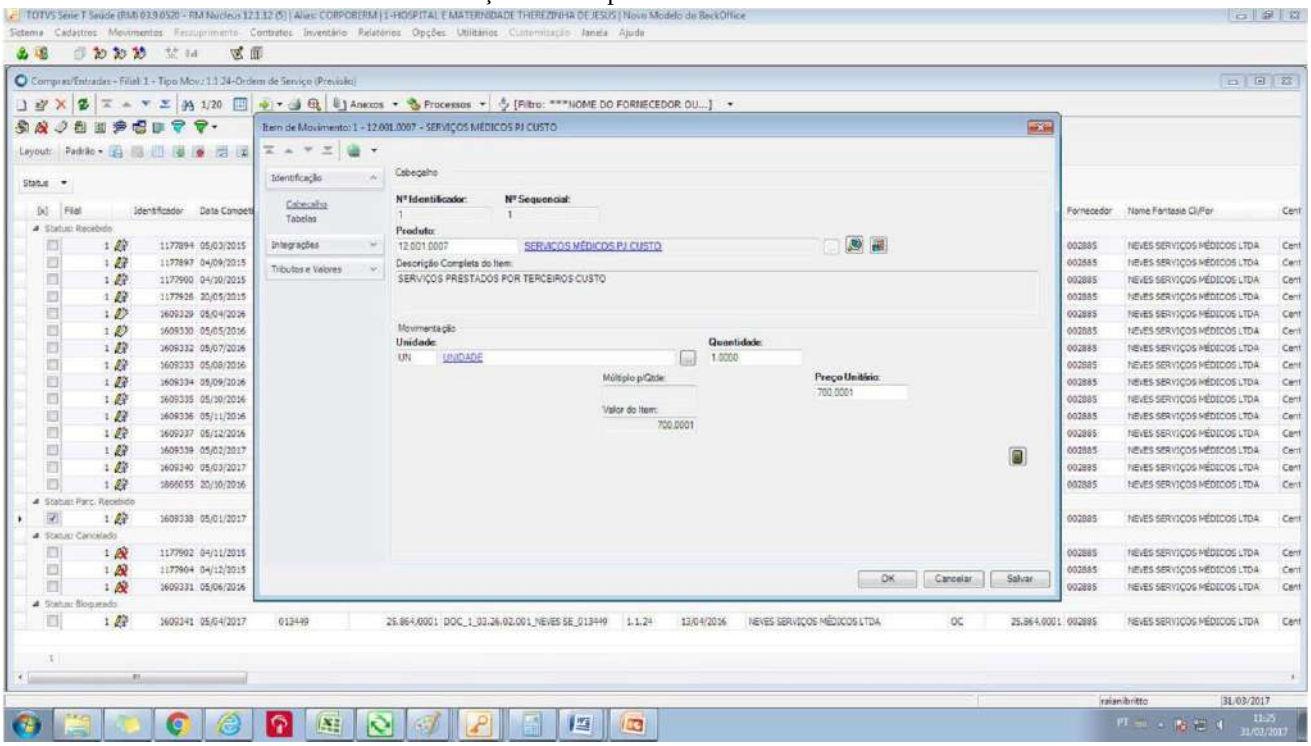


10- Selecionar Fiscal- município: Juiz de Fora- Competência da NF

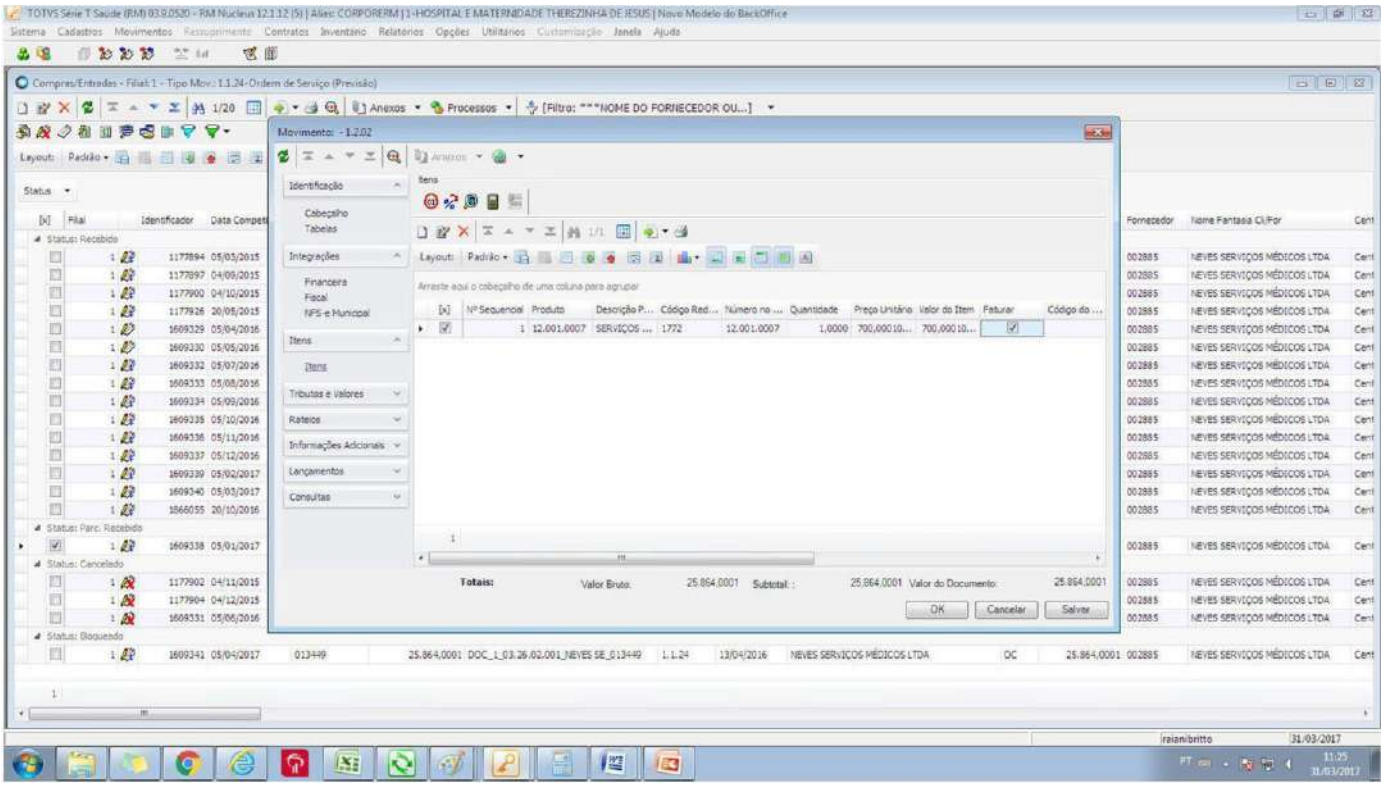


11- Selecionar itens – itens- Quantidade (1) preço unitário – clicar em incluir.

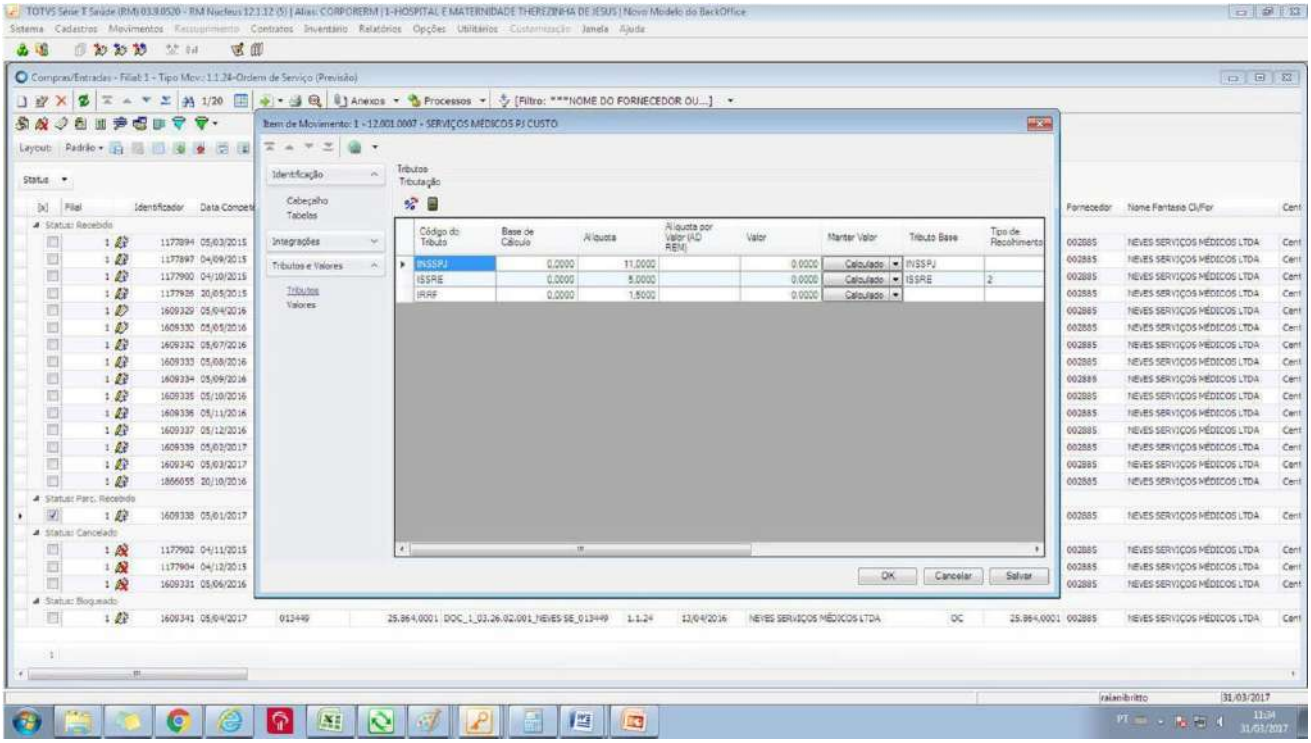
Selecionar "faturar" de acordo com a "Subvenção" criada pelo Setor de Contratos .



HOSPITA THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Serviço			
Responsável: Coordenador/ Assistente	**Código:** POP FIN 011	**Revisão:** 05	**Data:** 13/03/2023

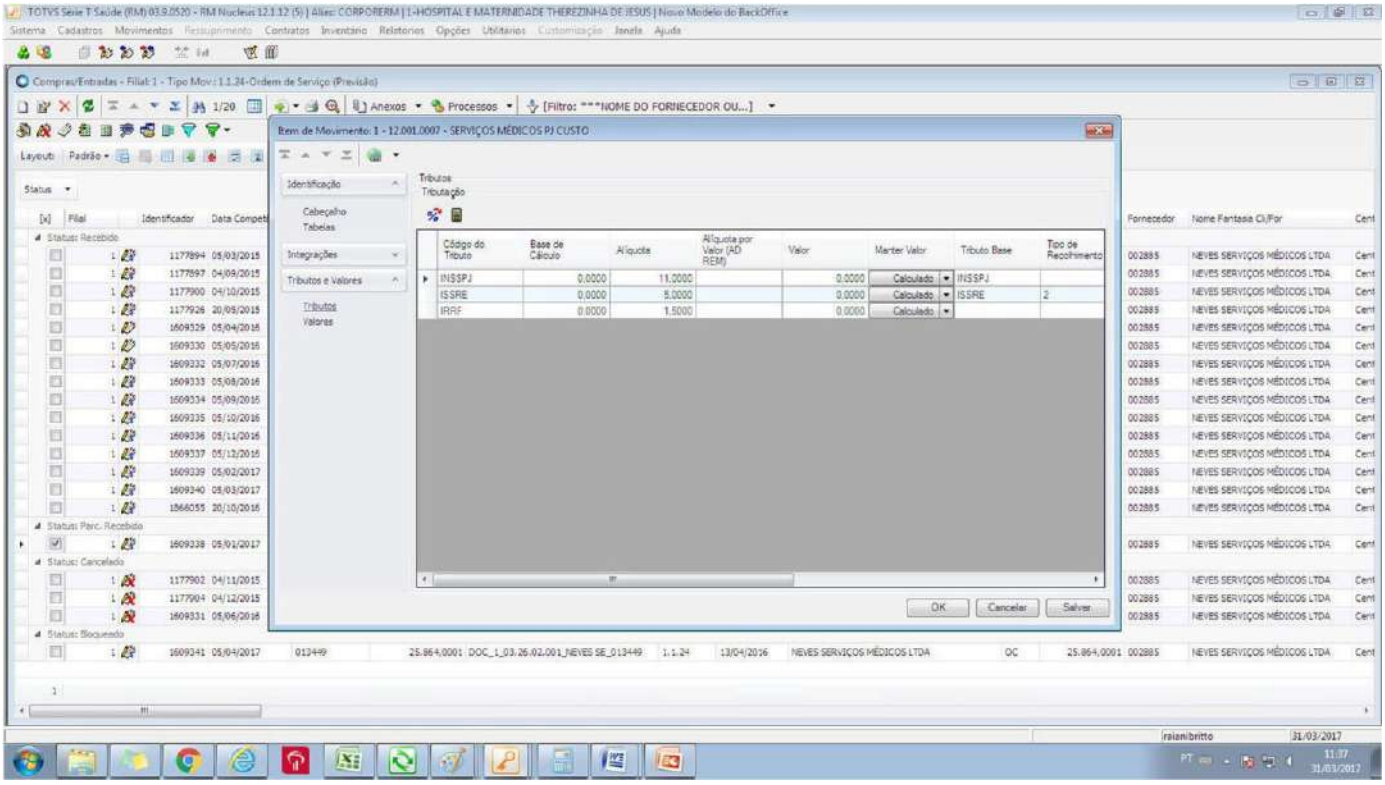


12- Selecione itens- dê dois clicks no item- selecione tributos e valores- tributos

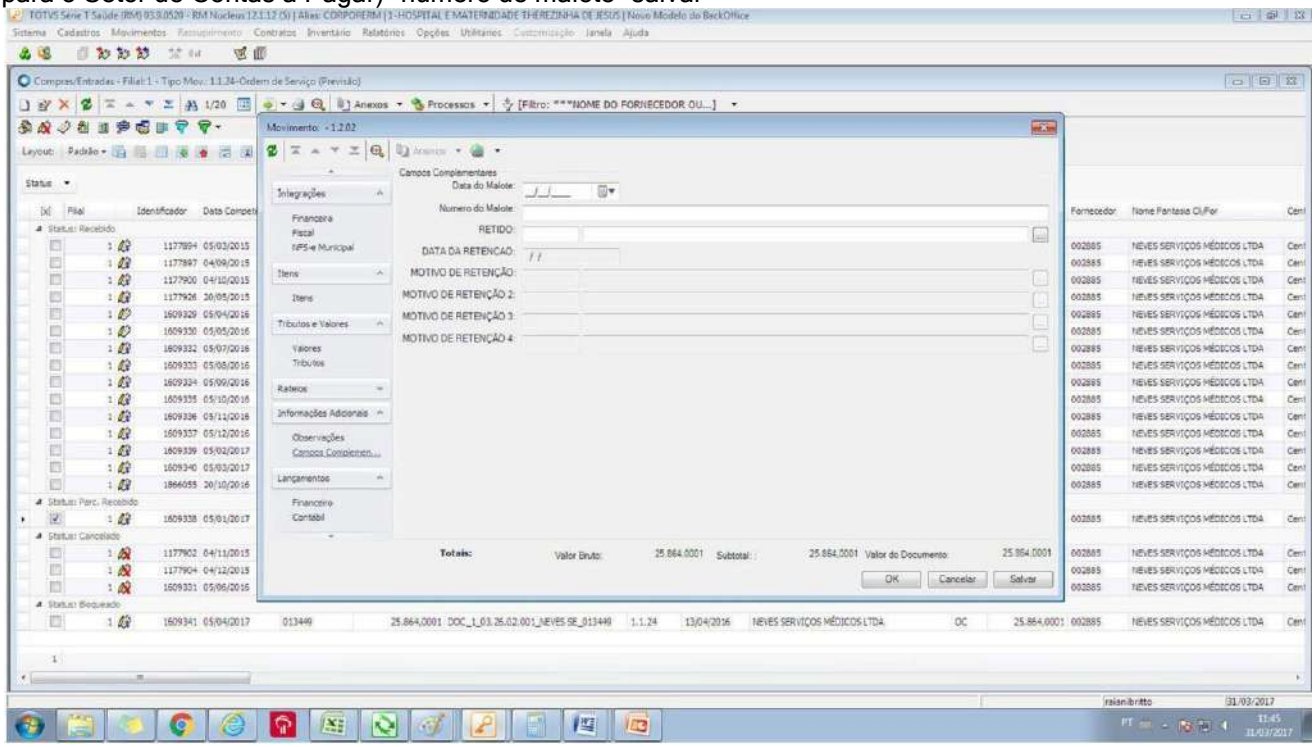


HOSPITA THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Lançar Notas Fiscais de Serviço			
Responsável: Coordenador/ Assistente	**Código:** POP FIN 011	**Revisão:** 05	**Data:** 13/03/2023

13- Zere INSS PJ- de dois clicks para editar- ISS - base de valor total calculado- Alíquota: %- valor- clicar em ok- selecione “faturar”

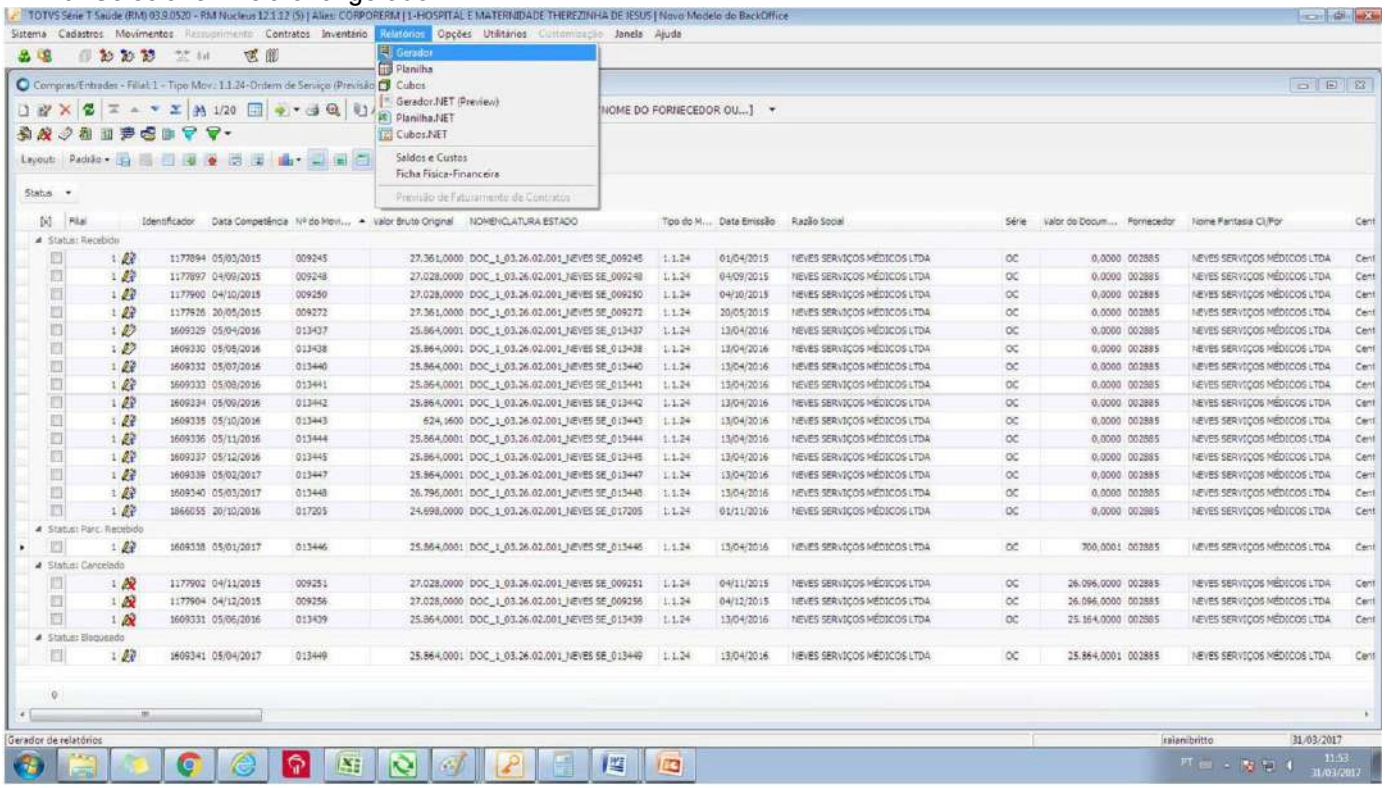


14- Selecione Informações Adicionais- campo complementares- data do malote(data de acordo com o envio para o Setor de Contas a Pagar)- número de malote- salvar

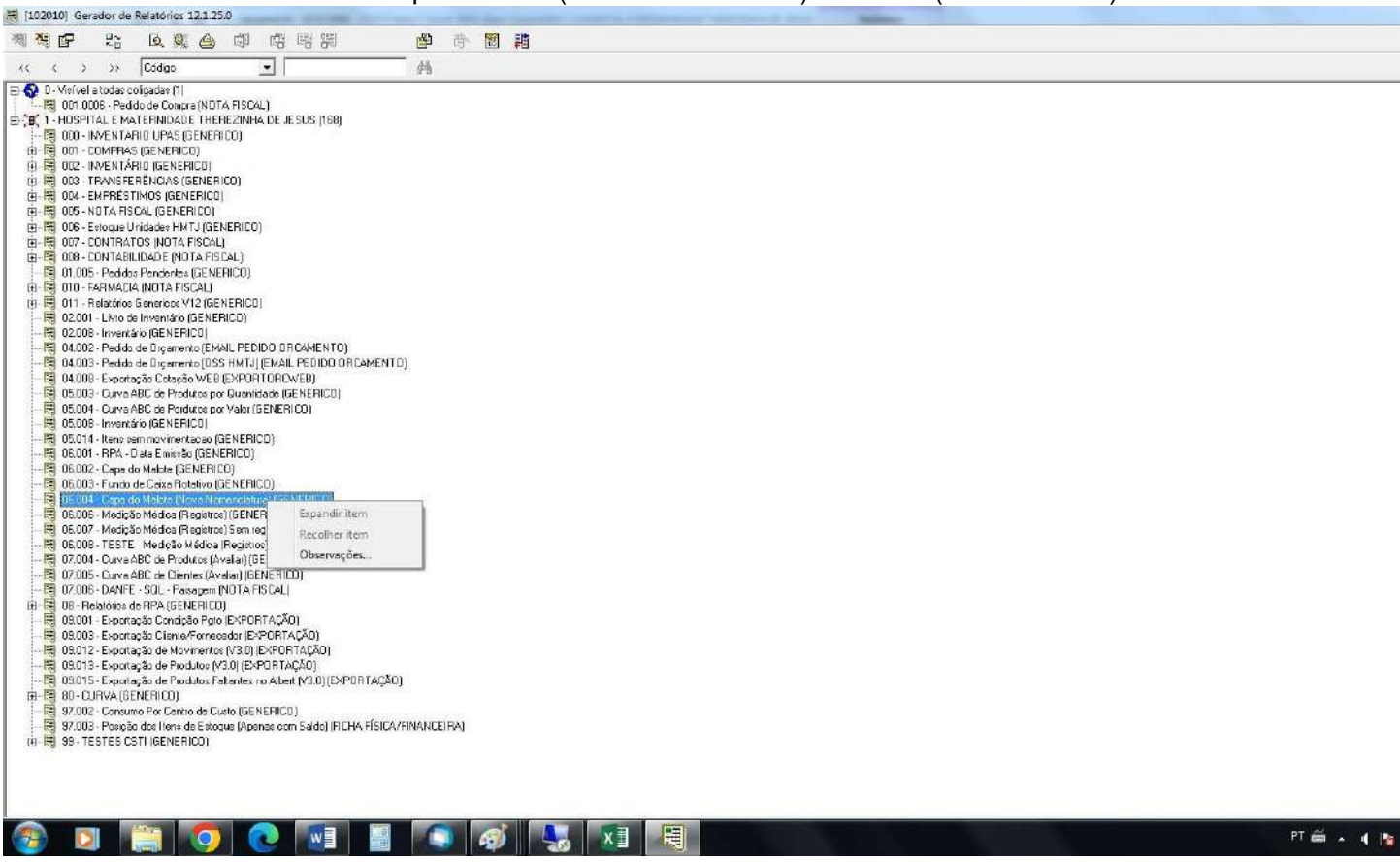


15- Selecionar Lançamento-financeiro - de dois clicks no lançamento- tributos e valores-- tributo- valor das retenções- buscar default- clicar em ok.

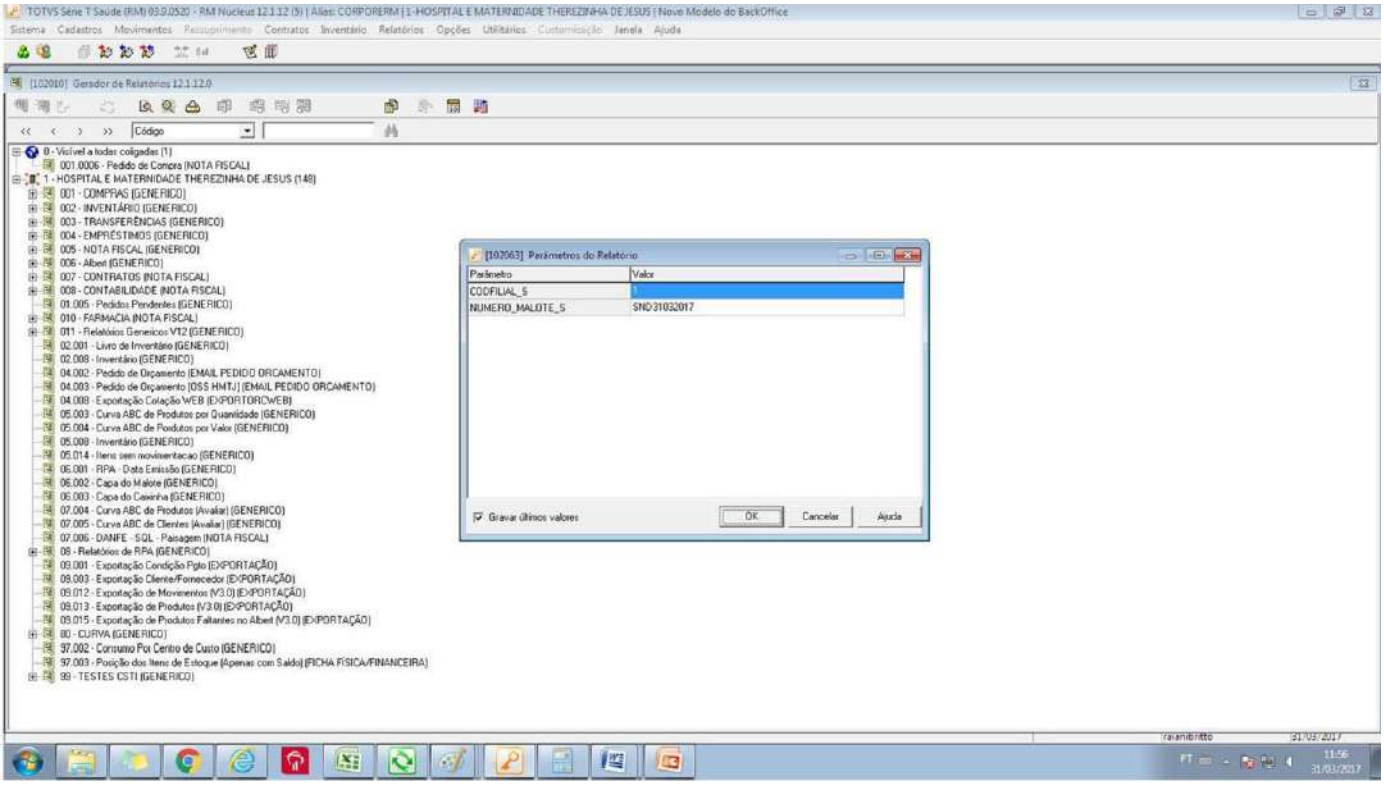
16- Selecione " Relatório- gerador



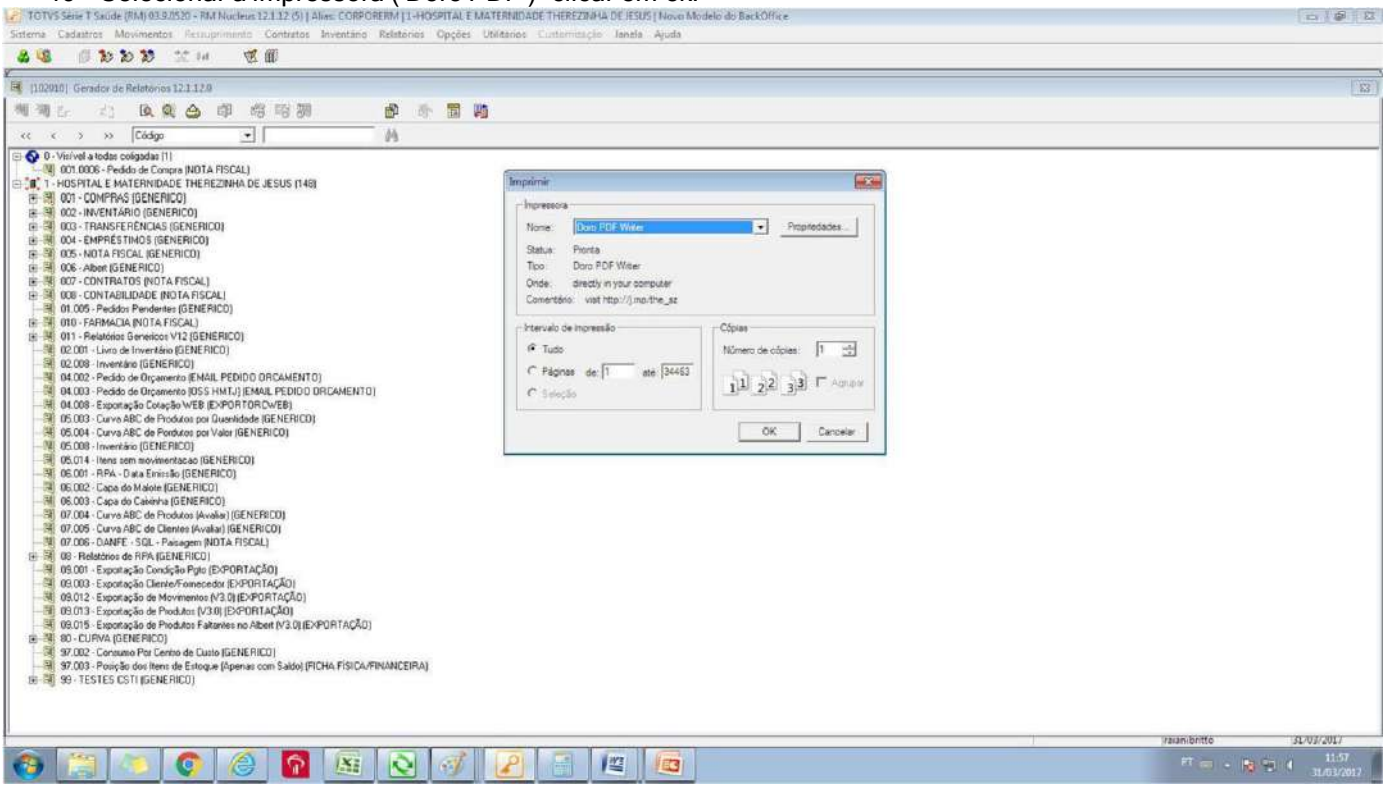
17- Selecionar o item 06.004- capa de malote(Nova Nomenclatura)- Generico (clicar uma vez)- clicar em ok.



18- selecionar filial- numero do malote- clicar em ok



19- Selecionar a impressora (Doro PDF)- clicar em ok.



IV. Siglas e Definições

HMTJ- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
NF- Nota Fiscal
IR- Imposto de Renda
IRRF- Imposto de Renda Retido na Fonte
INSS- Instituto Nacional do Seguro Social
PJ- Pessoa jurídica
ISS- Imposto sobre Serviços

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Matriz de Risco

I. Objetivos

Anexar Nota fiscal lançadas no Sistema Nucleus e Comprovante de pagamento

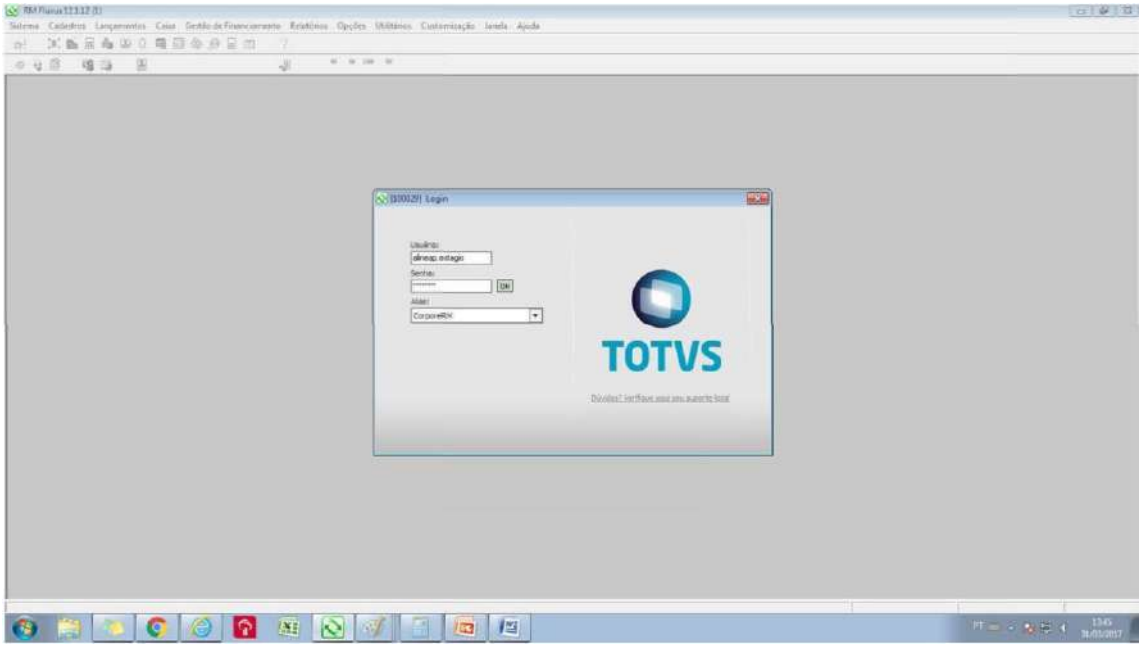
- Melhorar o controle Administrativo
- Reduzir a quantidade de papeis
- Arquivo mais pratico e seguro

II. Materiais

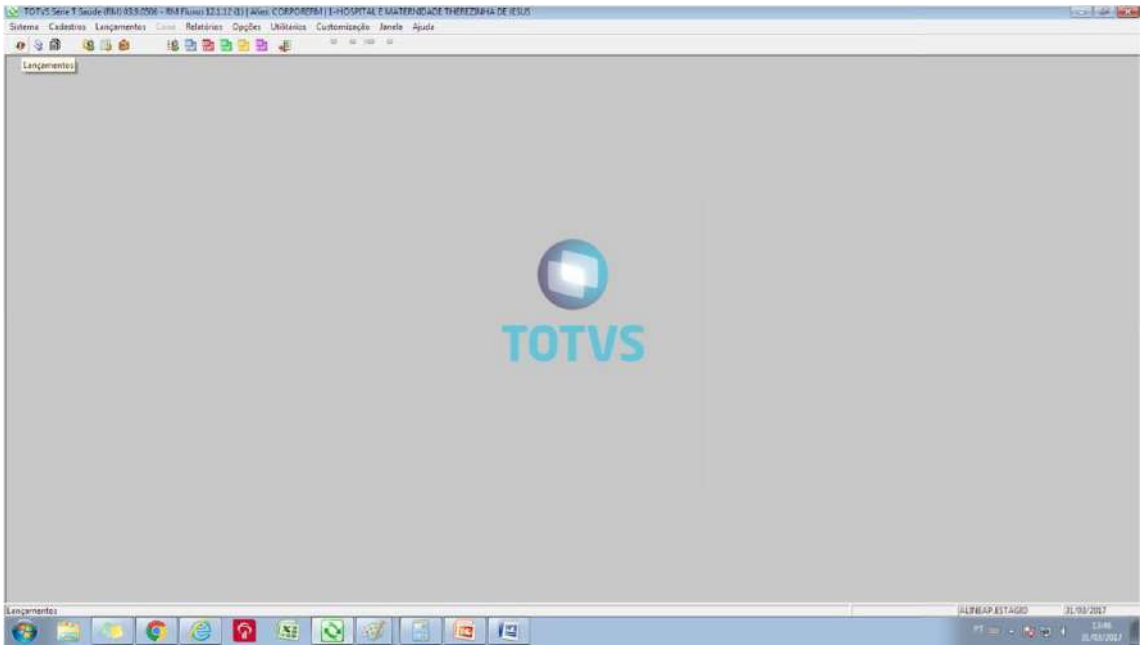
Material de escritório e computador

III. Descrição dos passos da atividade

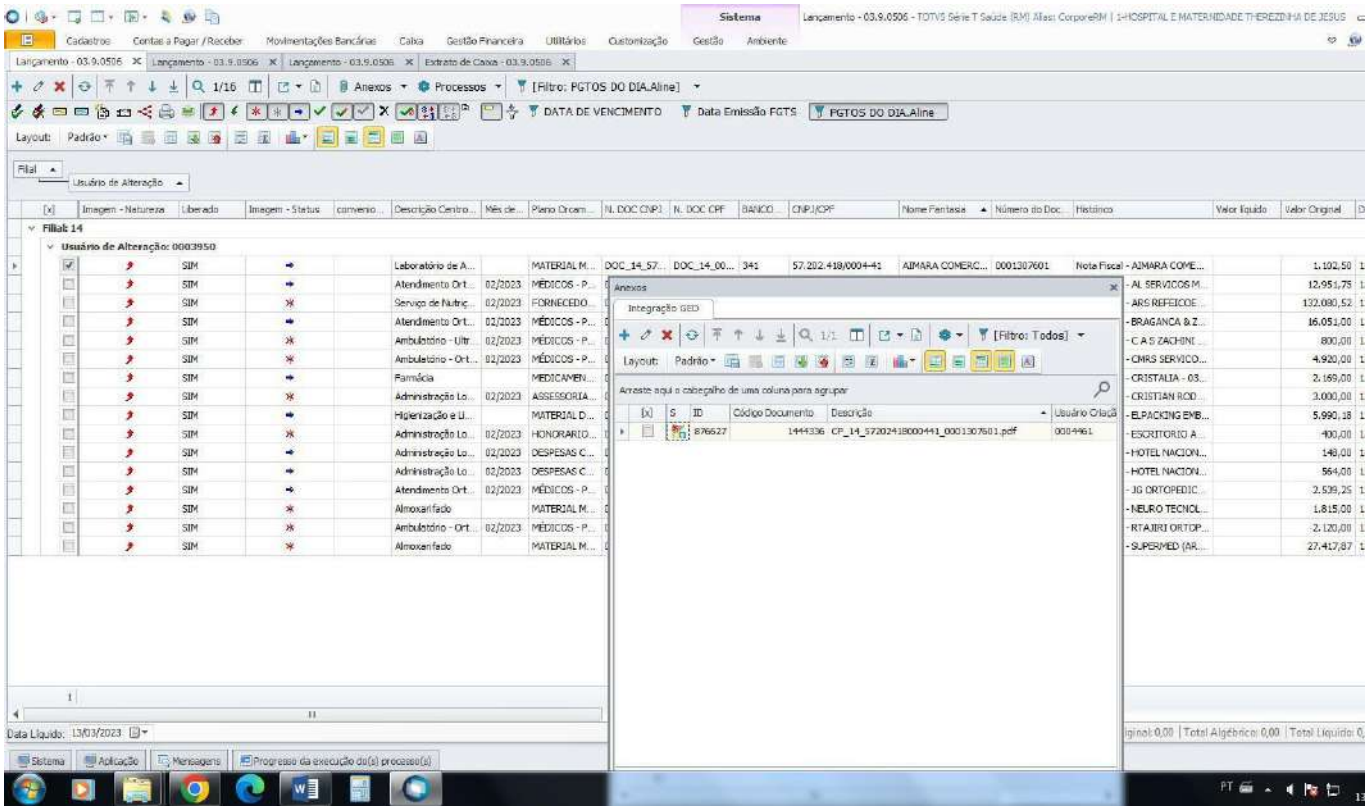
1- Entrar no sistema RM Fluxus, com login e senha própria



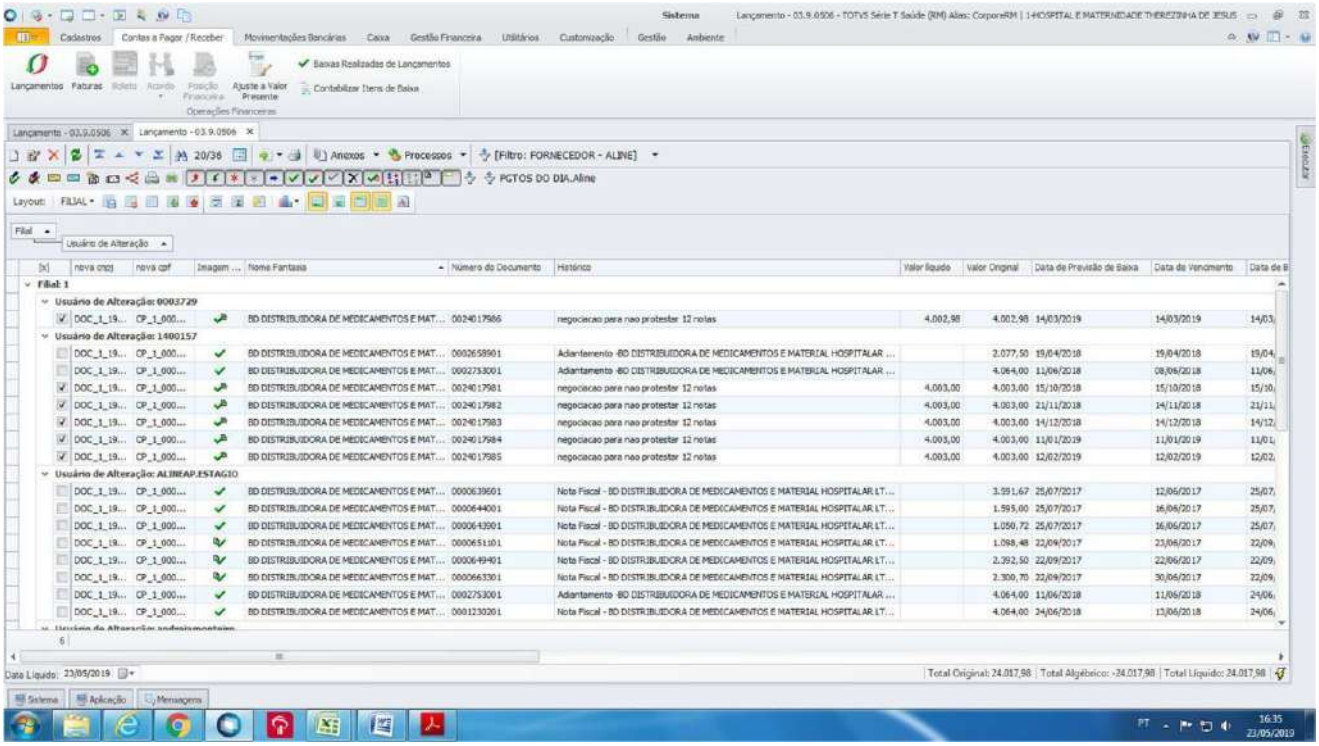
2- Clicar no item “Lançamentos”

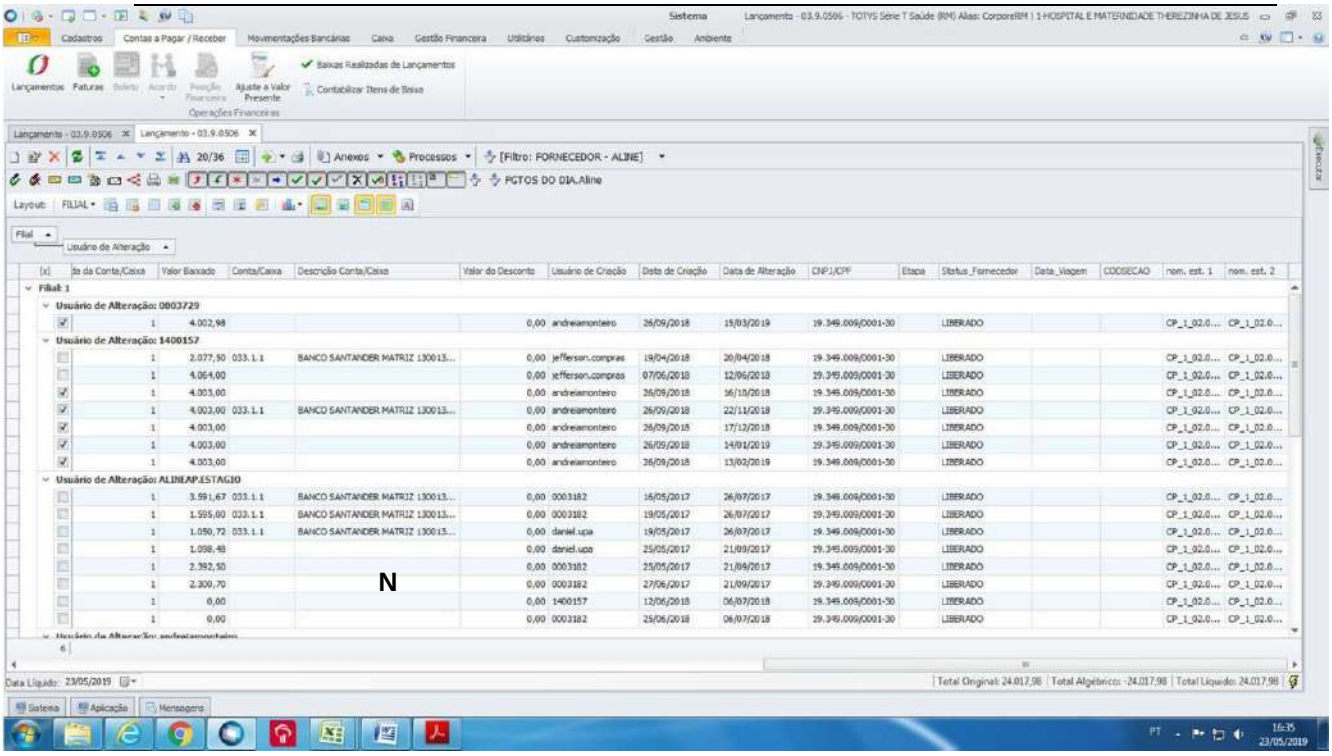


3- Selecionar o filtro " PGTO do dia "- analisar os pagamentos efetuados (sempre com os usários da coordenação financeira e colaboadores do Setor Financeiro e filial- clicar em ok.

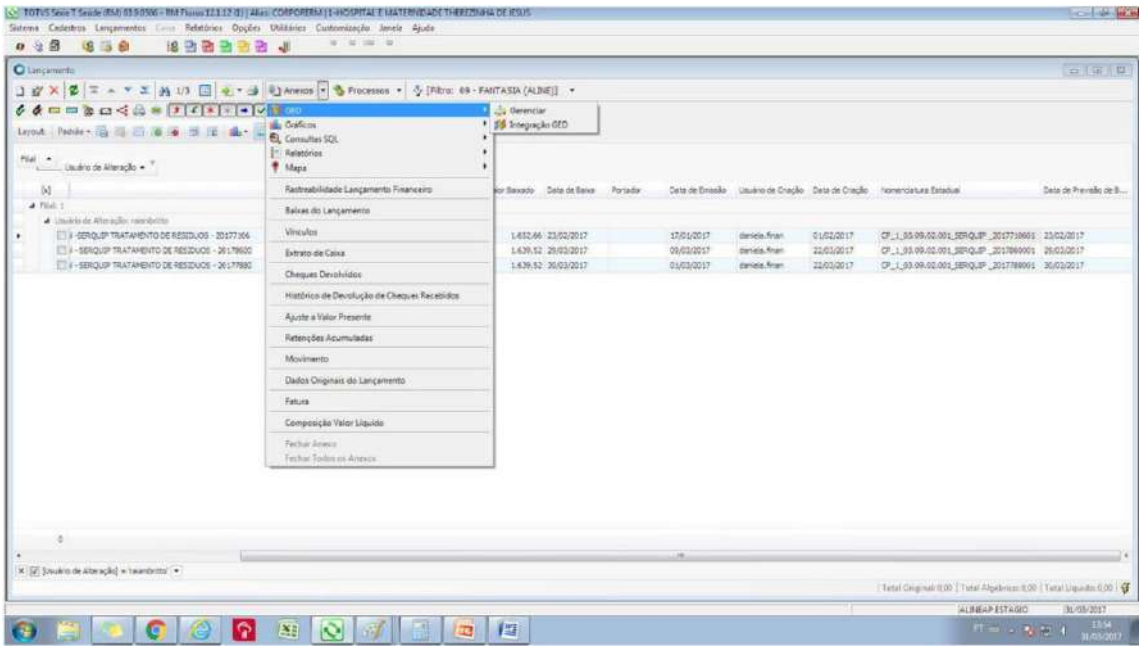


4- Selecione a Nota fiscal(identificar através do número do documento) – copiar a Nomenclatura Estadual para lançamentos com data de emissão até dia 28/02/2019 e para lançamentos com emissão de 01/03/2019 em diante, deve-se utilizar a Nomenclatura Nova DOC/ CP CNPJ (para pessoa juridica) e Nova DOC/CP CPF (para pessoa fisica).

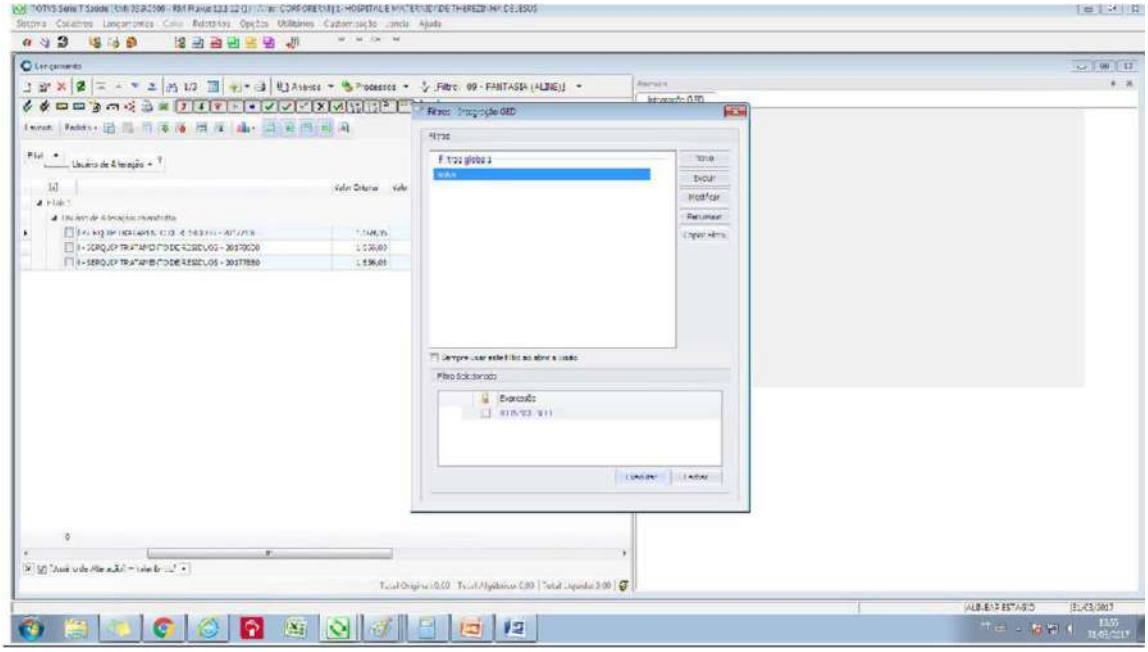




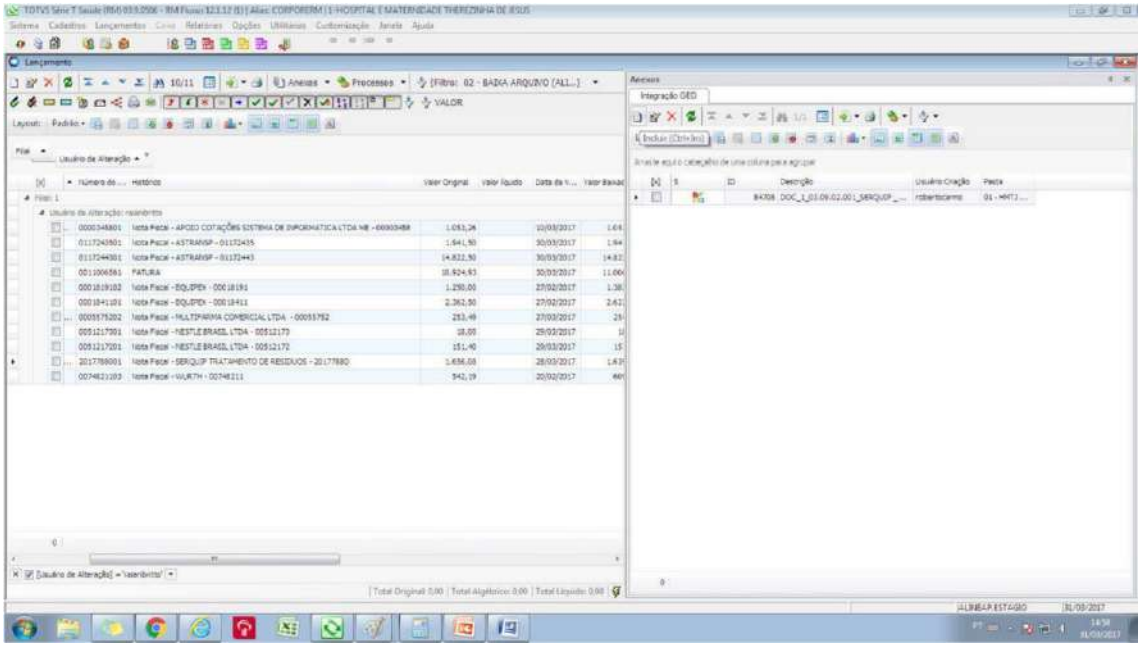
5- Clicar em anexo- GED- Integração GED



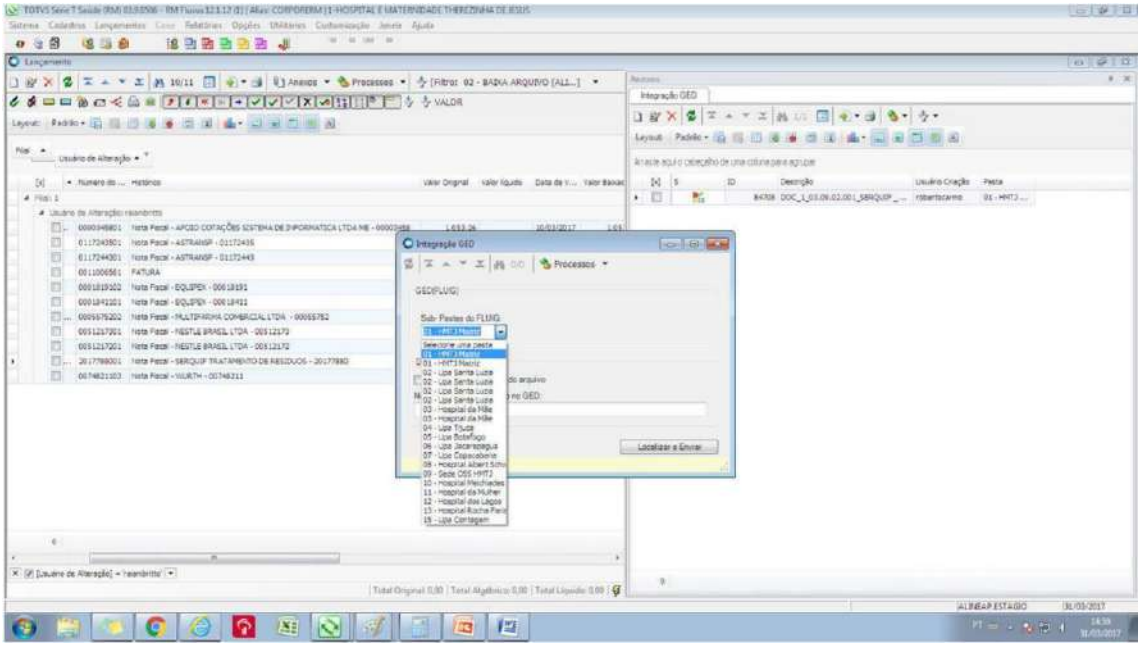
6- Selecionar o “Todos”- clicar em executar



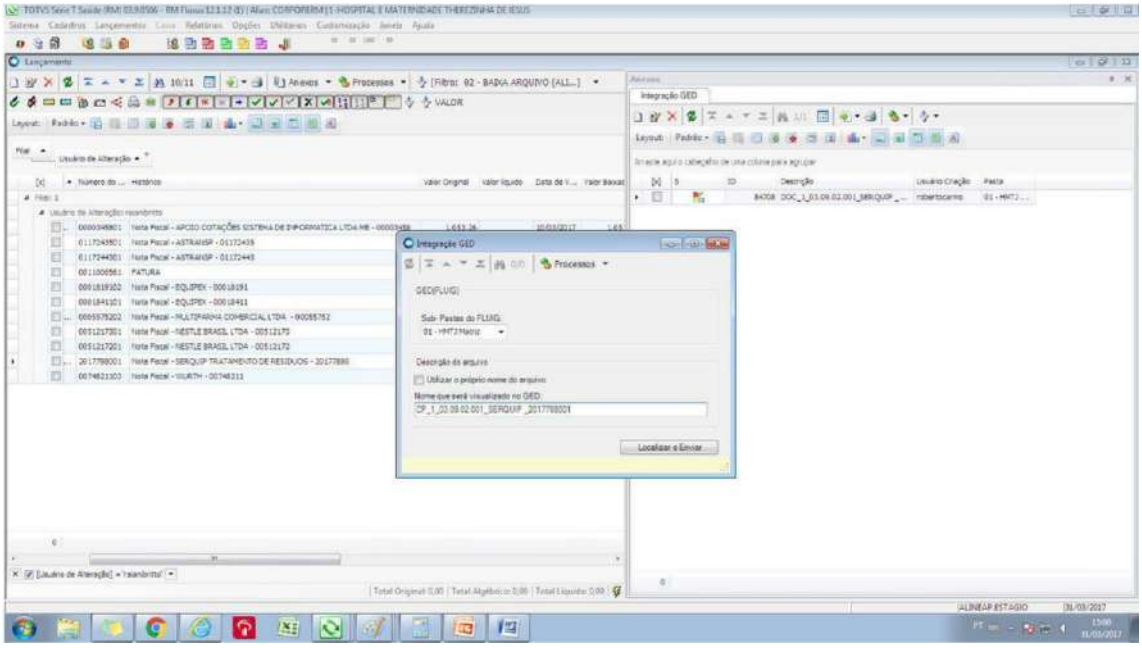
7- Clicar em incluir



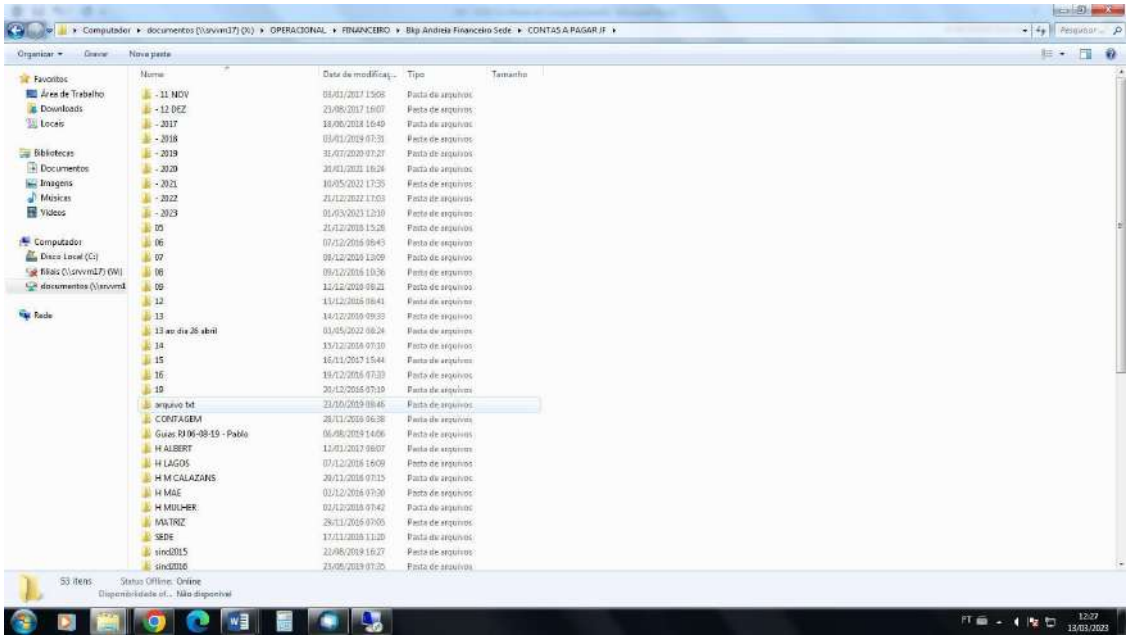
8- Selecionar a filial



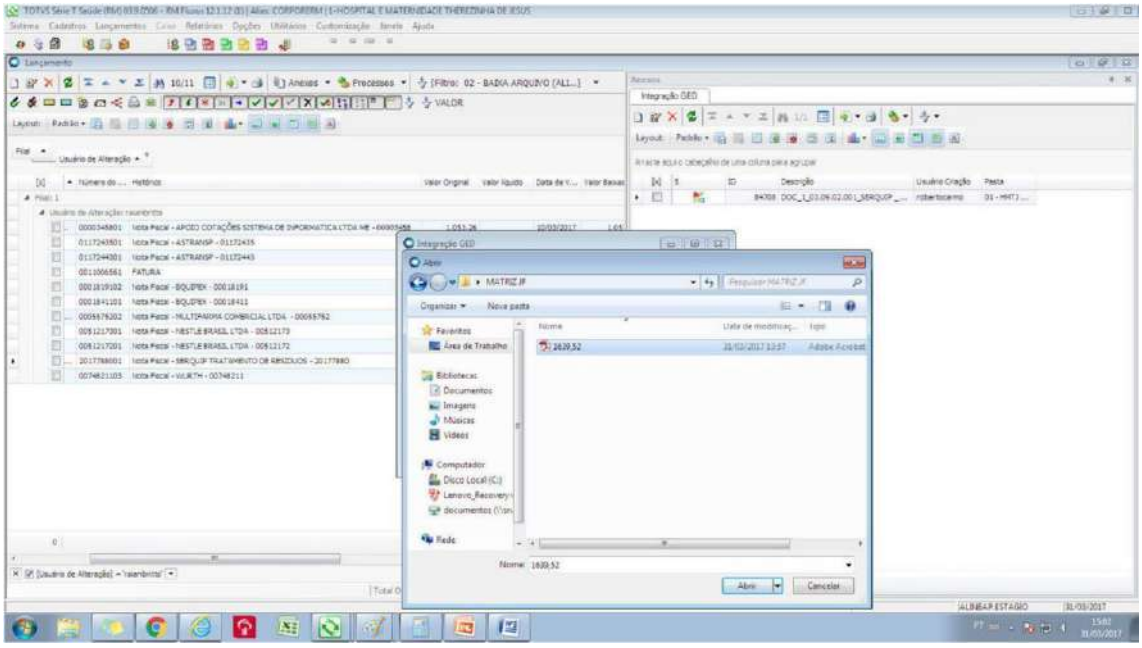
9- Copiar a Nomenclatura (analisando período, conforme descrito no item 4)- clicar em localizar e enviar



10- Selecionar a pasta onde o arquivo está salvo(X:\OPERACIONAL\FINANCEIRO\Bkp Andreia Financeiro Sede\CONTAS A PAGAR JF)



11- Selecionar o arquivo- clicar em abrir



IV. Siglas e Definições

PGTO- Pagamento

DOC- Documento

CP-Comprovante de pagamento

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Matriz de Risco

I. Objetivos

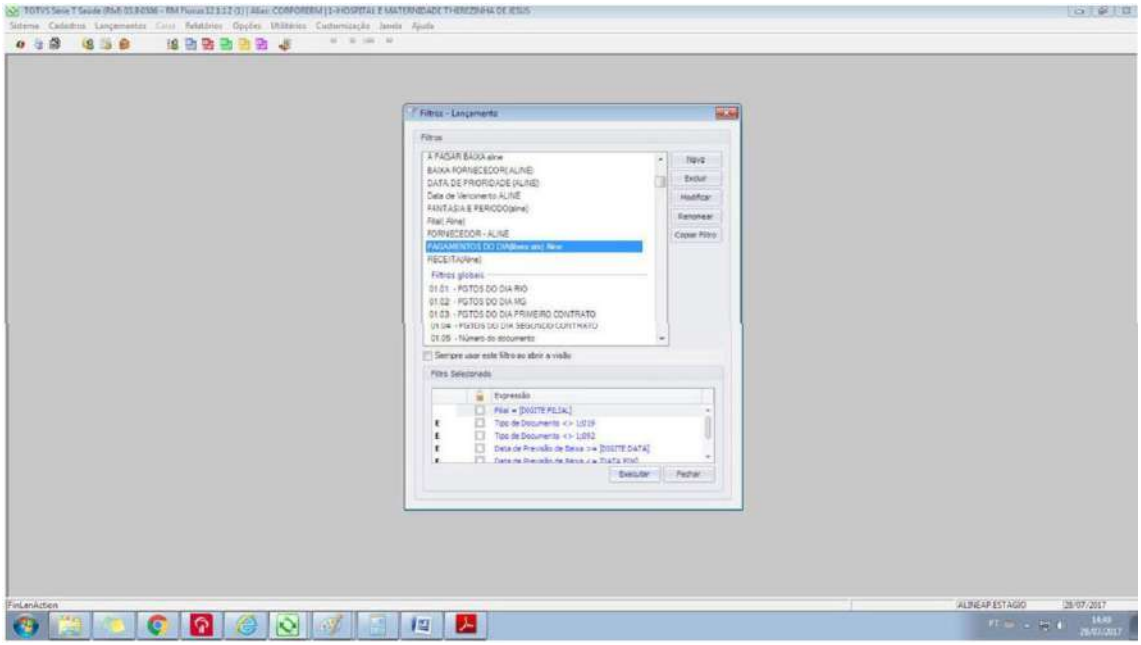
Realizar pagamento de Fornecedores

II. Materiais

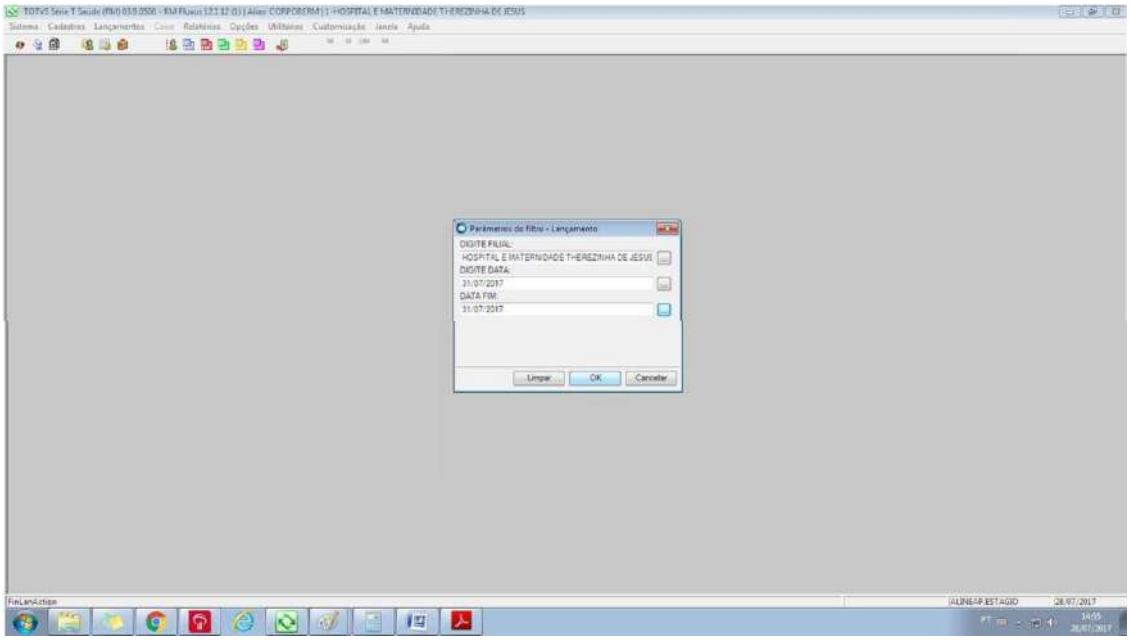
Material de escritório e computador

III. Descrição dos passos da atividade

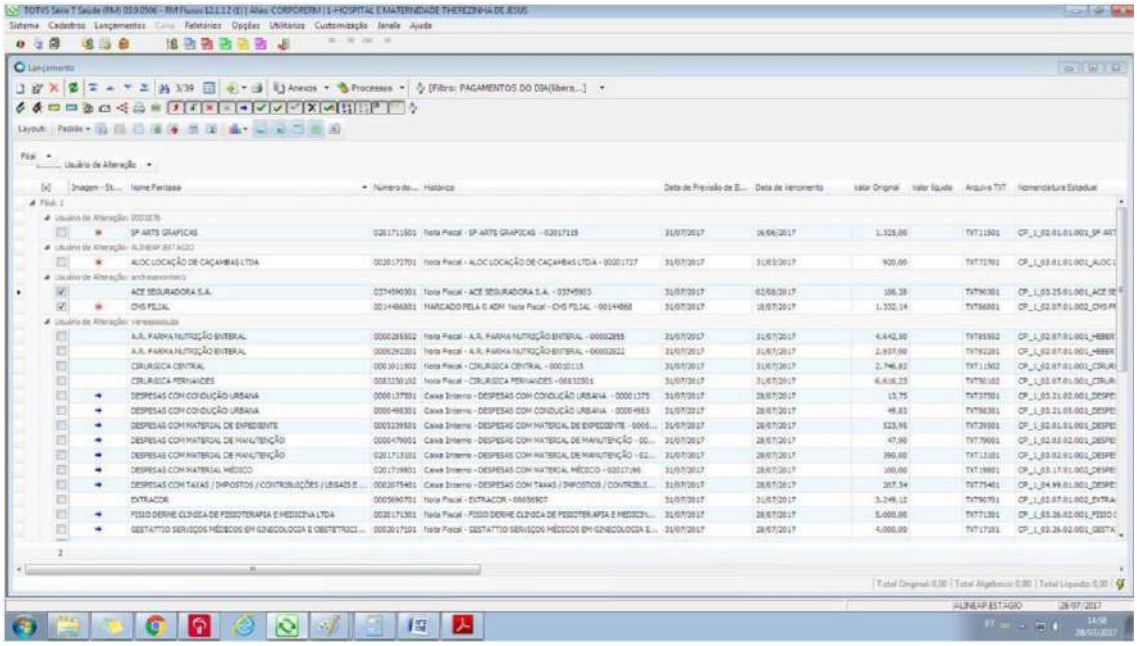
- Entrar no filtro “Pagamento do dia libera sim” e clicar em executar.



- Selecionar filial e data do pagamento e clicar em ok.



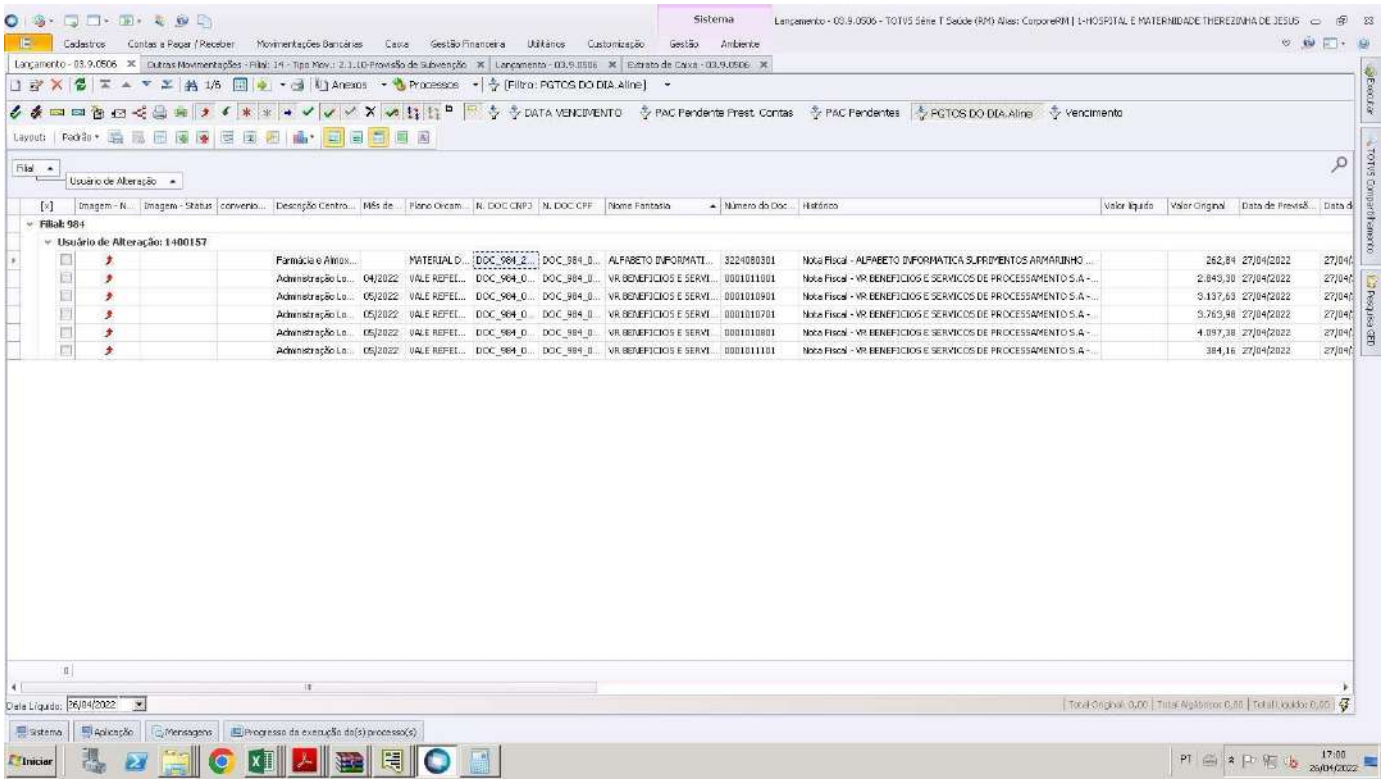
- Selecionar os pagamentos marcados pela Coordenação/ Gerência Financeira

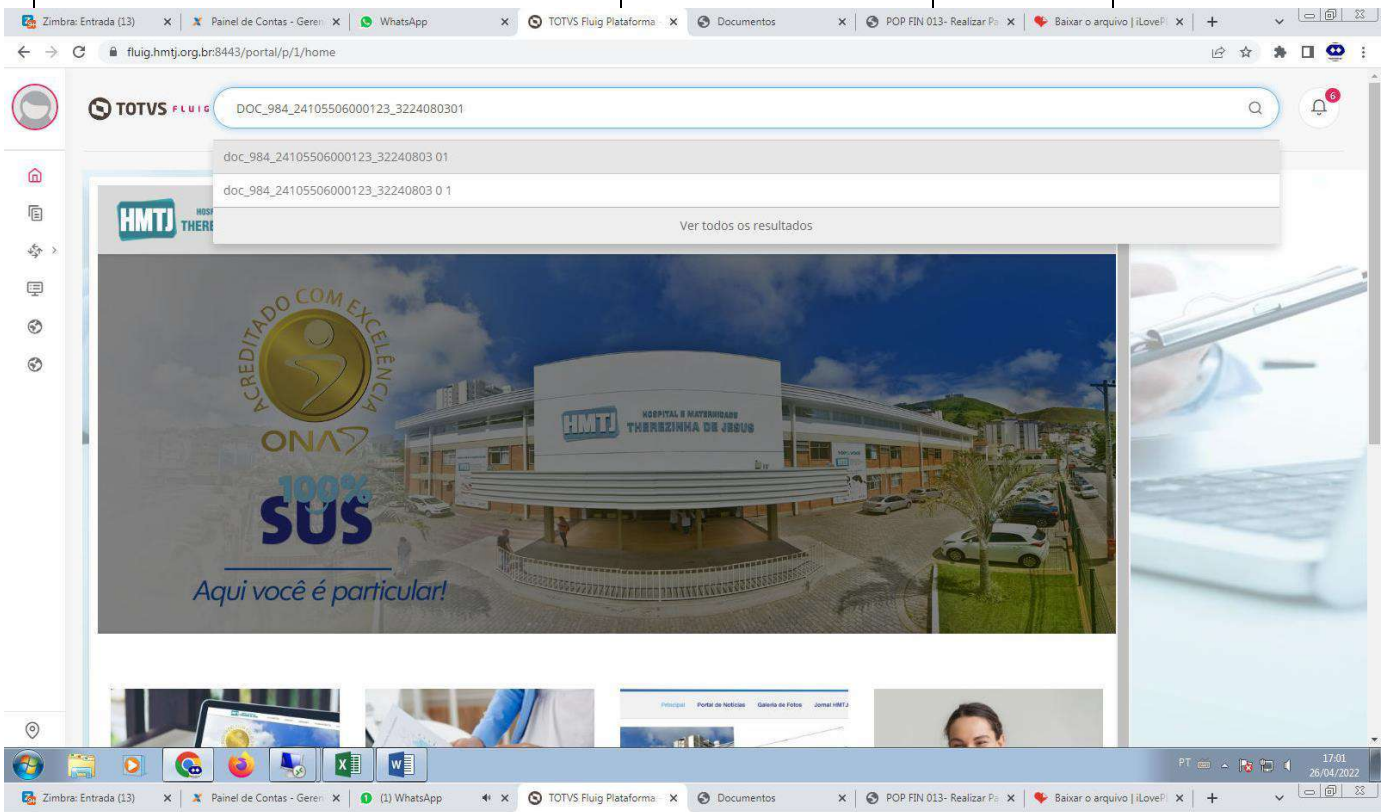


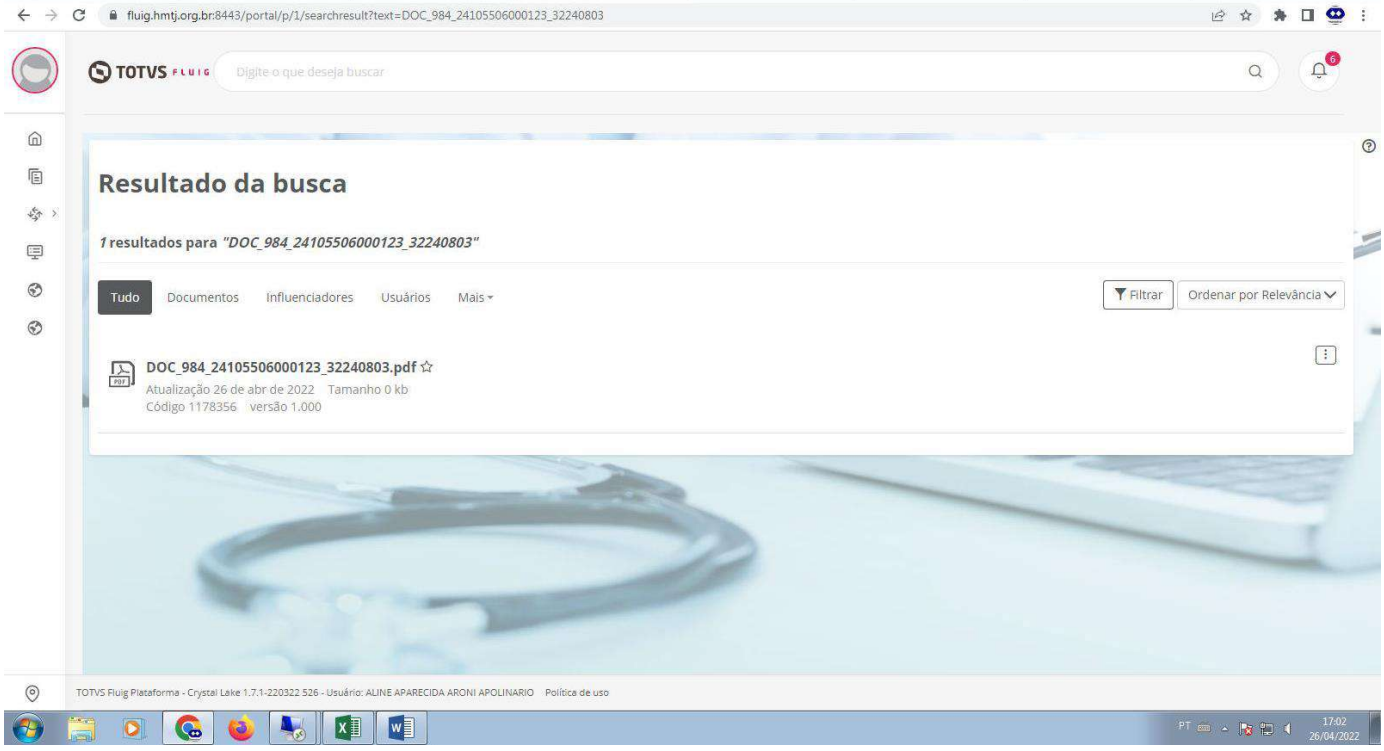
- Entrar no sistema Fluig para pegar as informações do pagamento (boleto, dados bancários ou pix) de cada lançamento.Para lançamento referentes a médicos pessoa juridica, serviços de terceiros e gerado o relatório (passo a passo no final).

Para pegar o DOC no fluig:

- Copie a nomencltura do lançamento e depois a copie no sistema Fluig , retirando o final 01



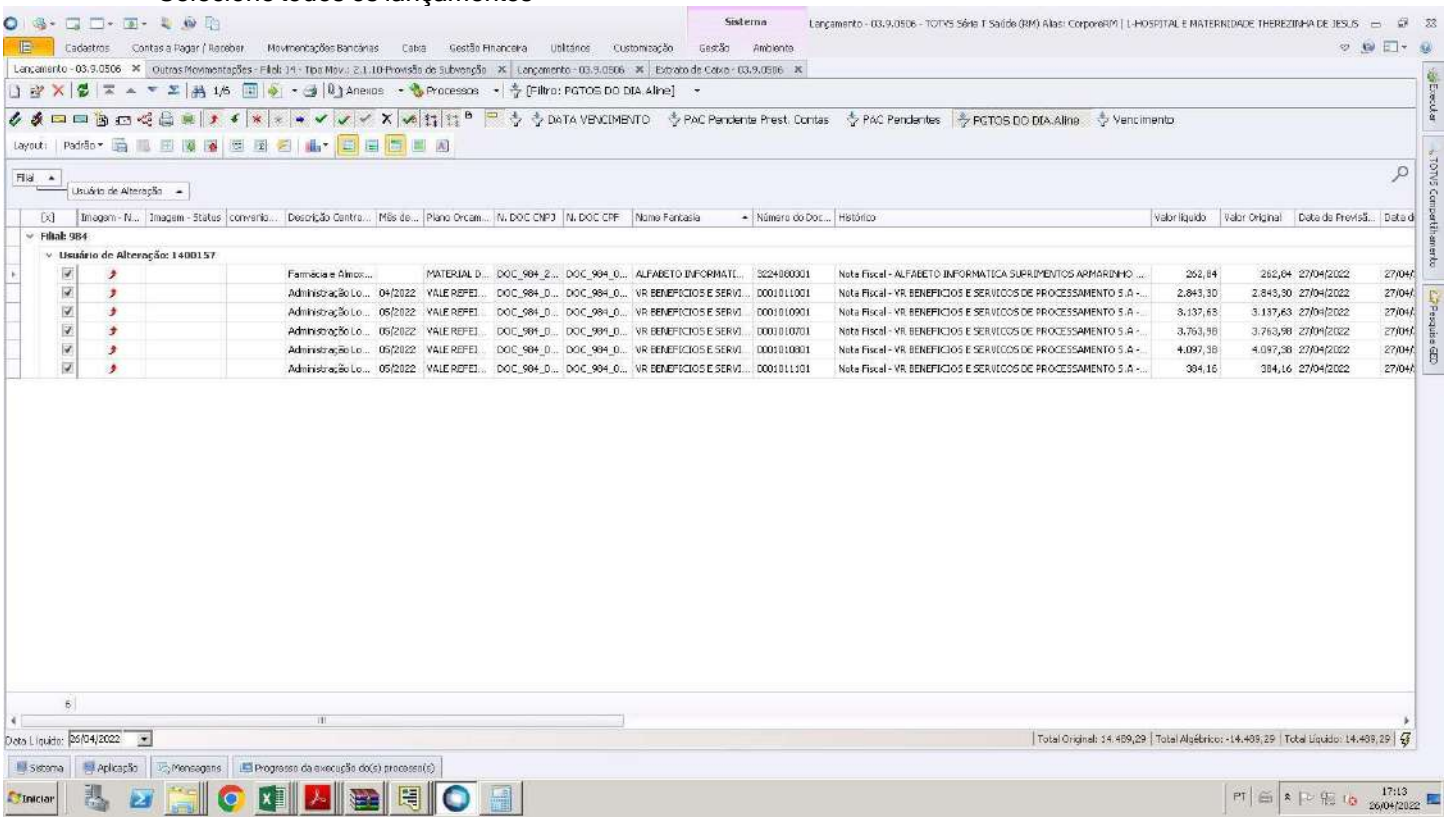

fluig.hmtj.org.br:8443/portal/p/1/home
TOTVS FLUIG
DOC_984_24105506000123_3224080301
doc_984_24105506000123_32240803 01
doc_984_24105506000123_32240803 0 1
Ver todos os resultados
ACREDITADO COM EXCELÊNCIA
ONA
100% SUS
Aqui você é particular!
HMTJ
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS


fluig.hmtj.org.br:8443/portal/p/1/searchresult?text=DOC_984_24105506000123_32240803
TOTVS FLUIG
Digite o que deseja buscar
Resultado da busca
1 resultados para "DOC_984_24105506000123_32240803"
Tudo
Documentos
Influenciadores
Usuários
Mais
Filtrar
Ordenar por Relevância
DOC_984_24105506000123_32240803.pdf
Atualização 26 de abr de 2022 Tamanho 0 kb
Código 1178356 versão 1.000
TOTVS Fluig Plataforma - Crystal Lake 1.7.1-220322 526 - Usuário: ALINE APARECIDA ARONI APOLINARIO Política de uso

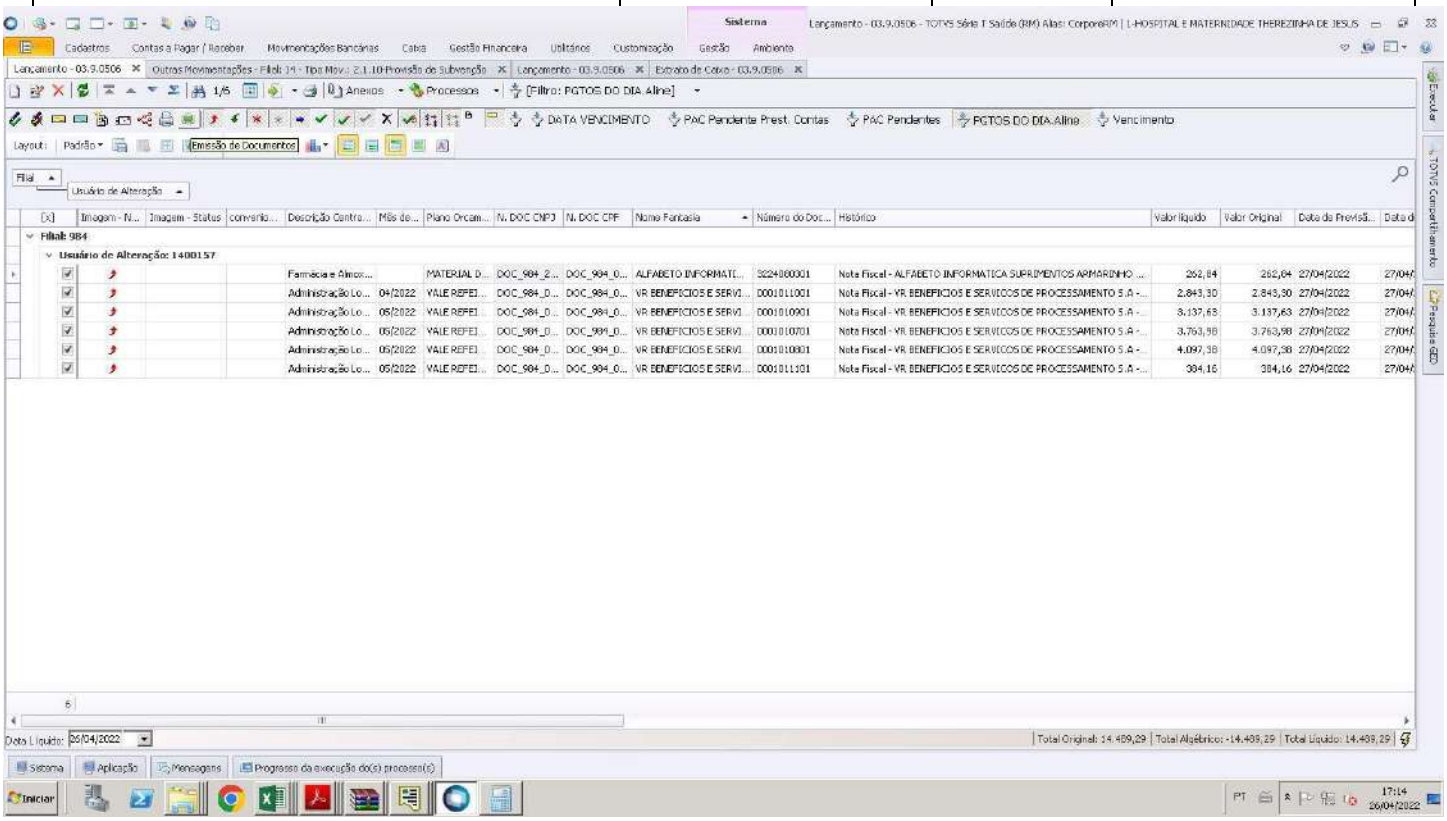
- Clique em Dowland e baixe o documento e imprima para realizar o pagamento(se ao baixar os documentos para pagamento for verificado, alguma divergência , como por exemplo: boleto com valor divergente do lançamento, sem dados bancários , dentre outros, deve-se notificar o Setor de Auditoria.

- Após imprimir todos os DOC dos lançamentos a pagar, favor gerar o relatório de movimento financeiro:

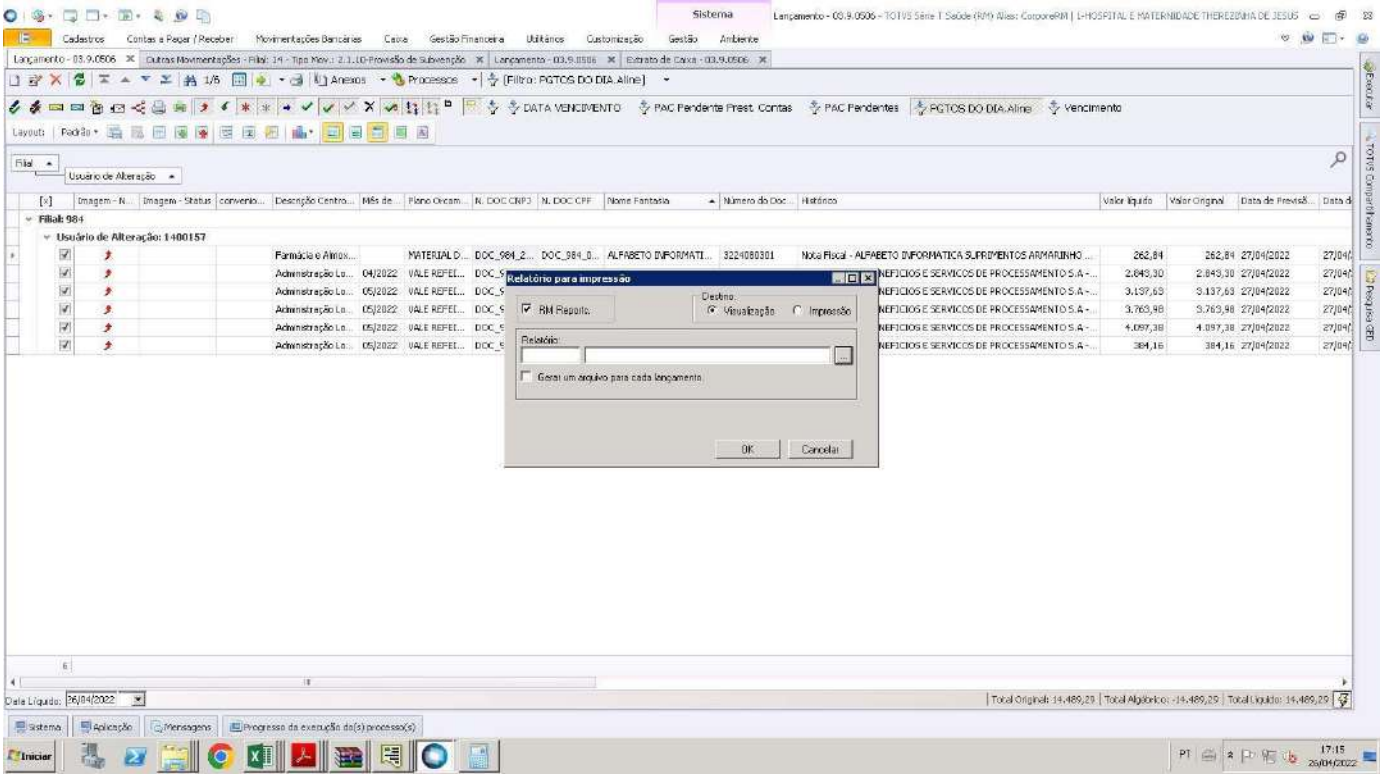
- Selecione todos os lançamentos

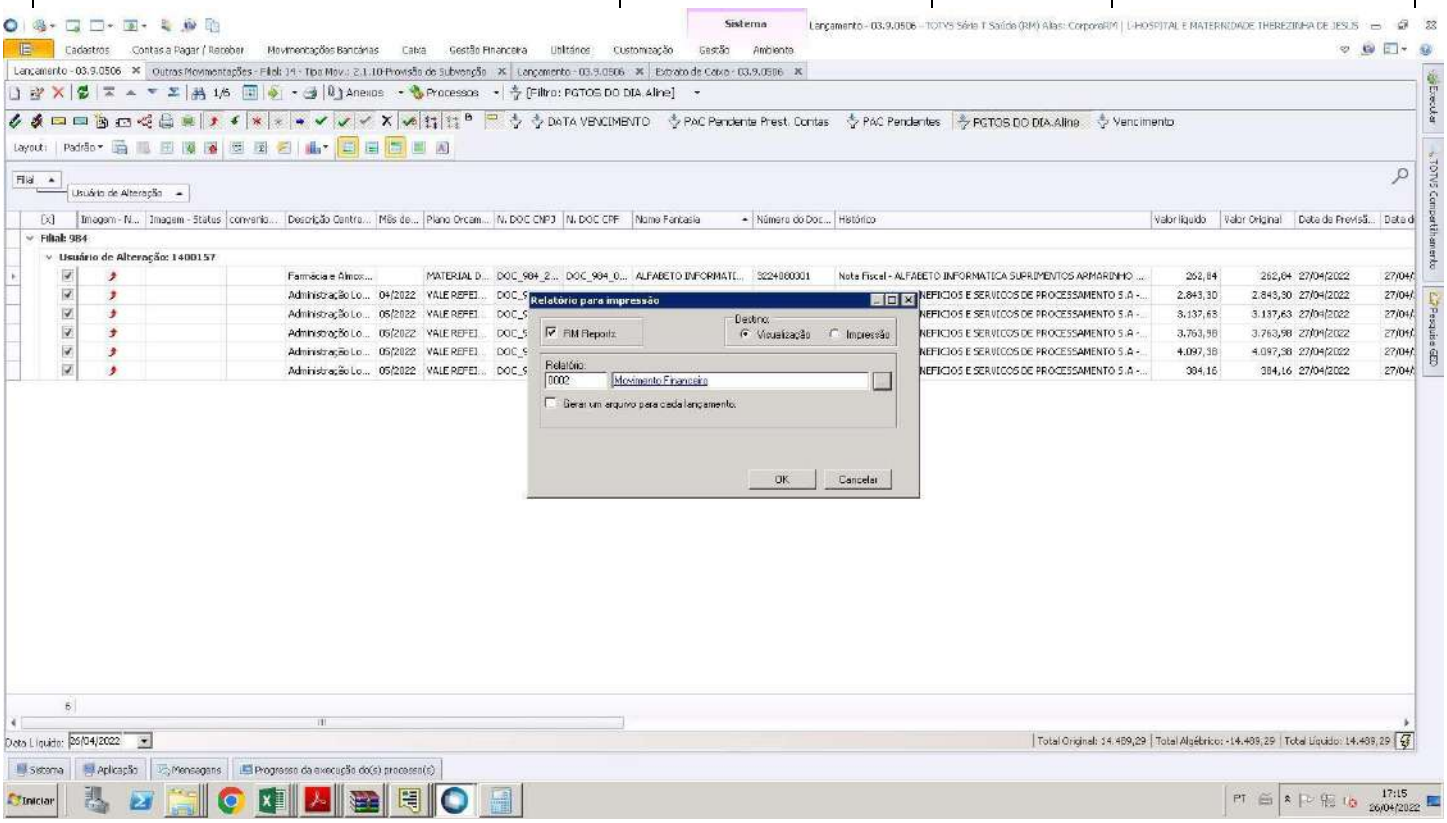


- Vá em emissão de documentos

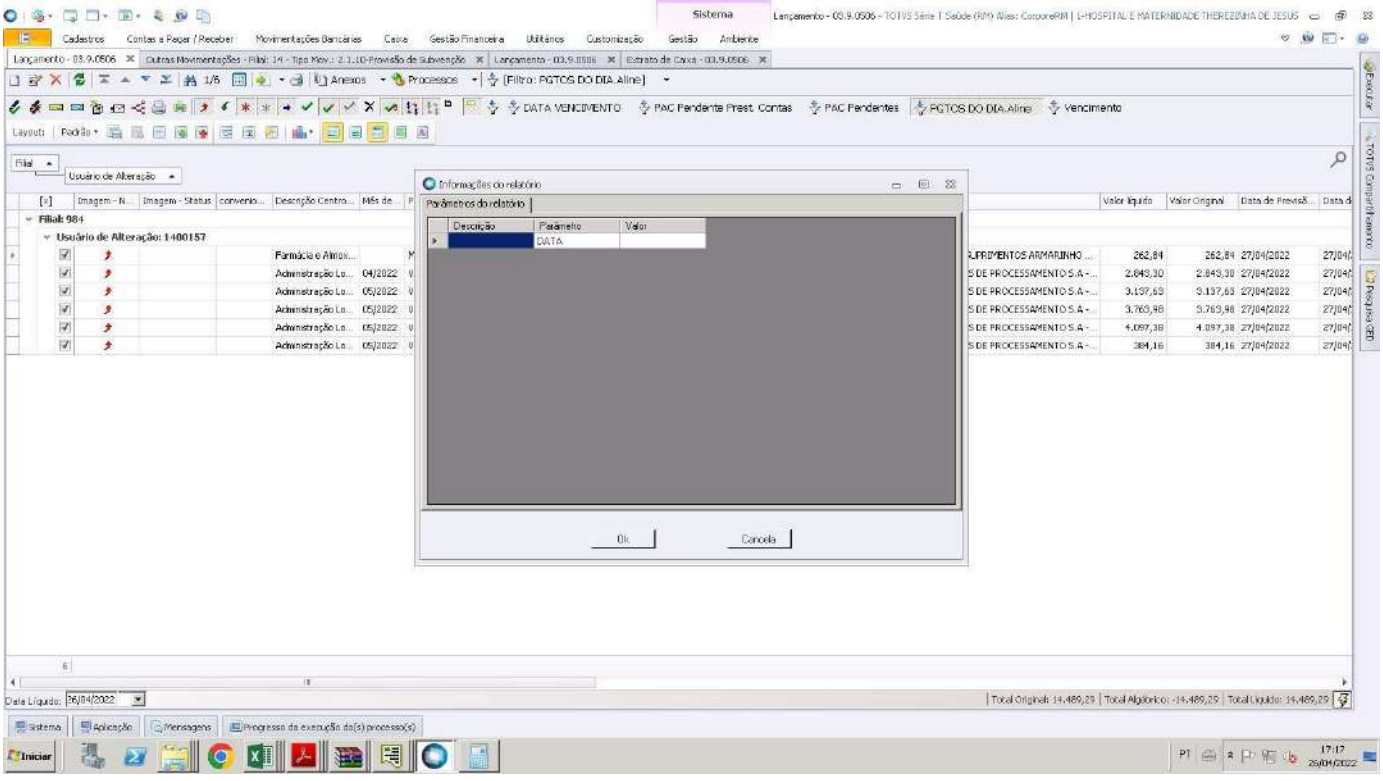


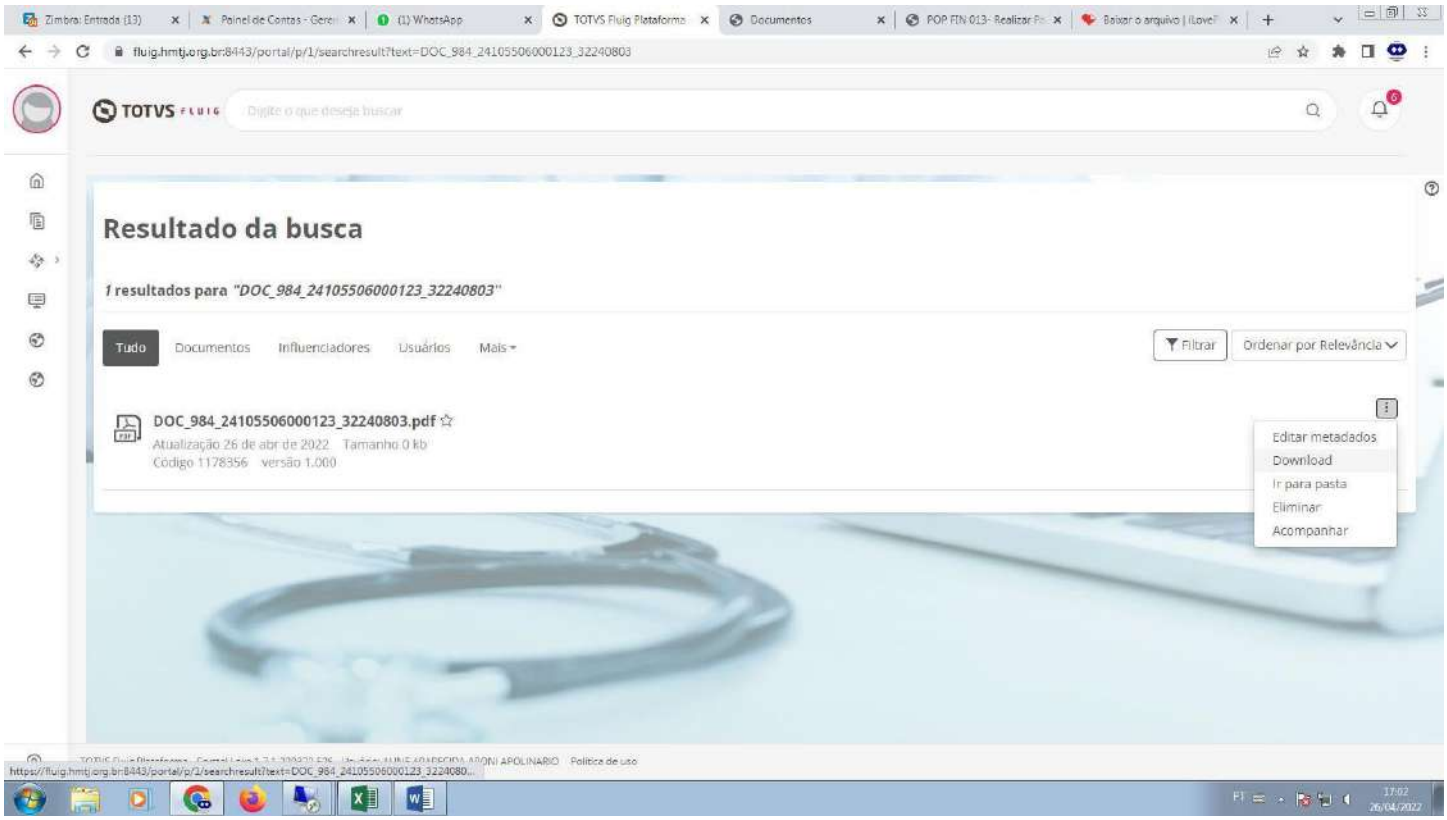
- Na aba relatório, clique nos " três pontinhos e selecione " movimento financeiro" e clique em ok.



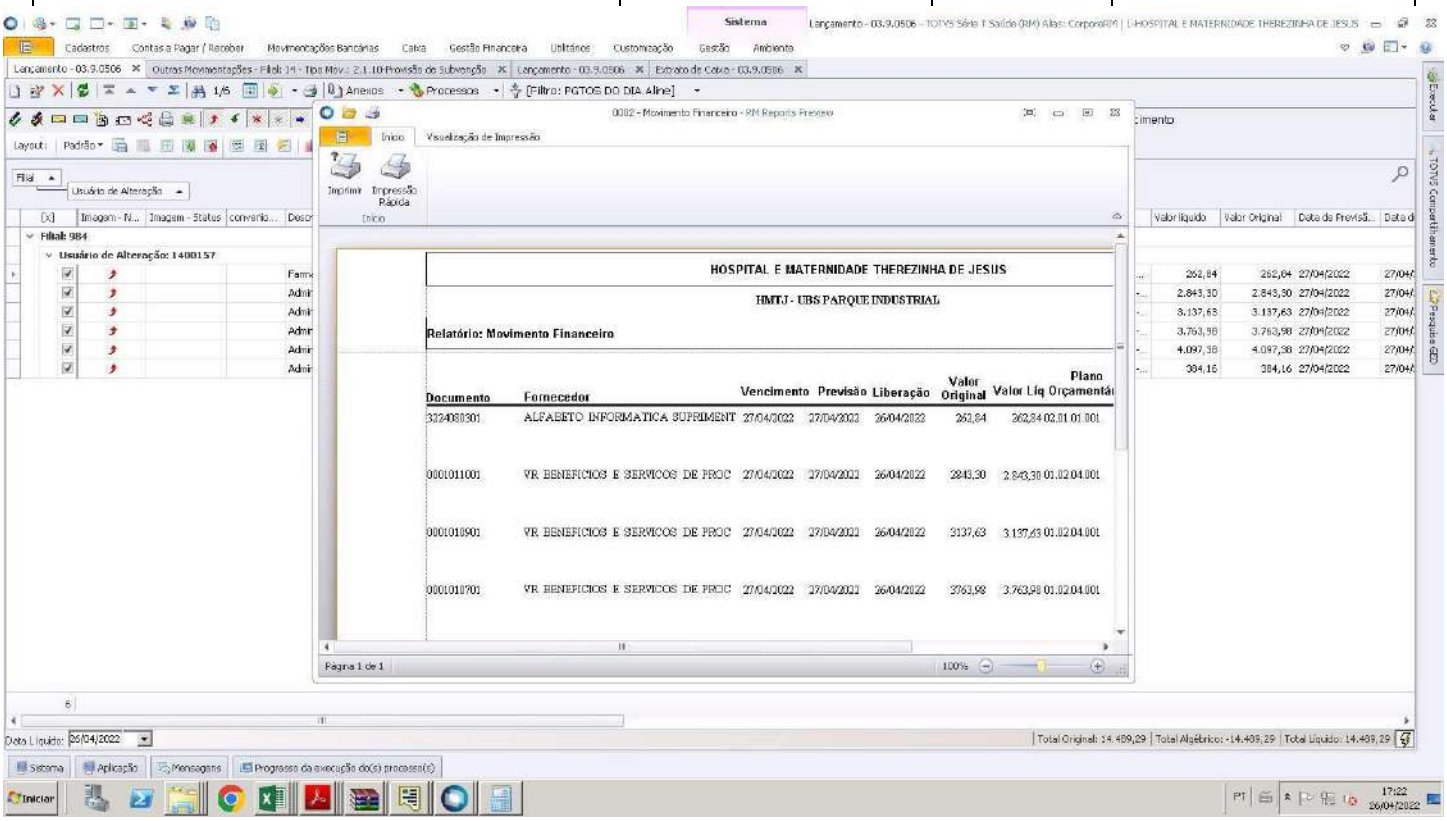


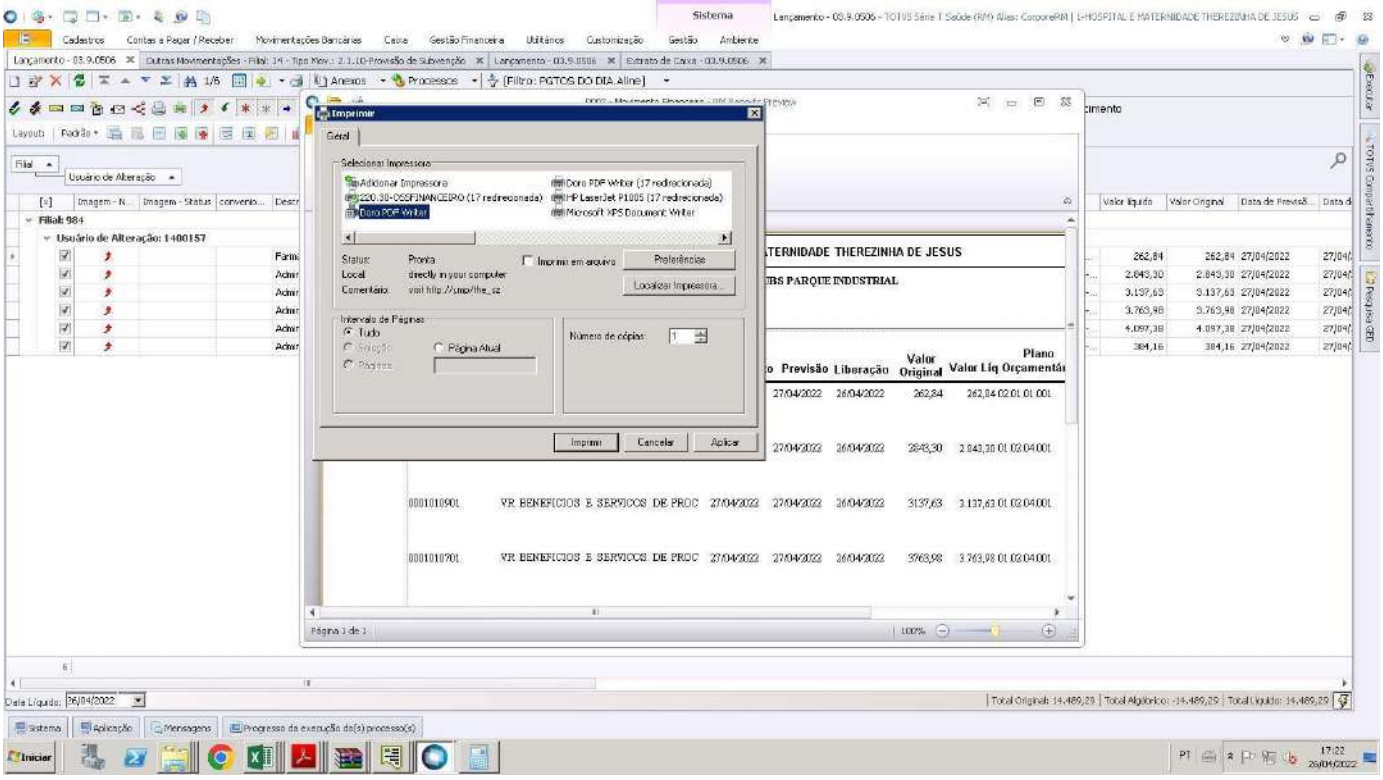
- Clique em ok novamente

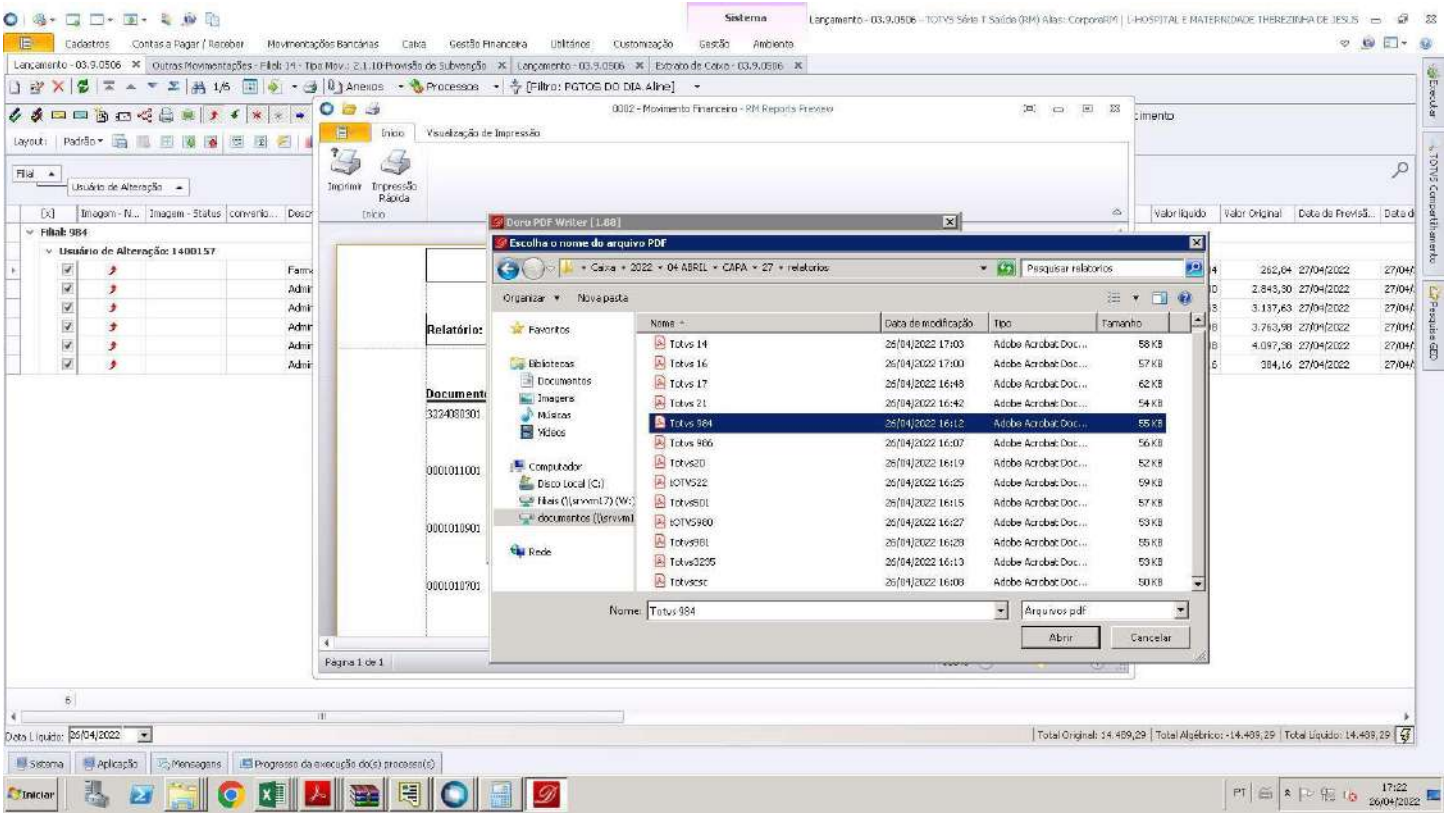




- Ao gerar o relatório , clicar em imprimir e salvar o mesmo na pasta do diretório da capa do dia do pagamento com o nome(totvs e a filial)

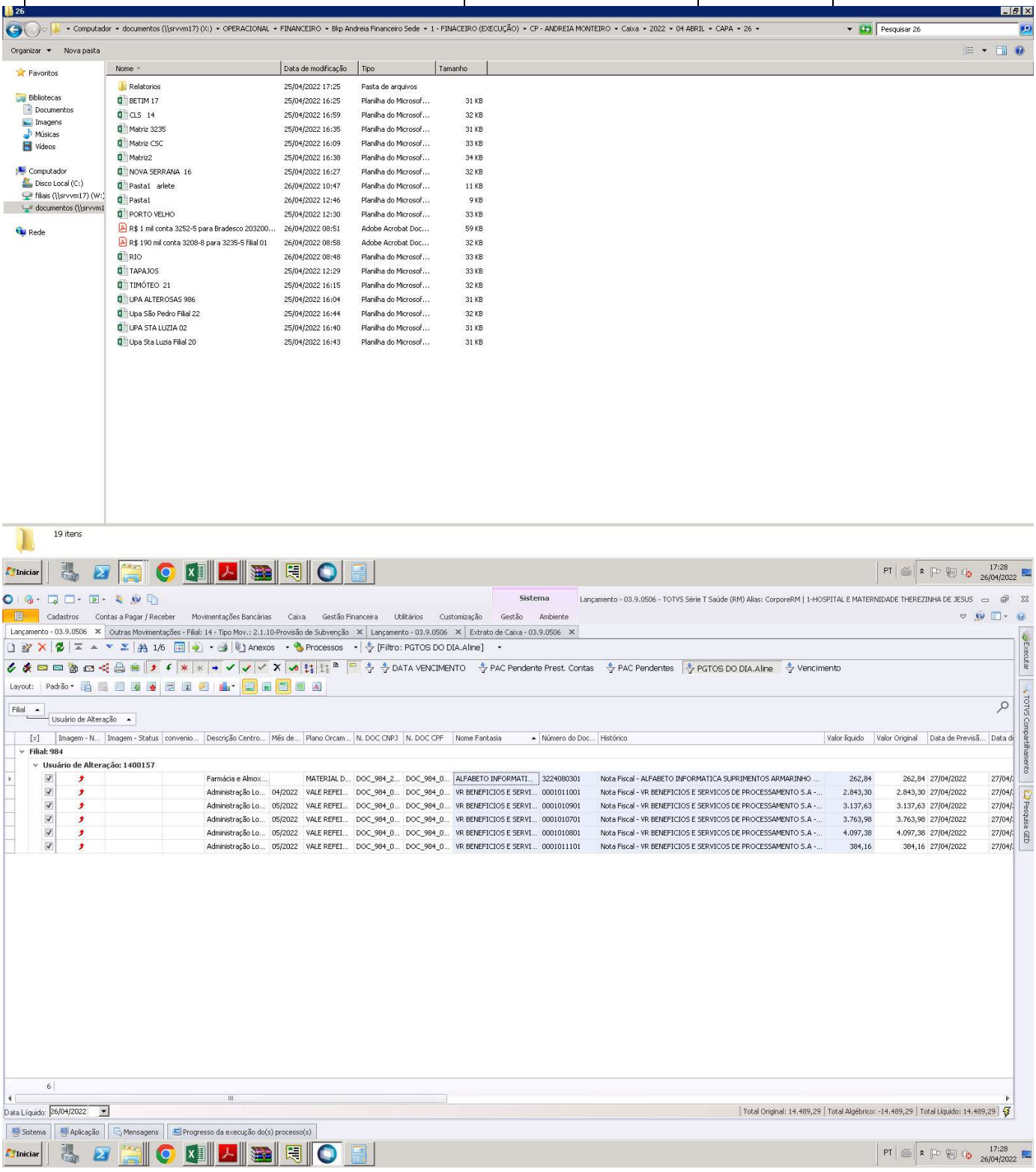

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
HMTJ - UBS PARQUE INDUSTRIAL
Relatório: Movimento Financeiro
Documento Fornecedor Vencimento Previsão Liberação Valor Original Valor Liq Plano Orçamentá
3224080301 ALFABETO INFORMATICA SUPRIMENT 27/04/2022 27/04/2022 26/04/2022 262,84 262,84 02.01.01.001
0001011001 VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROC 27/04/2022 27/04/2022 26/04/2022 2843,30 2.843,30 01.02.04.001
0001010901 VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROC 27/04/2022 27/04/2022 26/04/2022 3137,63 3.137,63 01.02.04.001
0001010701 VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROC 27/04/2022 27/04/2022 26/04/2022 3763,98 3.763,98 01.02.04.001


Imprimir
Geral
Selecionar Impressora
Adicionar Impressora
220.30-DESFINANCEIRO (17 redirecionada)
Doro PDF Writer
Doro PDF Writer (17 redirecionada)
HP LaserJet P1005 (17 redirecionada)
Microsoft XPS Document Writer
Status: Pronta
Local: directly in your computer
Comentário: visit http://ump/the_sz
Imprimir em arquivo
Preferências
Localizar Impressora...
Intervalo de Páginas
Tudo
Página Atual
Páginas:
Número de cópias: 1
Imprimir
Cancelar
Aplicar

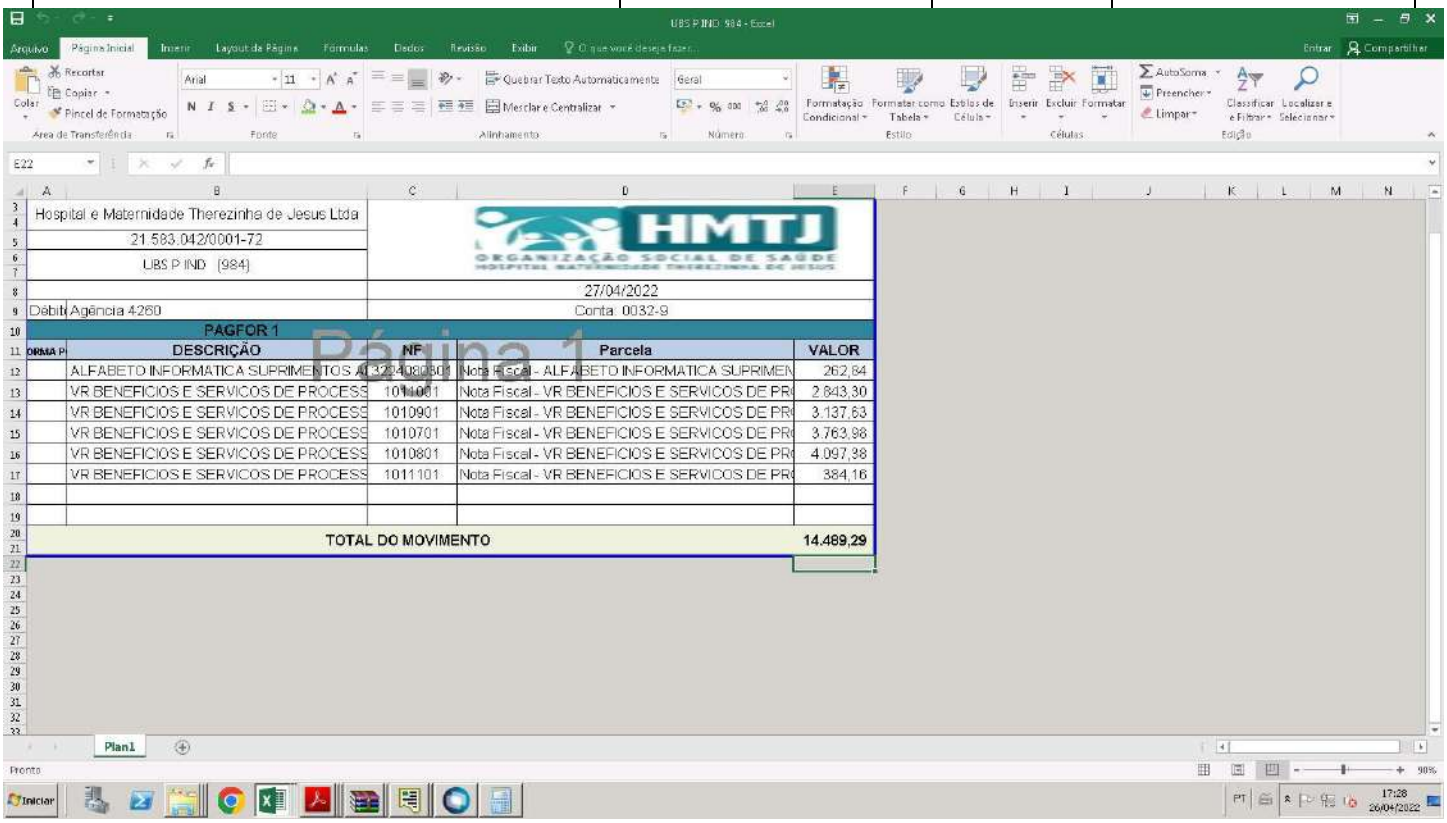


Após gerar o relatório, fazer a capa de acordo com a filial

- Entre no diretório abaixo, copie a a capa do dia anterior e altere de acordo com os pagamentos do dia da filial.


Computador ▸ documentos (\\srvvm17) (X:) ▸ OPERACIONAL ▸ FINANCEIRO ▸ Bkp Andreia Financeiro Sede ▸ 1 - FINACEIRO (EXECUÇÃO) ▸ CP - ANDREIA MONTEIRO ▸ Caixa ▸ 2022 ▸ 04 ABRIL ▸ CAPA ▸ 26
Pesquisar 26
Organizar
Nova pasta
Favoritos
Bibliotecas
Documentos
Imagens
Músicas
Vídeos
Computador
Disco Local (C:)
filiais (\\srvvm17) (W:)
documentos (\\srvvm1
Rede
Nome
Data de modificação
Tipo
Tamanho
Relatorios 25/04/2022 17:25 Pasta de arquivos
BETIM 17 25/04/2022 16:25 Planilha do Microsof... 31 KB
CL5 14 25/04/2022 16:59 Planilha do Microsof... 32 KB
Matriz 3235 25/04/2022 16:35 Planilha do Microsof... 31 KB
Matriz CSC 25/04/2022 16:09 Planilha do Microsof... 33 KB
Matriz2 25/04/2022 16:38 Planilha do Microsof... 34 KB
NOVA SERRANA 16 25/04/2022 16:27 Planilha do Microsof... 32 KB
Pasta1 arlete 26/04/2022 10:47 Planilha do Microsof... 11 KB
Pasta1 26/04/2022 12:46 Planilha do Microsof... 9 KB
PORTO VELHO 25/04/2022 12:30 Planilha do Microsof... 33 KB
R$ 1 mil conta 3252-5 para Bradesco 203200... 26/04/2022 08:51 Adobe Acrobat Doc... 59 KB
R$ 190 mil conta 3208-8 para 3235-5 filial 01 26/04/2022 08:58 Adobe Acrobat Doc... 32 KB
RIO 26/04/2022 08:48 Planilha do Microsof... 33 KB
TAPAJOS 25/04/2022 12:29 Planilha do Microsof... 33 KB
TIMÓTEO 21 25/04/2022 16:15 Planilha do Microsof... 32 KB
UPA ALTEROSAS 986 25/04/2022 16:04 Planilha do Microsof... 31 KB
Upa São Pedro Filial 22 25/04/2022 16:44 Planilha do Microsof... 32 KB
UPA STA LUZIA 02 25/04/2022 16:40 Planilha do Microsof... 31 KB
Upa Sta Luzia Filial 20 25/04/2022 16:43 Planilha do Microsof... 31 KB
19 itens

Sistema
Lançamento - 03.9.0506 - TOTVS Série T Saúde (RM) Alias: CorporeRM | 1-HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Cadastros
Contas a Pagar / Receber
Movimentações Bancárias
Caixa
Gestão Financeira
Utilitários
Customização
Gestão
Ambiente
Lançamento - 03.9.0506
Outras Movimentações - Filial: 14 - Tipo Mov.: 2.1.10-Provisão de Subvenção
Extrato de Caixa - 03.9.0506
Anexos
Processos
[Filtro: PGTOS DO DIA.Aline]
DATA VENCIMENTO
PAC Pendente Prest. Contas
PAC Pendentes
PGTOS DO DIA.Aline
Vencimento
Layout:
Padrão
Filial
Usuário de Alteração
Filial: 984
Usuário de Alteração: 1400157
Data Líquido: 26/04/2022
Total Original: 14.489,29
Total Algébrico: -14.489,29
Total Líquido: 14.489,29
Sistema
Aplicação
Mensagens
Progresso da execução do(s) processo(s)

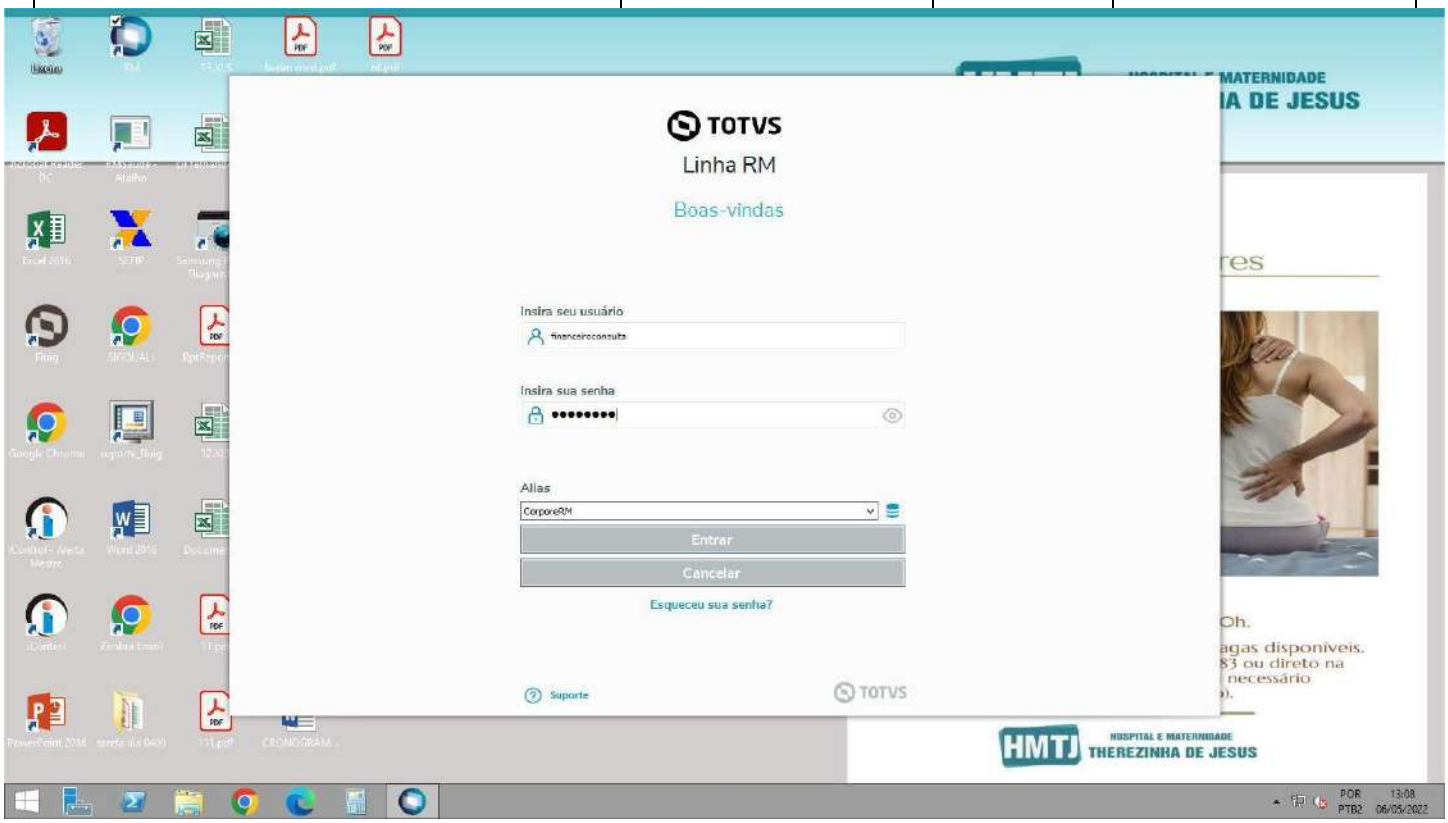


Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus Ltda				
21.583.042/0001-72				
UBS P IND (984)				
			27/04/2022	
Débito	Agência 4260		Conta: 0032-9	
PAGFOR 1				
DESCRIÇÃO		NF	Parcela	VALOR
ALFABETO INFORMATICA SUPRIMENTOS		1013101	Nota Fiscal - ALFABETO INFORMATICA SUPRIMEN	262,84
VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESS		1011001	Nota Fiscal - VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PR	2.843,30
VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESS		1010901	Nota Fiscal - VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PR	3.137,63
VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESS		1010701	Nota Fiscal - VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PR	3.763,98
VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESS		1010801	Nota Fiscal - VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PR	4.097,38
VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESS		1011101	Nota Fiscal - VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PR	384,16
TOTAL DO MOVIMENTO				14.489,29

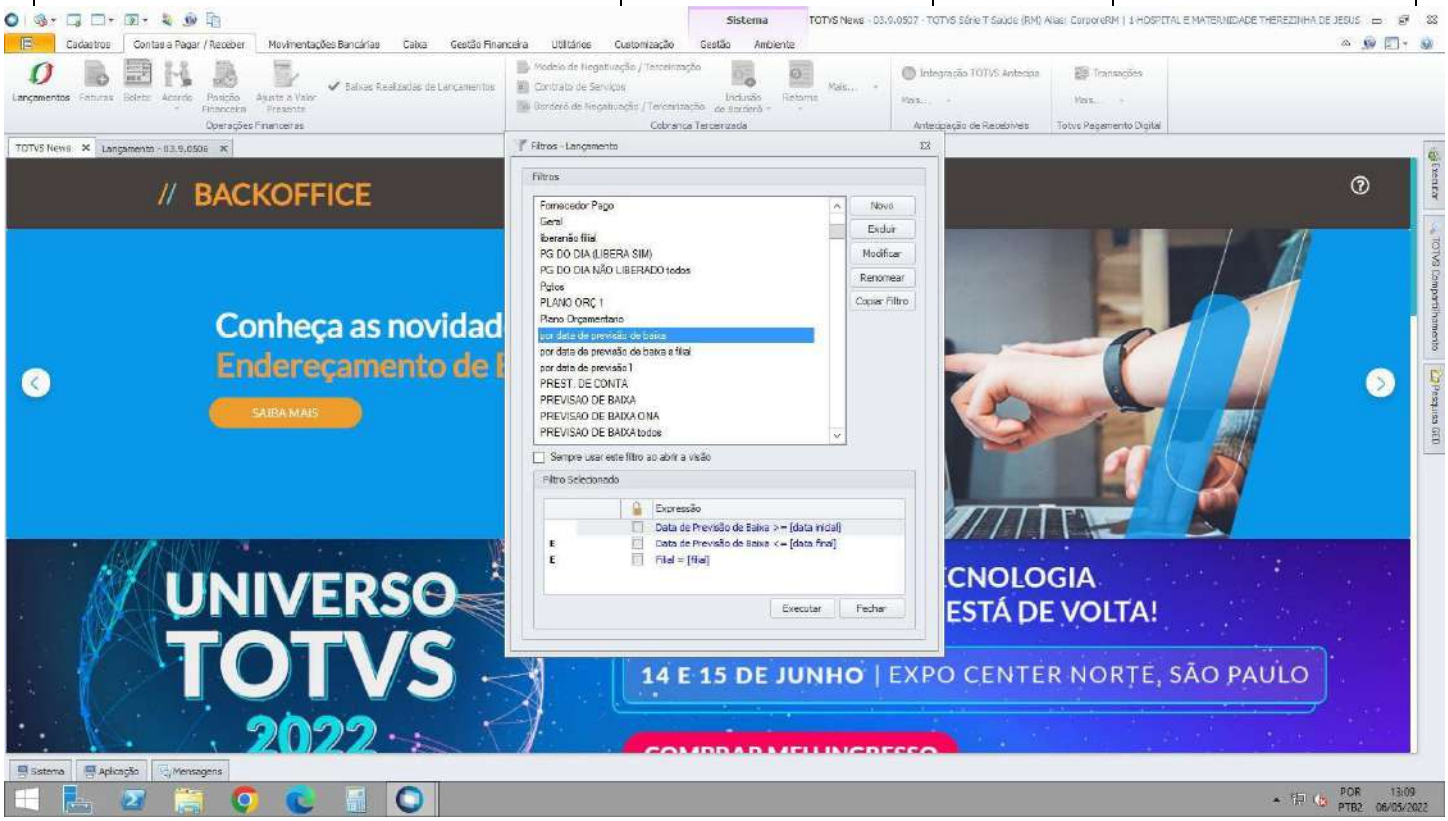
- Salve a mesma e imprima pois a mesma e sua base de conferência após realizar lançar os pagamentos no sistema bancário.

Imprir relatório com contas para pagamento de médicos e fornecedores

- Entrar no usuário financeiroconsulta/senha:consulta

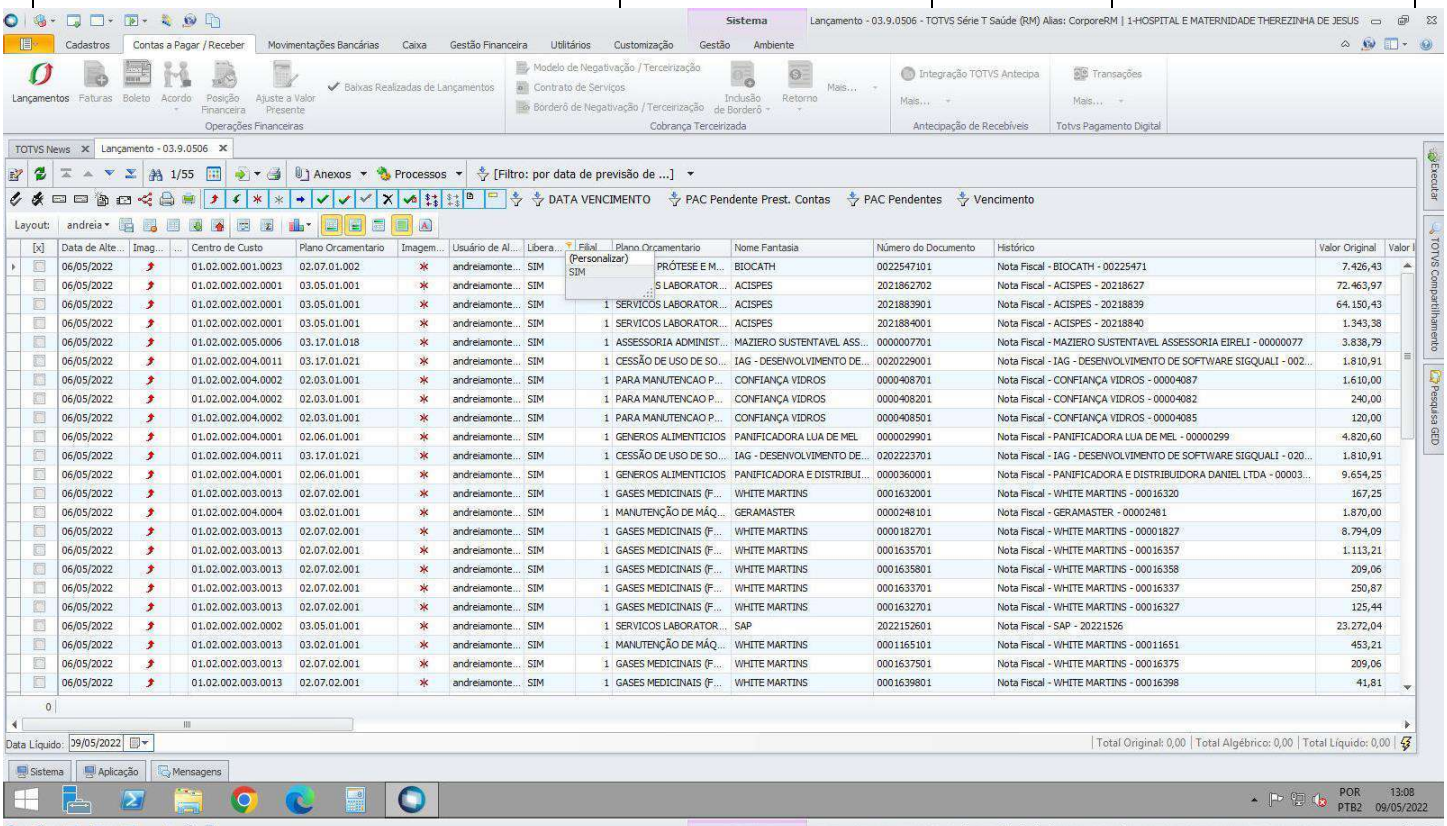


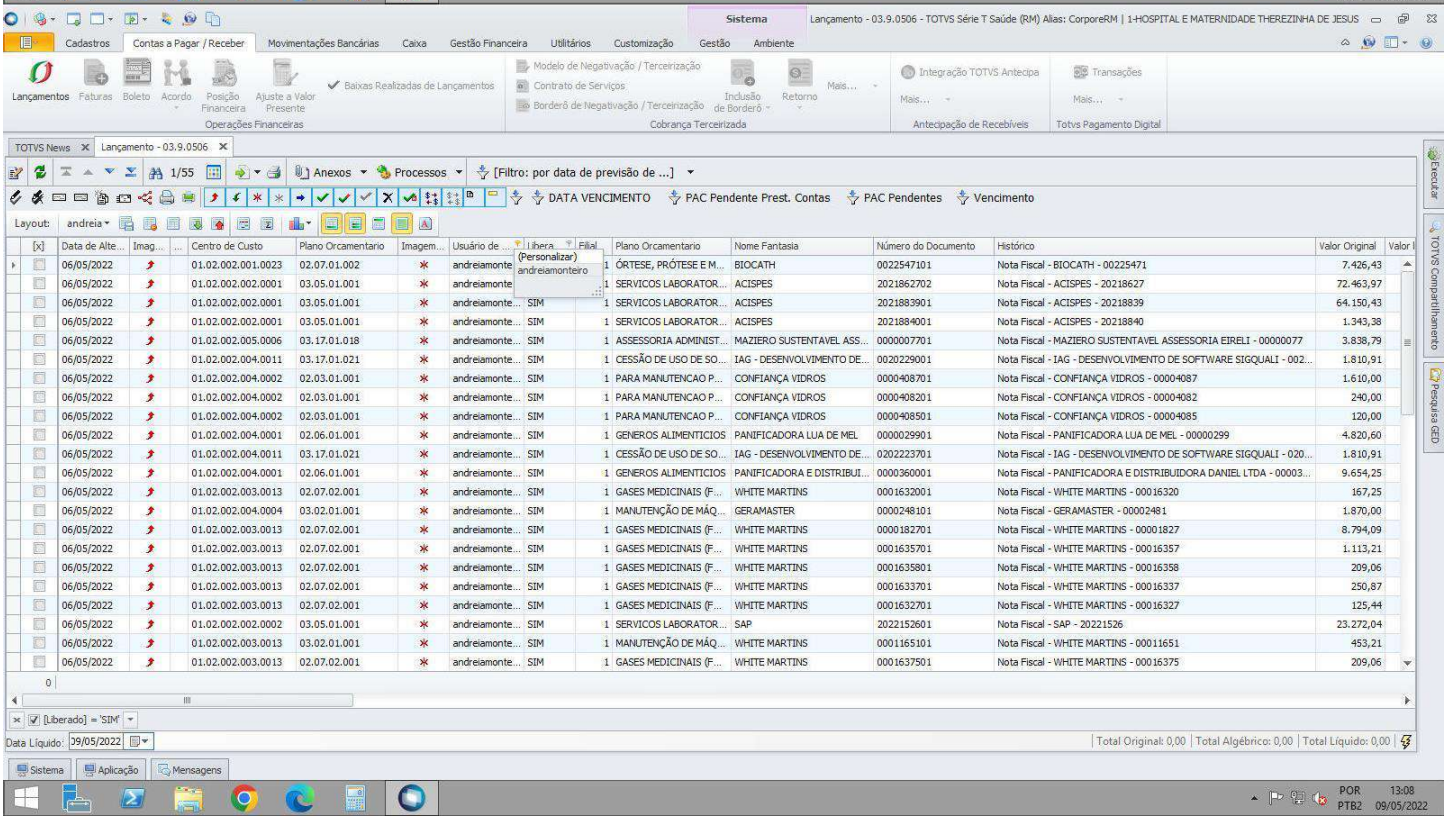
- Selecionar o filtro “



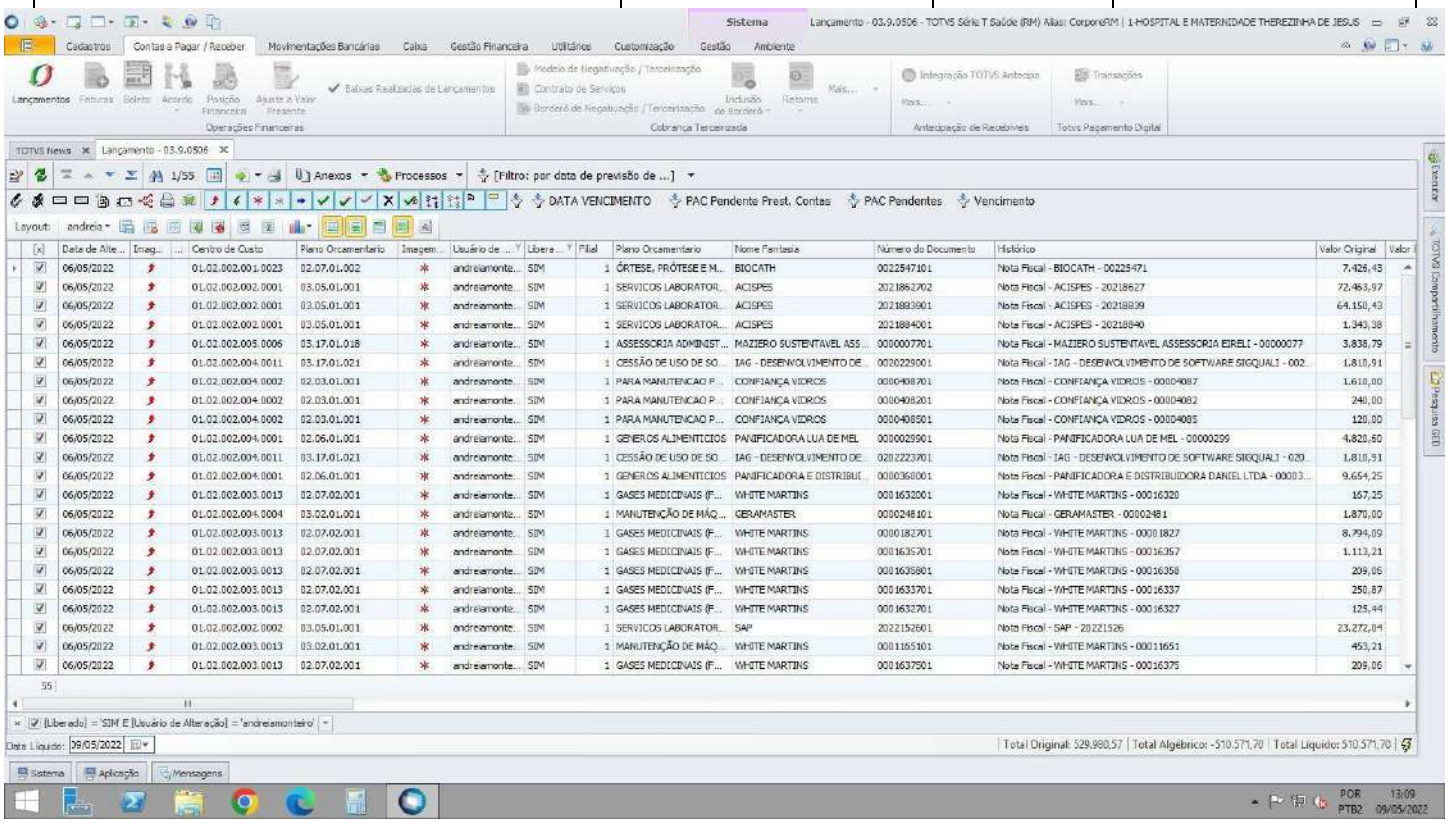
- Selecionar a data do pagamento e os pagamentos selecionados pela coordenação.

Filtrar por Libera SIM e usuário

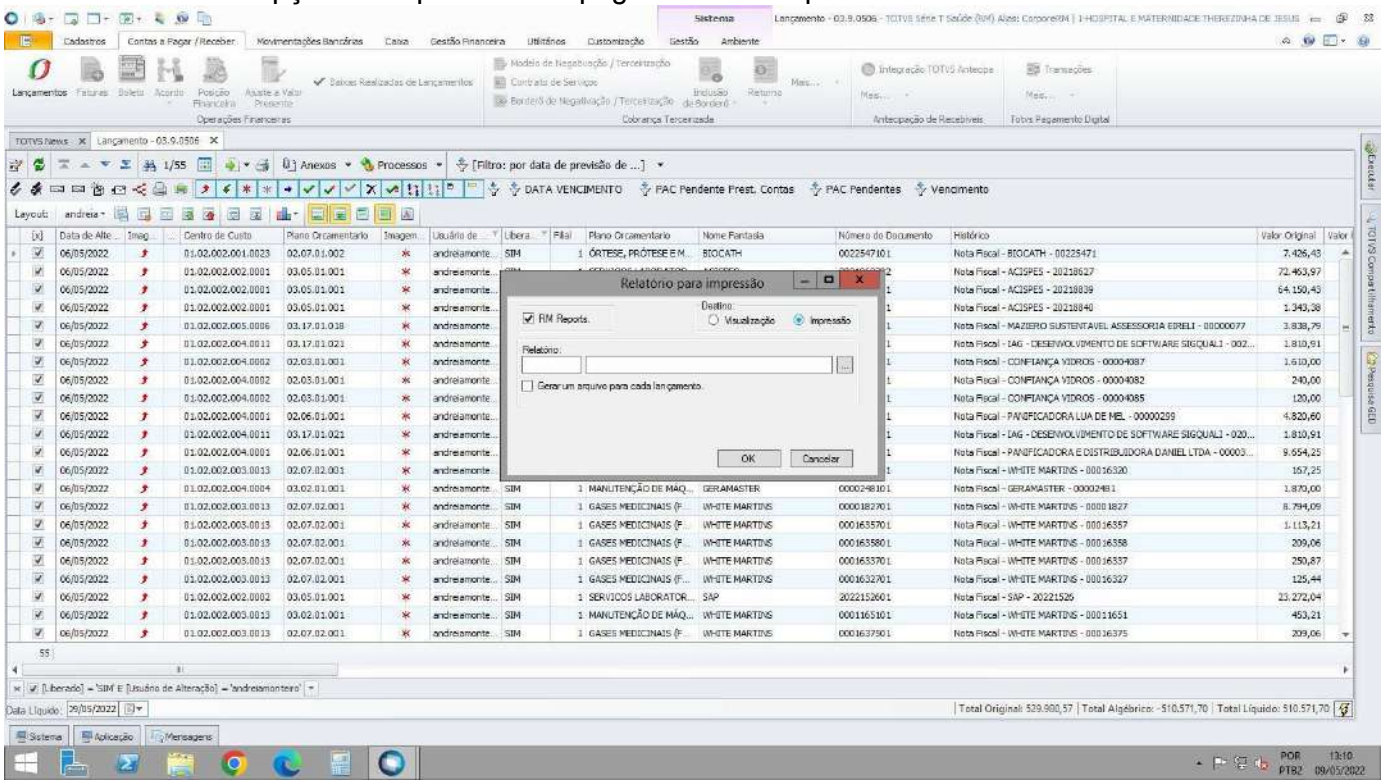


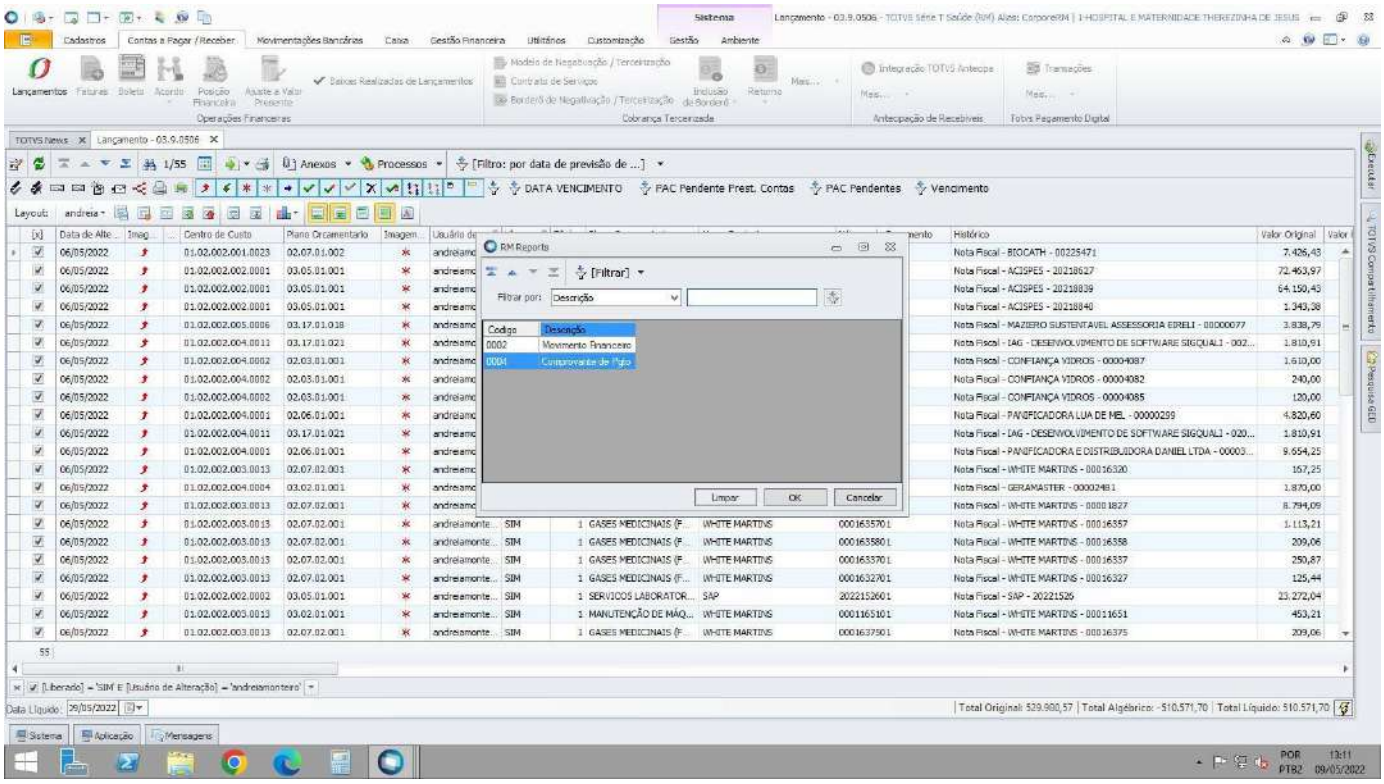


- Conferir o valor liquido com a capa e gere o relatório.



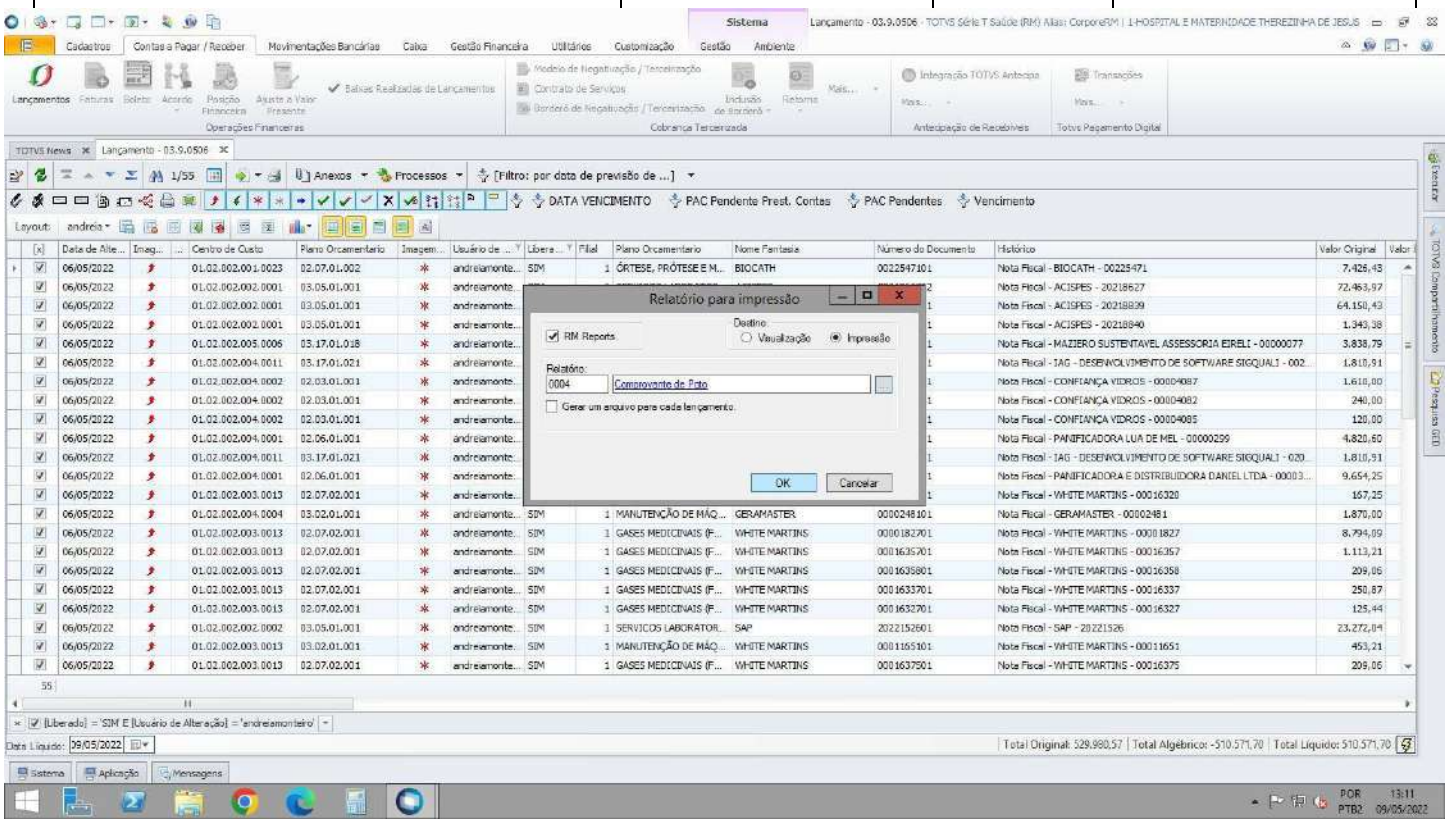
- Clique na impressora verde " emissão de documentos"- impressão- em relatório nos três pontinhos, selecione a opção " comprovante de pagamento" e clique em ok.

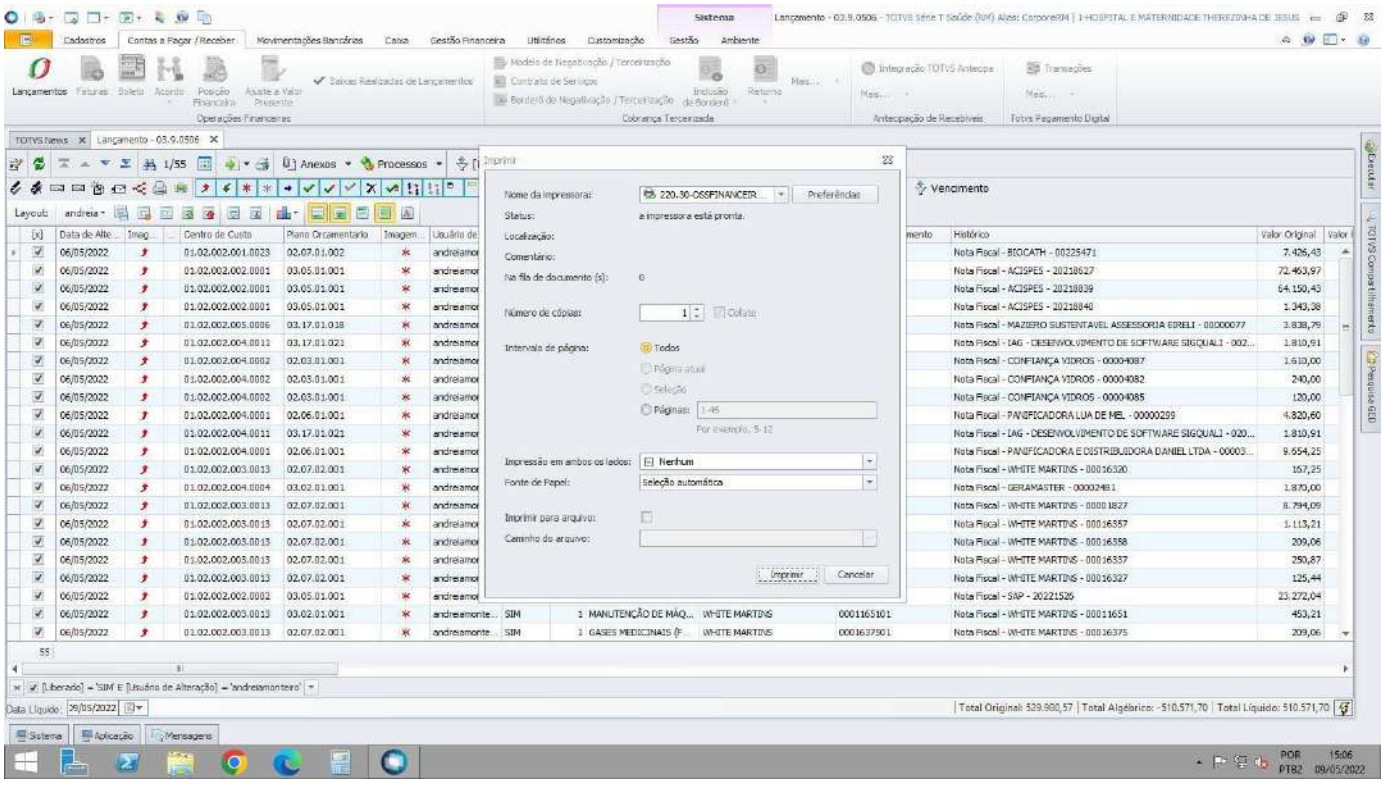



Cadastros
Contas a Pagar / Receber
Movimentações Bancárias
Caixa
Gestão Financeira
Utilitários
Customização
Gestão
Ambiente
Lançamentos
Faturas
Boleto
Acordo
Posição Financeira
Ajuste a Valor Presente
Operações Financeiras
Cobrança Terceirizada
Antecipação de Recebíveis
Totvs Pagamento Digital
Anexos
Processos
DATA VENCIMENTO
PAC Pendente Prest. Contas
PAC Pendentes
Vencimento
RM Reports
Filtrar por:
Descrição
Código
Movimento Financeiro
Limpar
OK
Cancelar

Título: Realizar Pagamentos de Fornecedores

Responsável: Coordenador/Assistente	**Código:** POP FIN 013	**Revisão:** 06	**Data:** 26/05/2022





- Clicar em imprimir e anexar junto a capa para lançamento ao banco

IV. Siglas e Definições

DOC- Documento de ordem de crédito.

TED- Transferência eletrônica disponível.

V. Anexos

VI. Referências

Matriz de Risco.

I. Objetivos

Alinhar o processo de Adiantamento a receber, onde foi definido o novo procedimento para controle do mesmo.

II. Materiais

Material de escritório e computador.

III. Abrangência

Setor Financeiro | Setor de Auditoria| Setor de Suprimentos | Setor de Contratos

IV. Descrição dos passos da atividade

1- **Adiantamento a pagar parcelado:** Ao efetuar uma compra parcelada por meio de adiantamento a pagar, o Setor de Auditoria reterá a 2º parcela ficando sobre a responsabilidade do Setor de Suprimentos a informação de liberação.

2- **Data de Previsão entrega**: A partir do dia 29/10/2020, a data de previsão de entrega deve ser inserida pelo Setor de Suprimentos (caso essa data seja a mesma da data de emissão, esse adiantamento não será liberado pelo Setor de Auditoria para pagamento).

3- **Lançamento da Nota Fiscal:** Conforme acordado, a Unidade tem o prazo de até 2 malotes para enviar a nota fiscal a contar da data de criação do Adiantamento.

4- **Adiantamento a Receber pendentes:** A partir do 01/11/2020 , os adiantamentos a receber pendentes são de responsabilidade do Setor Financeiro, onde analisamos as Segundas- feiras os pedidos que ainda não foram entregues, as NF´S que não foram lançadas e diariamente realizamos os vínculos do adiantamentos a receber com a NF referente a mercadoria entregue. Caso o prazo de entrega e lançamento de NF são descumpridos encaminhamos e-mail e não conformidade ao Setores de Auditoria e Suprimentos para análise.

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Matriz de Risco

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES DO SETOR DE CUSTOS

I. Objetivos

Para analisar as variações de custos é necessário coletar os dados estatísticos e financeiros por meio do módulo de custos RM TOTVS, onde serão realizados os processamentos e emissões dos relatórios de custos para os setores, após a verificação da veracidade dos dados.

II. Materiais

Computador;
Módulo de custos RM TOTVS.

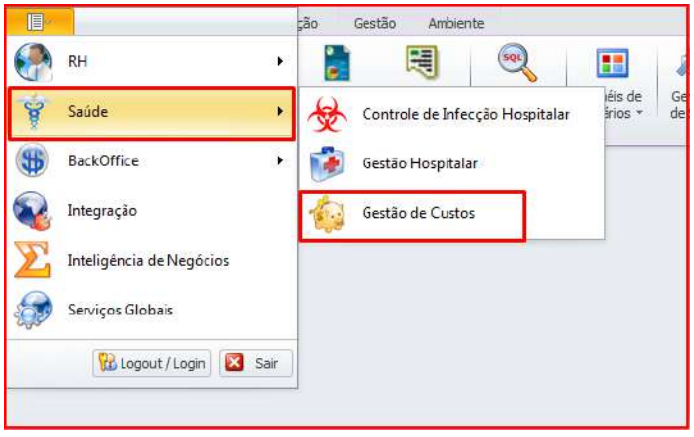
III. Descrição dos passos da atividade

- Geração do relatório individualizado de cada centro de custos no módulo de gestão de custos no sistema RM TOTVS.
- Elaboração da análise crítica, comparando os custos do mês analisado com o mês antecedente e se está de acordo com a meta proposta para o setor.
- Lançamento do indicador de custo unitário no sistema da Qualidade, de acordo com o treinamento realizado pelo setor de Qualidade.

Passo a passo de acesso aos relatórios no Módulo de gestão de custos.

1º Passo:

- Acesso ao módulo gestão de custos:



2º Passo:

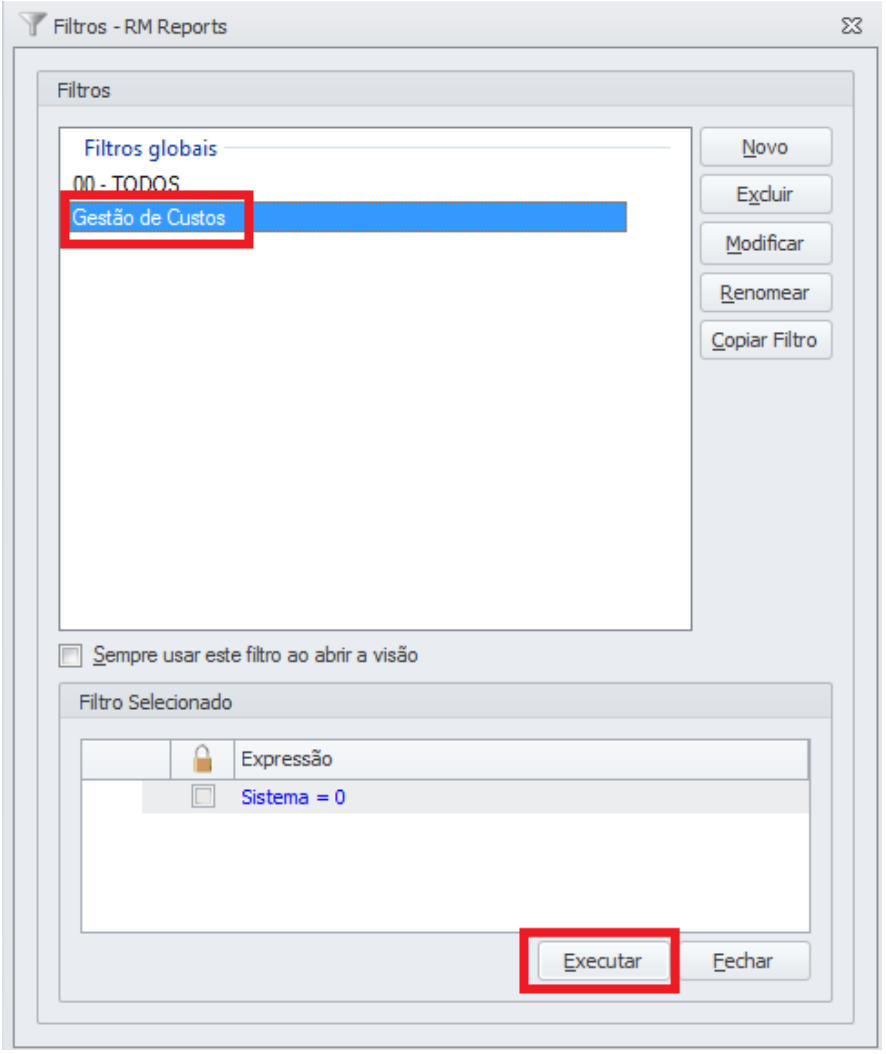
- Menu Principal:

3º Passo:

- Selecionar a aba “Gestão”, em seguida “RM Reports”:

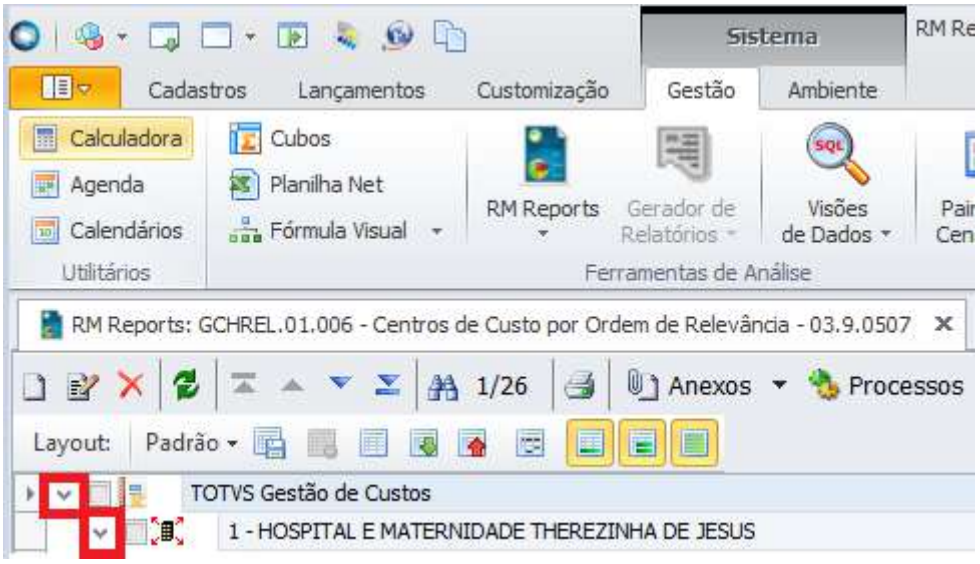
4º Passo:

- Selecione o filtro “Gestão de custos”.



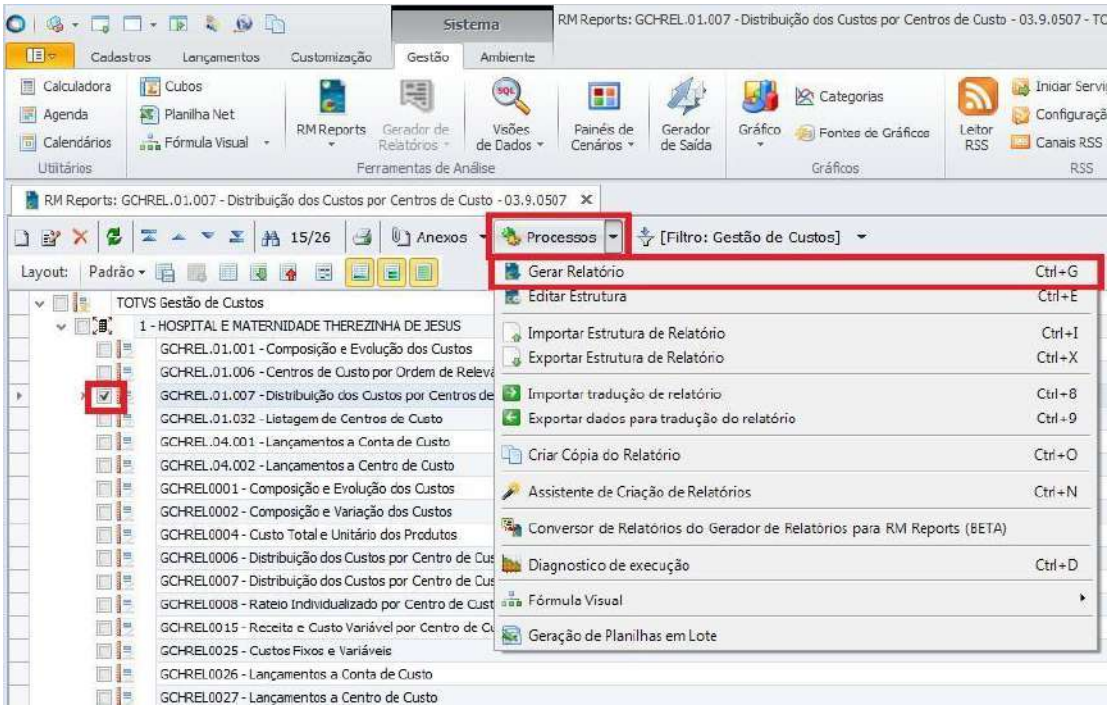
5º Passo:

- Clique nas “setas” para abrir os campos ocultos conforme imagem abaixo:



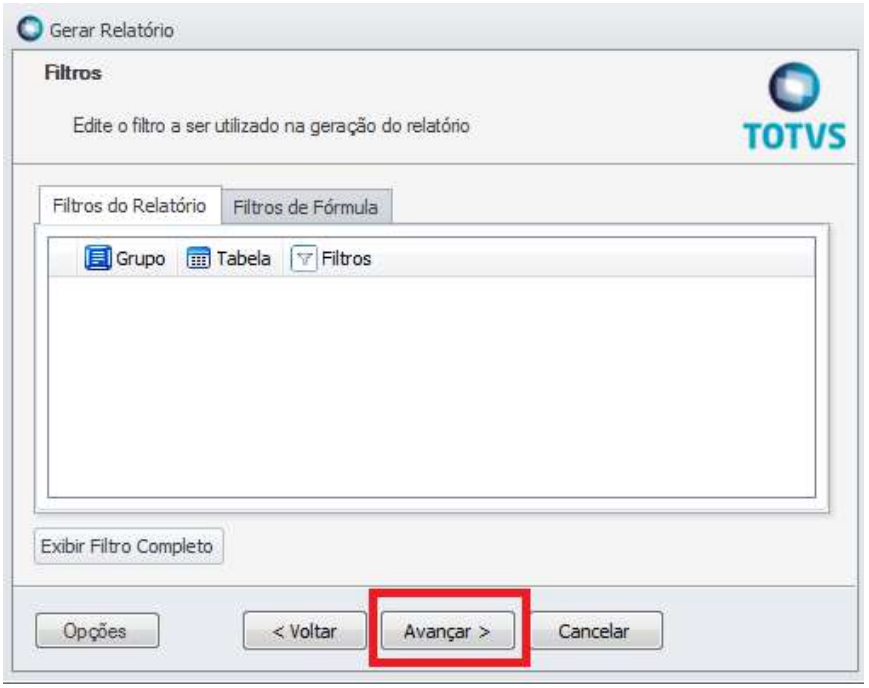
6º Passo:

- Em seguida selecione o relatório “GCHREL.01.007 - Distribuição dos custos por centros de custo”, “processos”, “gerar relatório”.



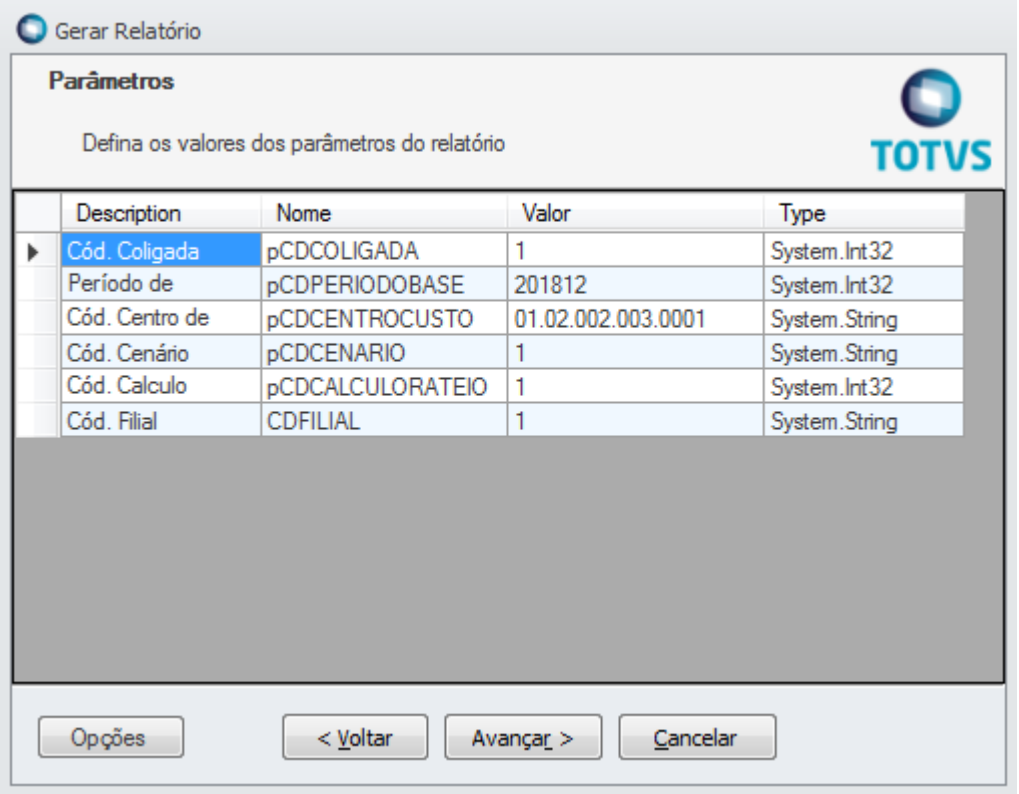
7º Passo:

- Após a abertura da tela, clique em avançar duas vezes conforme imagens abaixo:



8º Passo:

- Preencha os campos abaixo de acordo com as instruções abaixo.



Cód. Coligada: 1 (valor fixo)

Período de competência: escolha o período que deseja observar, lembrando que o relatório traz as informações da competência selecionada e as duas antecessoras. (Vale ressaltar que é necessário preencher primeiro o ano e depois o mês, por exemplo: 201812).

Cód. Centro de custos: Informe o código do centro de custo desejado. (Se houver necessidade, entrar em contato com o setor de custos para solicitar o código).

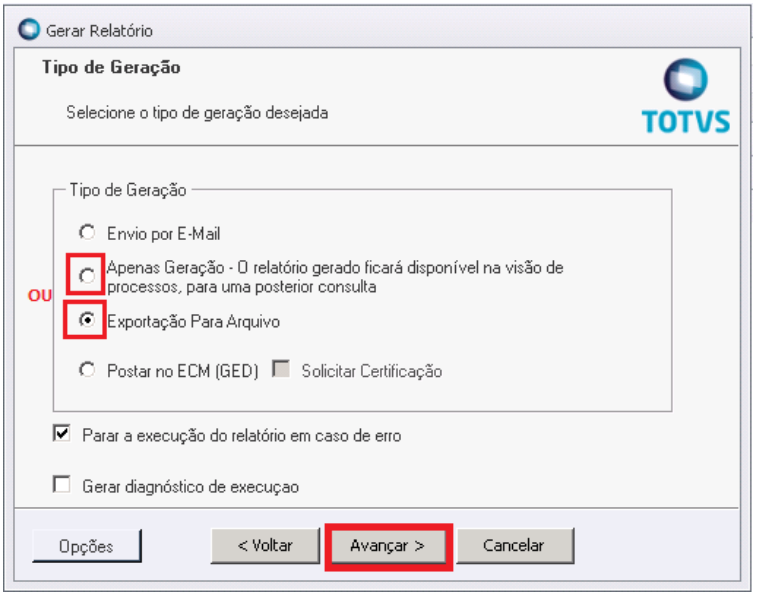
Cód. Cenário: 1 (valor fixo)

Cód. Cálculo de rateio: 1 (valor fixo)

Cód. Filial: 1 (valor fixo).

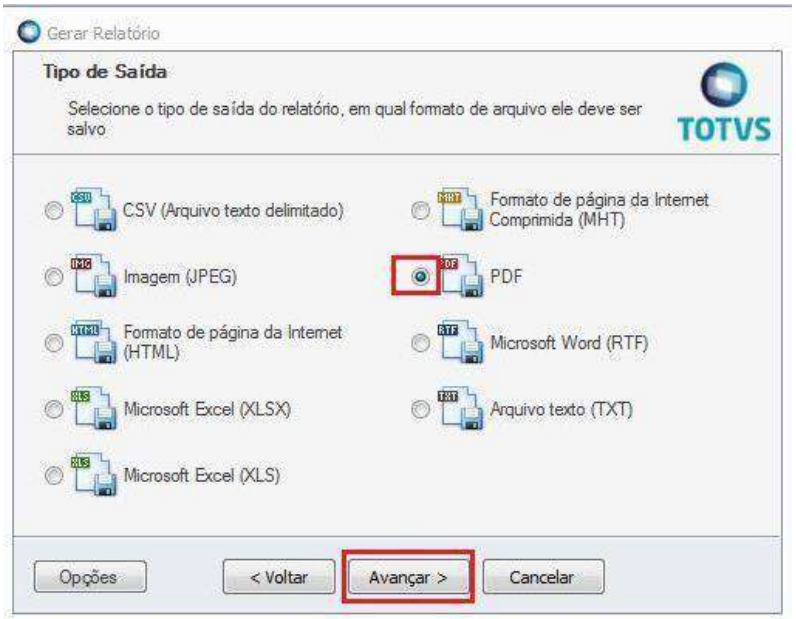
9º Passo:

- Na próxima tela defina se deseja apenas gerar o relatório na plataforma ou exportar o mesmo, em seguida clique em avançar.



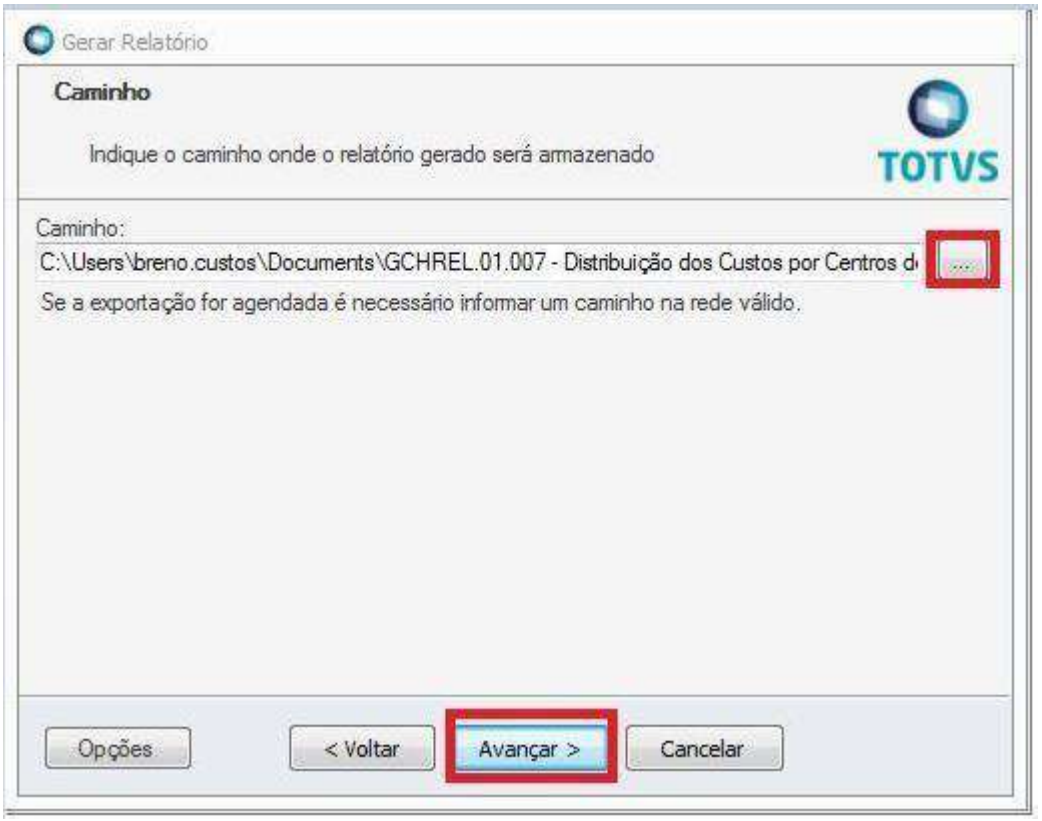
10º Passo:

- Caso selecione exportação para arquivo, escolha a forma de exportação do mesmo e clique em avançar.



11º Passo:

- Selecione o caminho para salvar o arquivo e clique em avançar, em seguida executar.



12º Passo:

Abaixo segue modelo de relatório e sugestão de como realizar a análise crítica do Indicador de Custos.

Distribuição dos Custos por Centros de Custo

17/01/2019 18:37

GCHREL.01.007

2018/09 a 2018/11

Centro Custo: Farmácia

Filial: HMTJ

CUSTOS FIXOS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
PESSOAL NÃO MÉDICO								
SALÁRIOS	46574,78	52,14	48986,04	55,02	48845,29	54,7	48135,37	53,95
BENEFÍCIOS	1740,49	1,95	2284,88	2,57	1948,76	2,18	1991,38	2,23
HORAS EXTRAS	56,02	0,06	0	0	0	0	18,67	0,02
FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	14604,23	16,35	12903,24	14,49	14487,31	16,22	13998,26	15,69
VERBAS RESCISÓRIAS - PROVISÕES	4878,09	5,46	6413,29	7,2	5733,29	6,42	5674,89	6,36
SUB-TOTAL:	**67853,61**	**75,96**	**70587,45**	**79,28**	**71014,65**	**79,52**	**69818,57**	**78,25**
MATERIAIS DE CONSUMO GERAL								
MATERIAL DE EXPEDIENTE	3353	3,75	2265,34	2,54	3098,33	3,47	2905,56	3,26
MATERIAL DE MANUTENÇÃO	0	0	28	0,03	0	0	9,33	0,01
MATERIAL DE COPA E COZINHA	661,88	0,74	601,91	0,68	784,38	0,88	682,72	0,77
SUB-TOTAL:	**4014,88**	**80,45**	**2895,25**	**82,53**	**3882,71**	**83,87**	**3597,61**	**82,29**
GERAIS								
ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	-343,48	-0,38	-340,4	-0,38	-242,66	-0,27	0	-0,35
SUB-TOTAL:	**-343,48**	**80,07**	**-340,4**	**82,15**	**-242,66**	**83,6**	**-308,85**	**81,94**
INDIRETOS								
ÁGUA E ESGOTO	302	0,34	291	0,33	306	0,34	299,67	0,34
ENERGIA ELÉTRICA	80	0,09	84	0,09	82	0,09	82	0,09
INDENIZAÇÕES POR ACORDO	0	0	28	0,03	0	0	9,33	0,01
JUROS DE MORA	116	0,13	41	0,05	0	0	52,33	0,06
JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	150	0,17	124	0,14	97	0,11	123,67	0,14
MULTAS DE MORA	0	0	10	0,01	0	0	3,33	0
MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS	109	0,12	109	0,12	0	0	72,67	0,08
SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	148	0,17	105	0,12	105	0,12	119,33	0,13
TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	31	0,03	39	0,04	0	0	23,33	0,03
TAXAS DIVERSAS	83	0,09	0	0	164	0,18	82,33	0,09
TELEFONE	469	0,53	351	0,39	247	0,28	355,67	0,4
DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	0	0	359	0,4	0	0	119,67	0,13
DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	2293	2,57	2434	2,73	2539	2,84	2422	2,71
SUB-TOTAL:	**3781**	**84,31**	**3975**	**86,6**	**3540**	**87,56**	**3765,33**	**86,15**
TOTAL CUSTOS FIXOS	**75306,01**	**84,31**	**77117,3**	**86,6**	**78194,7**	**87,56**	**76872,67**	**86,15**

CUSTOS VARIÁVEIS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE USO NO PACIENTE								
DROGAS E MEDICAMENTOS	23,9	0,03	150,29	0,17	421,21	0,47	198,47	0,22
MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	252,21	0,28	406,18	0,46	743,71	0,83	467,37	0,52
MANIPULAÇÃO	241	0,27	311	0,35	168	0,19	240	0,27
SUB-TOTAL:	**517,11**	**84,89**	**867,47**	**87,58**	**1332,92**	**89,05**	**905,83**	**87,16**
TOTAL CUSTOS VARIÁVEIS	**517,11**	**84,89**	**867,47**	**87,58**	**1332,92**	**89,05**	**905,83**	**87,16**
RATEIOS RECEBIDOS								
Administração Central Hospital - Rateios	0,68	0	0,03	0	0,05	0	0,25	0
Almoxarifado	33,68	0,04	15,98	0,02	28,24	0,03	25,97	0,03
Áreas comuns	930,01	1,04	457,44	0,51	1501,77	1,68	963,07	1,08
CEPEC	0,1	0	0	0	0	0	0,03	0
CME – Central de Material Esterelizado	0	0	173,38	0,19	0	0	57,79	0,06
Coordenação Administrativa	4606,74	5,16	5335,8	5,99	3215,33	3,6	4385,96	4,92
Coordenação Assistencial Não - Médica	1587,36	1,78	1404,53	1,58	1453,91	1,63	1481,93	1,66
CSTI - Central de Sistema de Tecnologia da Informação	0,03	0	0,01	0	2,93	0	0,99	0
Departamento Pessoal (DP)	4,32	0	4,72	0,01	9,92	0,01	6,32	0,01
Engenharia Clinica	282,81	0,32	157,86	0,18	1,79	0	147,49	0,17
Estacionamento	45,16	0,05	35,32	0,04	24,66	0,03	35,05	0,04
Farmácia	8,31	0,01	45,39	0,05	25,13	0,03	26,28	0,03
Gerência de Estudos de Pesquisas Científicas - MG	135,44	0,15	75,76	0,09	78,91	0,09	96,7	0,11
IEP - Instituto de Ensino e Pesquisa	2,94	0	6,53	0,01	1,95	0	3,81	0
Manutenção	3108,89	3,48	699,51	0,79	840,32	0,94	1549,57	1,74
Portaria e Segurança	82,13	0,09	100,02	0,11	105,49	0,12	95,88	0,11
Qualidade	4,47	0,01	0,01	0	2,93	0	2,47	0
Resíduos Hospitalares	36,52	0,04	24,45	0,03	32,75	0,04	31,24	0,04
Serviços de Higiene e Limpeza	1262,55	1,41	1253,61	1,41	1172,76	1,31	1229,64	1,38
SESMT	1187,64	1,33	1160,8	1,3	1091,32	1,22	1146,59	1,29
Suprema	191,72	0,21	146,36	0,16	208,87	0,23	182,32	0,2
Custos Próprios	-8,31	-0,01	-45,39	-0,05	-25,13	-0,03	-26,28	-0,03
TOTAL:	**13503,19**	15,11	**11052,12**	12,42	**9773,9**	10,93	**9773,9**	12,84
TOTAL DIRETOS + INDIRETOS + RATEIOS	**89326,31**	**100**	**89036,89**	**0**	**89301,52**	**100**	**89221,57**	**100**

Produto	Qtde.	R$ Unit.	Qtde.	R$ Unit.	Qtde.	R$ Unit.
Nº de Itens Movimentados - Farmácia	290361	0,31	294359	0,3	284388,84	0,31

- Salários

CUSTOS FIXOS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
PESSOAL NÃO MÉDICO								
SALÁRIOS	46574,78	52,14	48986,04	55,02	48845,29	54,7	48135,37	53,95
BENEFÍCIOS	1740,49	1,95	2284,88	2,57	1948,76	2,18	1991,38	2,23
HORAS EXTRAS	56,02	0,06	0	0	0	0	18,67	0,02
FÉRIAS, 13° SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	14604,23	16,35	12903,24	14,49	14487,31	16,22	13998,26	15,69
VERBAS RESCISÓRIAS - PROVISÕES	4878,09	5,46	6413,29	7,2	5733,29	6,42	5674,89	6,36
SUB-TOTAL:	**67853,61**	**75,96**	**70587,45**	**79,28**	**71014,65**	**79,52**	**69818,57**	**78,25**

Na conta salários, em pessoal não médico, deve-se abordar as mudanças que ocorreram no mês na equipe de trabalho do setor e que afetam os custos, como: Demissões, contratações, alterações salariais, dissídio, etc...

No exemplo acima houve a necessidade de justificar o valor do mês de setembro (R$ 46.574,78) para o mês de outubro (R$ 48.986,04), devido à diferença de R$ 2.411,26. Já para o mês de outubro em relação a novembro não foi preciso, pois, a diferença de R$ 140,75 é irrisória.

Não há a necessidade de análise das demais contas, pois variam de acordo com a conta salário.

- Materiais de consumo geral

CUSTOS FIXOS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
MATERIAIS DE CONSUMO GERAL								
MATERIAL DE EXPEDIENTE	3353	3,75	2265,34	2,54	3098,33	3,47	2905,56	3,26
MATERIAL DE MANUTENÇÃO	0	0	28	0,03	0	0	9,33	0,01
MATERIAL DE COPA E COZINHA	661,88	0,74	601,91	0,68	784,38	0,88	682,72	0,77
SUB-TOTAL:	**4014,88**	**80,45**	**2895,25**	**82,53**	**3882,71**	**83,87**	**3597,61**	**82,29**

Os itens material de expediente, material de manutenção e material de copa e cozinha serão justificados de acordo com o consumo do setor. O setor deverá justificar citandos os itens que tiveram variação de um mês para o outro e o motivo para tal variação. Ex: Nos materiais de consumo geral observamos um aumento no material de expediente, na utilização de formulário 80 C/ 2 vias, devido a problemas técnicos com a impressora, consumindo maior número de formulários. Também houve um aumento no uso de bobinas hiperroll picotada em relação ao mês

anterior, totalizando 9 a mais no consumo, o que justifica o aumento dos gastos dentro de material de copa e cozinha.

- Gerais

CUSTOS FIXOS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
GERAIS								
ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	-343,48	-0,38	-340,4	-0,38	-242,66	-0,27	0	-0,35
SUB-TOTAL:	**-343,48**	**80,07**	**-340,4**	**82,15**	**-242,66**	**83,6**	**-308,85**	**81,94**

Este item não deverá ser justificado pelo setor, porque a sua variação se dá de acordo com a utilização do plano de saúde.

- Indiretos

CUSTOS FIXOS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
INDIRETOS								
ÁGUA E ESGOTO	302	0,34	291	0,33	306	0,34	299,67	0,34
ENERGIA ELÉTRICA	80	0,09	84	0,09	82	0,09	82	0,09
INDENIZAÇÕES POR ACORDO	0	0	28	0,03	0	0	9,33	0,01
JUROS DE MORA	116	0,13	41	0,05	0	0	52,33	0,06
JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	150	0,17	124	0,14	97	0,11	123,67	0,14
MULTAS DE MORA	0	0	10	0,01	0	0	3,33	0
MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS	109	0,12	109	0,12	0	0	72,67	0,08
SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	148	0,17	105	0,12	105	0,12	119,33	0,13
TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	31	0,03	39	0,04	0	0	23,33	0,03
TAXAS DIVERSAS	83	0,09	0	0	164	0,18	82,33	0,09
TELEFONE	469	0,53	351	0,39	247	0,28	355,67	0,4
DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	0	0	359	0,4	0	0	119,67	0,13
DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	2293	2,57	2434	2,73	2539	2,84	2422	2,71
SUB-TOTAL:	**3781**	**84,31**	**3975**	**86,6**	**3540**	**87,56**	**3765,33**	**86,15**
TOTAL CUSTOS FIXOS	**75306,01**	**84,31**	**77117,3**	**86,6**	**78194,7**	**87,56**	**76872,67**	**86,15**

Os custos indiretos também não deverão ser justificados por se tratar de custos que não dependem de consumo exclusivamente do setor.

- Materiais e medicamentos de uso no paciente

CUSTOS VARIÁVEIS	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE USO NO PACIENTE								
DROGAS E MEDICAMENTOS	23,9	0,03	150,29	0,17	421,21	0,47	198,47	0,22
MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	252,21	0,28	406,18	0,46	743,71	0,83	467,37	0,52
MANIPULAÇÃO	241	0,27	311	0,35	168	0,19	240	0,27
SUB-TOTAL:	**517,11**	**84,89**	**867,47**	**87,58**	**1332,92**	**89,05**	**905,83**	**87,16**
TOTAL CUSTOS VARIÁVEIS	**517,11**	**84,89**	**867,47**	**87,58**	**1332,92**	**89,05**	**905,83**	**87,16**

O item Materiais e medicamentos de uso no paciente, dentro dos custos variáveis serão justificados de acordo com o consumo desses itens no setor. O setor deverá identificar os itens que foram responsáveis pela variação e identificá-los no relatório. Ex: Dentro de custos variáveis, tivemos um aumento no valor de medicamentos e perdas por quebra, verificamos alguns equívocos, dentre eles a baixa errada de um medicamento de alto custo, (sevoflurano) impactando diretamente no gasto. Reorientamos a equipe quanto a importância da atenção no momento de baixa no sistema.

Em relação a pedidos manipulados, houve uma diminuição nos gastos, os custos estão diretamente relacionados a gravidades dos pacientes.

- Rateios recebidos

	2018/09		2018/10		2018/11		Media	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
RATEIOS RECEBIDOS								
Administração Central Hospital - Rateios	0,68	0	0,03	0	0,05	0	0,25	0
Almoxarifado	33,68	0,04	15,98	0,02	28,24	0,03	25,97	0,03
Áreas comuns	930,01	1,04	457,44	0,51	1501,77	1,68	963,07	1,08
CEPEC	0,1	0	0	0	0	0	0,03	0
CME – Central de Material Esterelizado	0	0	173,38	0,19	0	0	57,79	0,06
Coordenação Administrativa	4606,74	5,16	5335,8	5,99	3215,33	3,6	4385,96	4,92
Coordenação Assistencial Não - Médica	1587,36	1,78	1404,53	1,58	1453,91	1,63	1481,93	1,66
CSTI - Central de Sistema de Tecnologia da Informação	0,03	0	0,01	0	2,93	0	0,99	0
Departamento Pessoal (DP)	4,32	0	4,72	0,01	9,92	0,01	6,32	0,01
Engenharia Clínica	282,81	0,32	157,86	0,18	1,79	0	147,49	0,17
Estacionamento	45,16	0,05	35,32	0,04	24,66	0,03	35,05	0,04
Farmácia	8,31	0,01	45,39	0,05	25,13	0,03	26,28	0,03
Gerência de Estudos de Pesquisas Científicas - MG	135,44	0,15	75,76	0,09	78,91	0,09	96,7	0,11
IEP - Instituto de Ensino e Pesquisa	2,94	0	6,53	0,01	1,95	0	3,81	0
Manutenção	3108,89	3,48	699,51	0,79	840,32	0,94	1549,57	1,74
Portaria e Segurança	82,13	0,09	100,02	0,11	105,49	0,12	95,88	0,11
Qualidade	4,47	0,01	0,01	0	2,93	0	2,47	0
Resíduos Hospitalares	36,52	0,04	24,45	0,03	32,75	0,04	31,24	0,04
Serviços de Higiene e Limpeza	1262,55	1,41	1253,61	1,41	1172,76	1,31	1229,64	1,38
SESMT	1187,64	1,33	1160,8	1,3	1091,32	1,22	1146,59	1,29
Suprema	191,72	0,21	146,36	0,16	208,87	0,23	182,32	0,2
Custos Próprios	-8,31	-0,01	-45,39	-0,05	-25,13	-0,03	-26,28	-0,03
TOTAL:	**13503,19**	15,11	**11052,12**	12,42	**9773,9**	10,93	**9773,9**	12,84
TOTAL DIRETOS + INDIRETOS + RATEIOS	**89326,31**	**100**	**89036,89**	**0**	**89301,52**	**100**	**89221,57**	**100**

Quanto ao item Rateios recebidos, o setor deve ficar atento aos itens que impactam diretamente o setor e também responder às variações dos custos dos itens CSTI - Central de Sistema de Tecnologia da Informação e Manutenção, pois esses custos variam de acordo com as solicitações demandadas por cada setor. Ex: Rateios recebidos, tivemos um pequeno aumento em relação ao mês anterior se tratando de manutenção do setor, sendo necessário algumas melhorias, como: conserto de cadeiras e ajustes no ar condicionado, quebra da pia de fracionamento.

- Quantidade e custo unitário

	2018/09		2018/10		2018/11	
Produto	**Qtde.**	**R$ Unit.**	**Qtde.**	**R$ Unit.**	**Qtde.**	**R$ Unit.**
Nº de Itens Movimentados - Farmácia	290361	0,31	294359	0,3	284388,84	0,31

Ao final do relatório o setor deve elaborar uma análise do valor unitário em relação ao mês anterior e também em relação à meta. Ex: No mês de novembro obtivemos o valor de 0,31, estando acima da meta proposta para o indicador, comparando ao mês anterior tivemos uma diminuição de itens dispensados e por ser inversamente proporcional impacta diretamente no valor total do indicador.

Segue abaixo o modelo compilado de análise crítica sugerido.

Modelo de análise crítica

No mês de Novembro, o setor de farmácia não apresentou variação significativa dos custos fixos, como: salários da equipe, entre outros, permanecendo com mesmo quadro de funcionários.

Nos materiais de consumo geral observamos um aumento no material de expediente, na utilização de formulário 80 C/ 2 vias, devido a problemas técnicos com a impressora, consumindo maior número de formulários. Também houve um aumento no uso de bobinas hiperroll picotada em relação ao mês anterior, totalizando 9 a mais no consumo, o que justifica o aumento dos gastos dentro de material de copa e cozinha.

Dentro de custos variáveis, tivemos um aumento no valor de medicamentos e perdas por quebra, verificamos alguns equívocos, dentre eles a baixa errada de um medicamento de alto custo, (sevoflurano) impactando diretamente no gasto. Reorientamos a equipe quanto a importância da atenção no momento de baixa no sistema.

Em relação a pedidos manipulados, houve uma diminuição nos gastos, os custos estão diretamente relacionados a gravidades dos pacientes.

Rateios recebidos, tivemos um pequeno aumento em relação ao mês anterior se tratando de manutenção do setor, sendo necessário algumas melhorias, como: conserto de cadeiras e ajustes no ar condicionado, quebra da pia de fracionamento.

No mês de novembro obtivemos o valor de 0,31, estando acima da meta proposta para o indicador, comparando ao mês anterior tivemos uma diminuição de itens dispensados e por ser inversamente proporcional impacta diretamente no valor total do indicador.

IV. Siglas e Definições

CSC - Central de Serviços Compartilhados

RM TOTVS – Sistema de gestão hospitalar, financeira, entre outros.

PJ – Pessoa Jurídica.

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

I. Objetivos

O modelo de Organização Social de Saúde (OSS) é norteado pelo controle dos custos, uma vez que o objetivo da organização não é o lucro. Colaborando com o citado, de acordo com a legislação vigente a OSS recebe uma renda social referente ao valor de custeio citado em proposta de concorrência prevista em edital, logo a sustentabilidade da organização é gerenciada por um apurado controle de custos com o objetivo de otimizá-los. Visando garantir a correta alocação dos recursos a OSS HMTJ trabalha com a metodologia de apuração de custos por absorção plena aonde tem todo o controle de custos por unidade de saúde, centro de custos e produtos gerados, valendo ressaltar que para atingir esses resultados foi estabelecido um cronograma rígido em que são necessárias tanto a participação da unidade central como também todas as lideranças das unidades. Os dados são alimentados e recebem uma análise prévia até o dia 10 do mês subsequente, sendo que a partir dessa data cada gestor de centro de custos analise seu custo unitário, assim gerando subsídio para a Coordenação Administrativa analisar os custos da unidade como um todo. Essa análise é realizada em uma reunião de todas as unidades em conjunto com a Direção da OSS HMTJ com objetivo de disseminação da metodologia e principalmente da cultura de análise e otimização de custos.

II. Materiais

Computador;

Módulo de gestão de custos RM TOTVS;

III. Descrição dos passos da atividade

- Discutir com os assistentes de Custos os dados inseridos mensalmente no sistema de custos pelas unidades na segunda semana de cada mês, identificando as principais dificuldades encontradas para fechamento dos relatórios;
- Fornecer, a todos os gestores de unidades informações referentes aos seus custos dos respectivos centros de custos, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos;
- Gerar subsídio para análise dos custos ao longo do tempo;
- Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados com as unidades;
- Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;

- Permitir a comparação e a evolução dos custos periodicamente;
- Permitir a comparação dos custos com o valor previsto em contrato para gestão da unidade;

IV. Siglas e Definições

RM TOTVS – Sistema de Gestão hospitalar, financeira, entre outros.
SigQuali - Software de Gestão de Qualidade no Setor de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

MATOS, Afonso José de.Técnicas Análises e Tomada de Decisão: 3 ed. São Paulo, 2005.

I. Objetivos

Geração do cubo custo do paciente e gerenciamento do cubo, o qual possibilita a mensuração dos custos utilizados por cada paciente, classificando por tipo de atendimento, especialidade, procedimento, centro de custos, insumos utilizados, entre outros. Apontando qual foi o custo total de cada paciente hospitalizado na unidade.

II. Materiais

Computador e Sistema RM TOTVS (Sistema de gestão de custos).

III. Descrição dos passos da atividade

1º Passo:

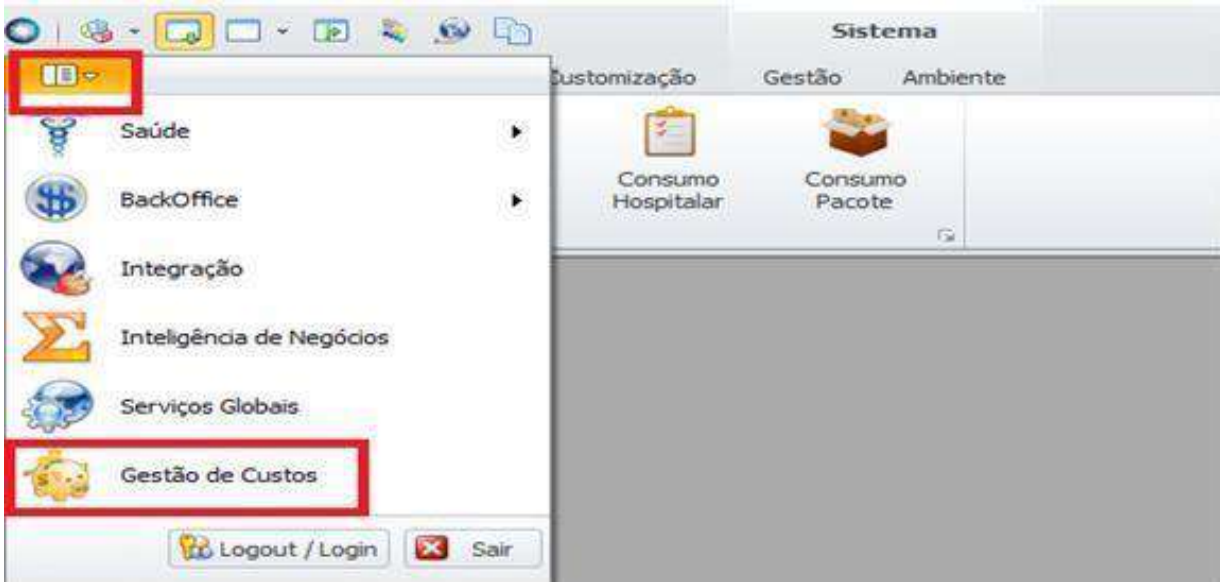
Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:

2º Passo:

Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.

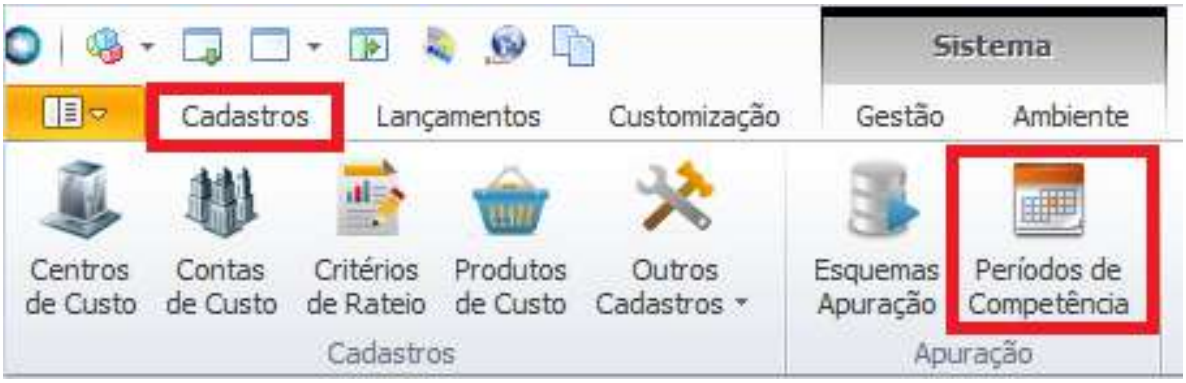
3º Passo:

Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Gestão de Custos.



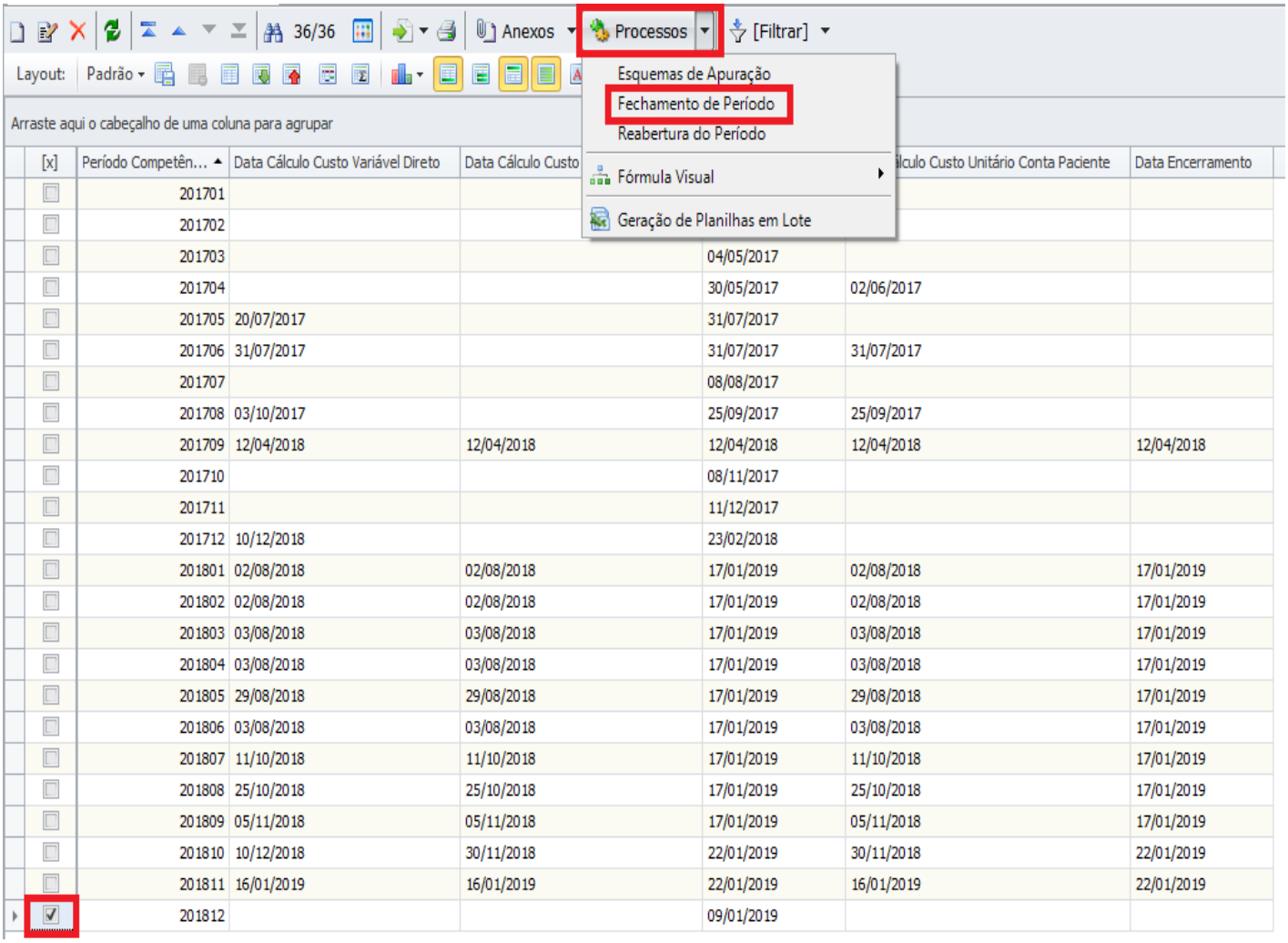
4º Passo:

Selecione “Períodos de Competência” conforme imagem abaixo.



5º Passo:

Selecione o "quadrado" no canto esquerdo da competência desejada, abra os campos de "Processos" e em seguida selecione "Fechamento de Período", conforme imagem abaixo.



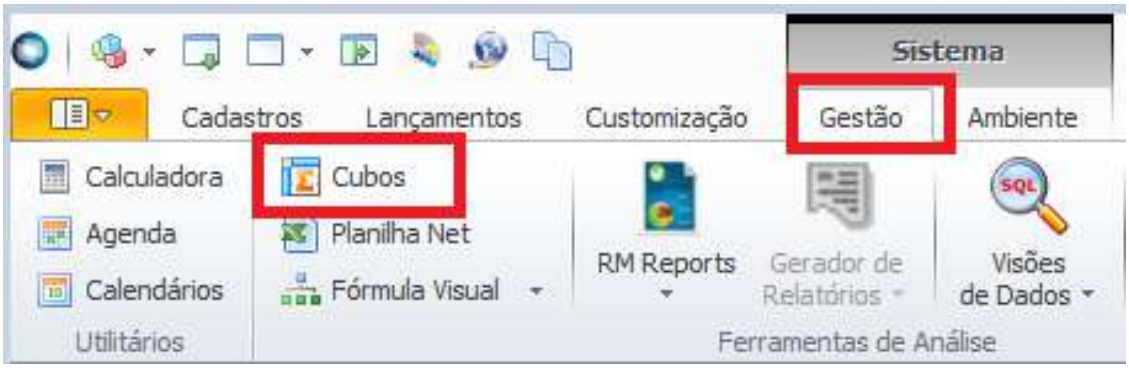
[x]	Período Competên...	Data Cálculo Custo Variável Direto	Data Cálculo Custo			Data Encerramento
☐	201701					
☐	201702					
☐	201703			04/05/2017		
☐	201704			30/05/2017	02/06/2017	
☐	201705	20/07/2017		31/07/2017		
☐	201706	31/07/2017		31/07/2017	31/07/2017	
☐	201707			08/08/2017		
☐	201708	03/10/2017		25/09/2017	25/09/2017	
☐	201709	12/04/2018	12/04/2018	12/04/2018	12/04/2018	12/04/2018
☐	201710			08/11/2017		
☐	201711			11/12/2017		
☐	201712	10/12/2018		23/02/2018		
☐	201801	02/08/2018	02/08/2018	17/01/2019	02/08/2018	17/01/2019
☐	201802	02/08/2018	02/08/2018	17/01/2019	02/08/2018	17/01/2019
☐	201803	03/08/2018	03/08/2018	17/01/2019	03/08/2018	17/01/2019
☐	201804	03/08/2018	03/08/2018	17/01/2019	03/08/2018	17/01/2019
☐	201805	29/08/2018	29/08/2018	17/01/2019	29/08/2018	17/01/2019
☐	201806	03/08/2018	03/08/2018	17/01/2019	03/08/2018	17/01/2019
☐	201807	11/10/2018	11/10/2018	17/01/2019	11/10/2018	17/01/2019
☐	201808	25/10/2018	25/10/2018	17/01/2019	25/10/2018	17/01/2019
☐	201809	05/11/2018	05/11/2018	17/01/2019	05/11/2018	17/01/2019
☐	201810	10/12/2018	30/11/2018	22/01/2019	30/11/2018	22/01/2019
☐	201811	16/01/2019	16/01/2019	22/01/2019	16/01/2019	22/01/2019
☑	201812			09/01/2019		

6º Passo:

Selecione os "quadrados" de acordo com a sequência numérica da imagem e depois clique em "executar", lembrando que deve selecionar e executar uma opção de cada vez.

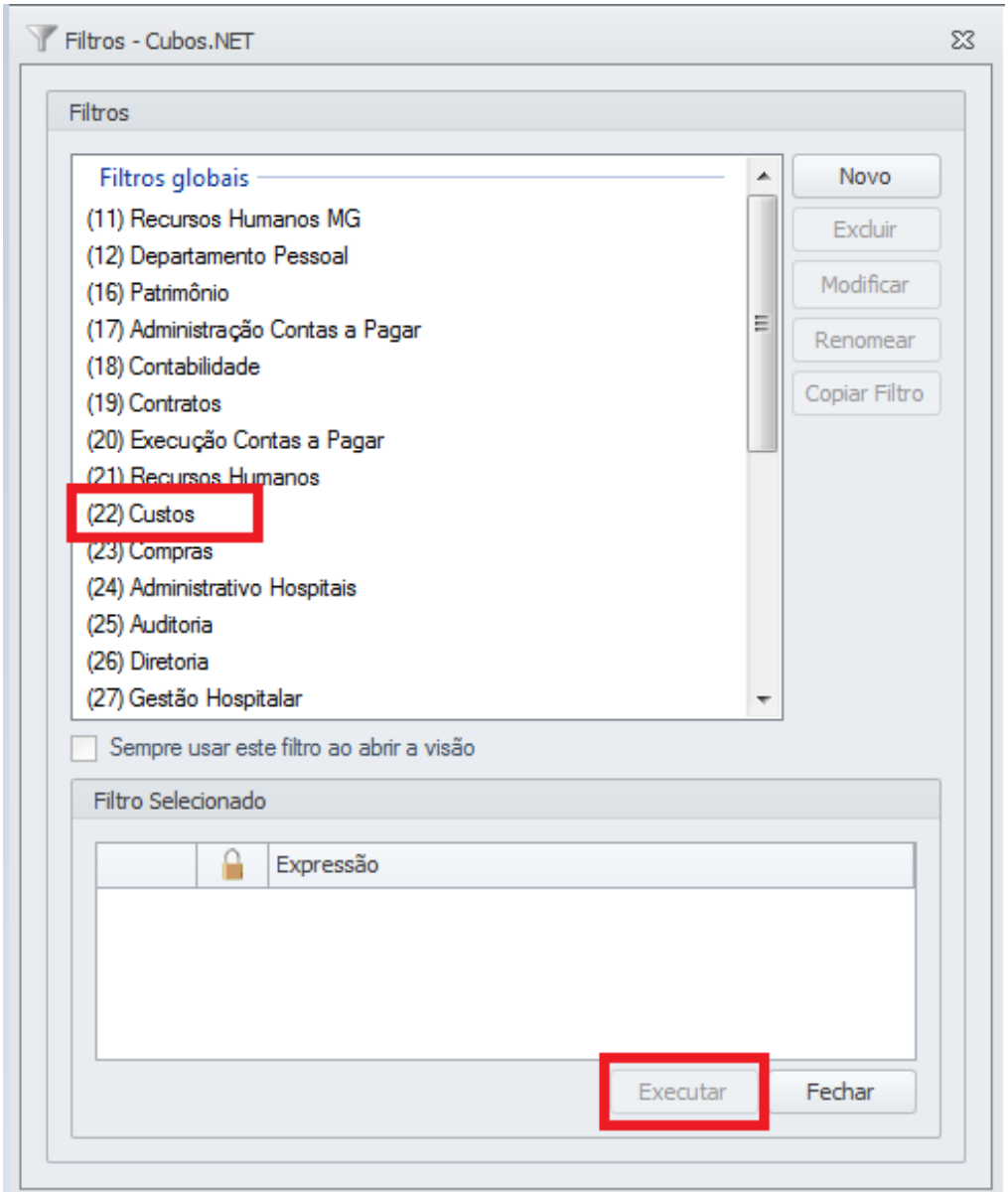
7º Passo:

Clique na aba "Gestão" e em seguida selecione o "Cubos".



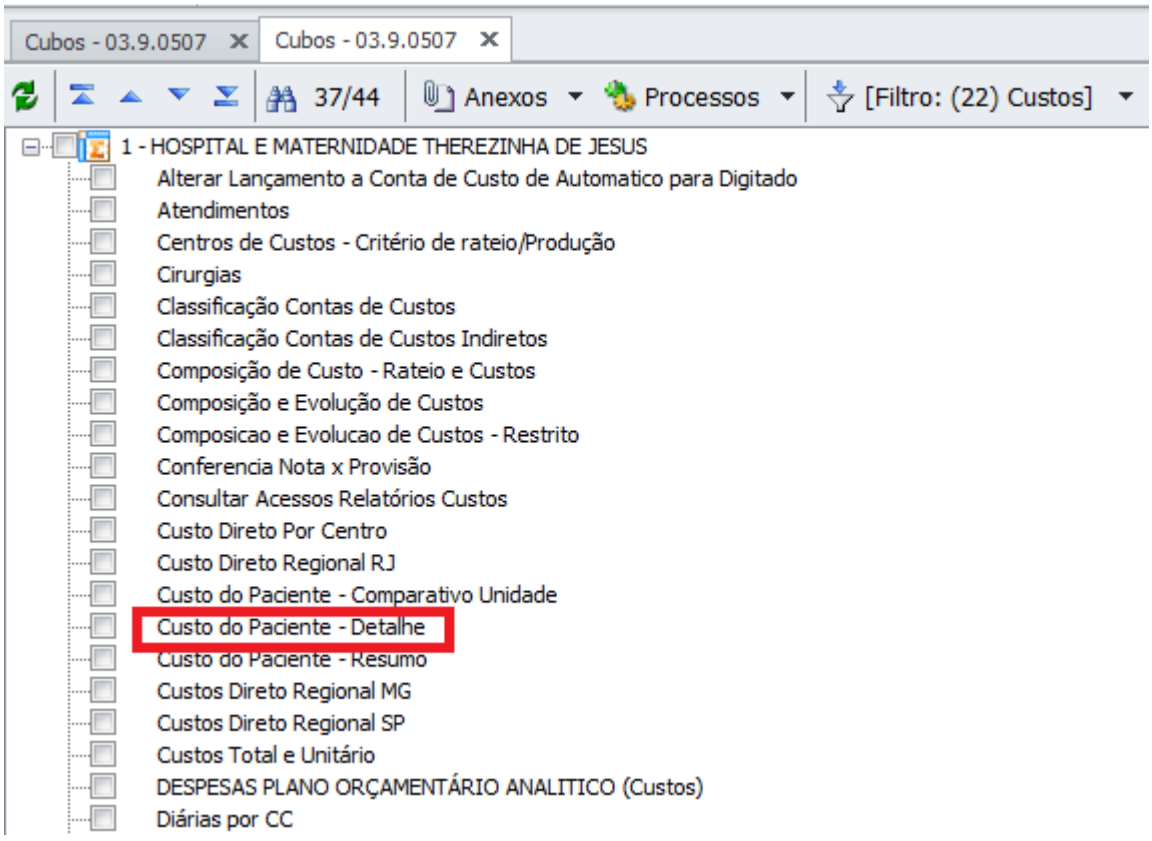
8º Passo:

Na próxima tela, selecione o filtro "(22) Custos" e clique em executar.



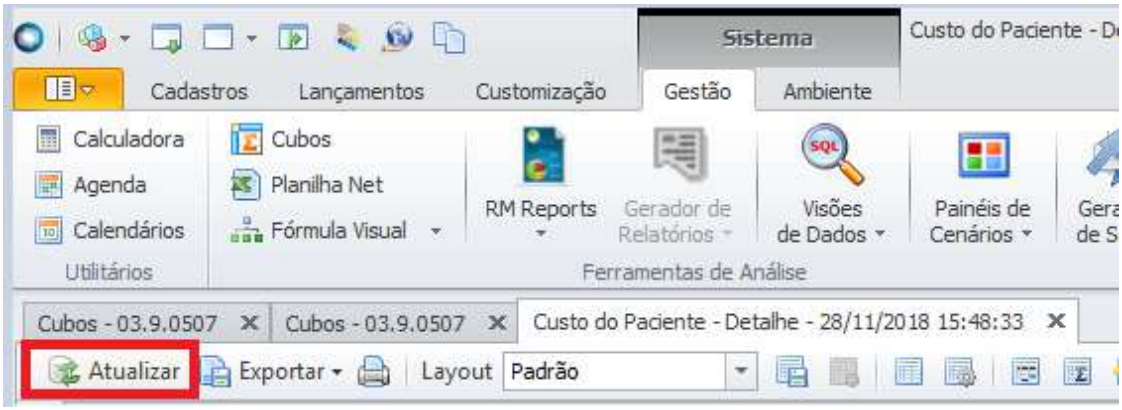
9º Passo:

Dando continuidade, procure pelo cubo “Custo do Paciente - Detalhe” e dê um duplo clique no mesmo.



10º Passo:

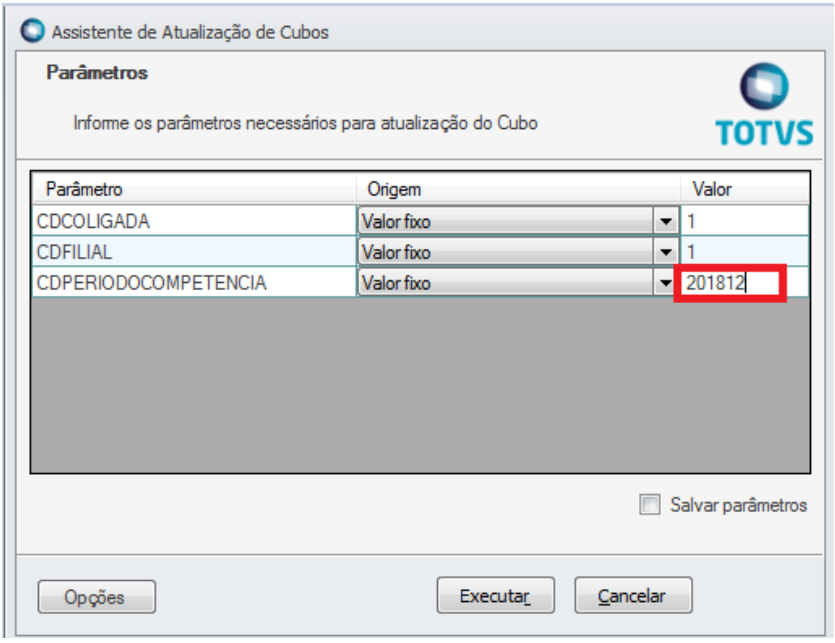
Após o duplo clique o sistema irá abrir o cubo, porém estará gravada a última atualização salva. Para atualizar o cubo clique no primeiro ícone no canto superior esquerdo “atualizar”.



11º Passo:

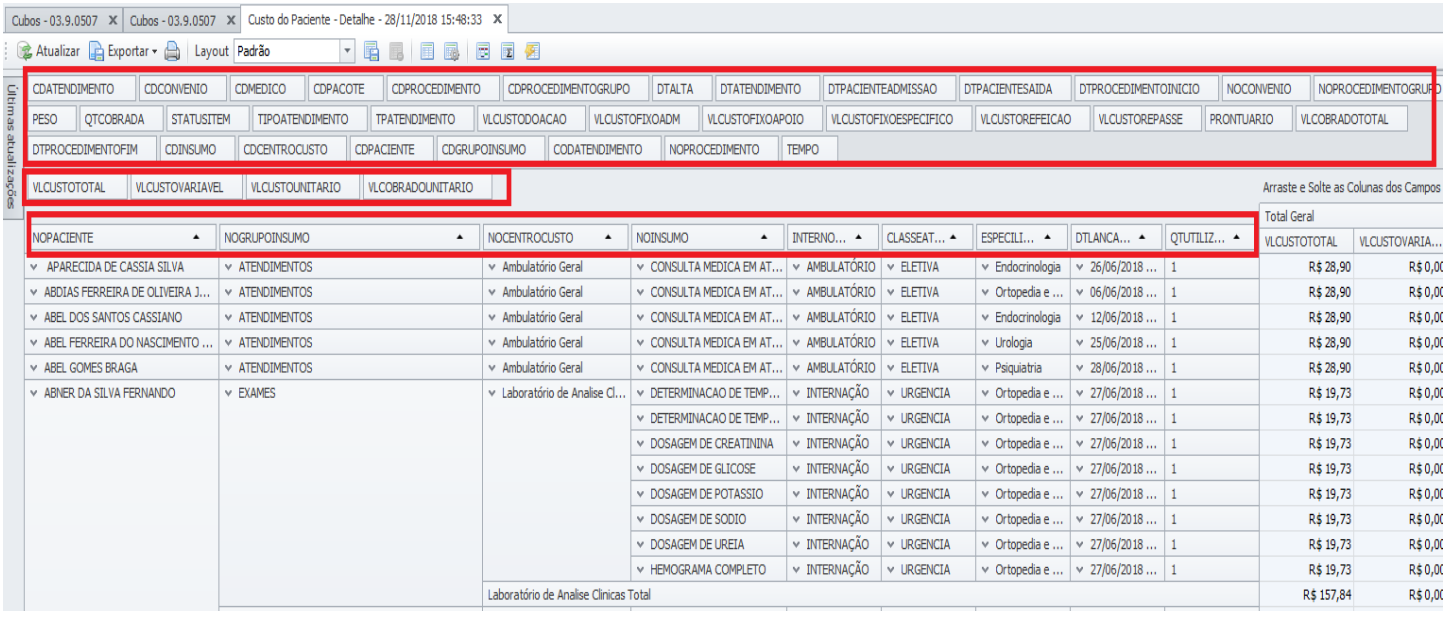
Preencha o campo do "CDPERIOFOCOMPETENCIA" de acordo com o período que desejar analisar, lembrando que é necessário preencher primeiro o ano e depois o mês, por exemplo: 201812.

Os outros campos não é preciso alterar, mantendo o valor fixo como "1".



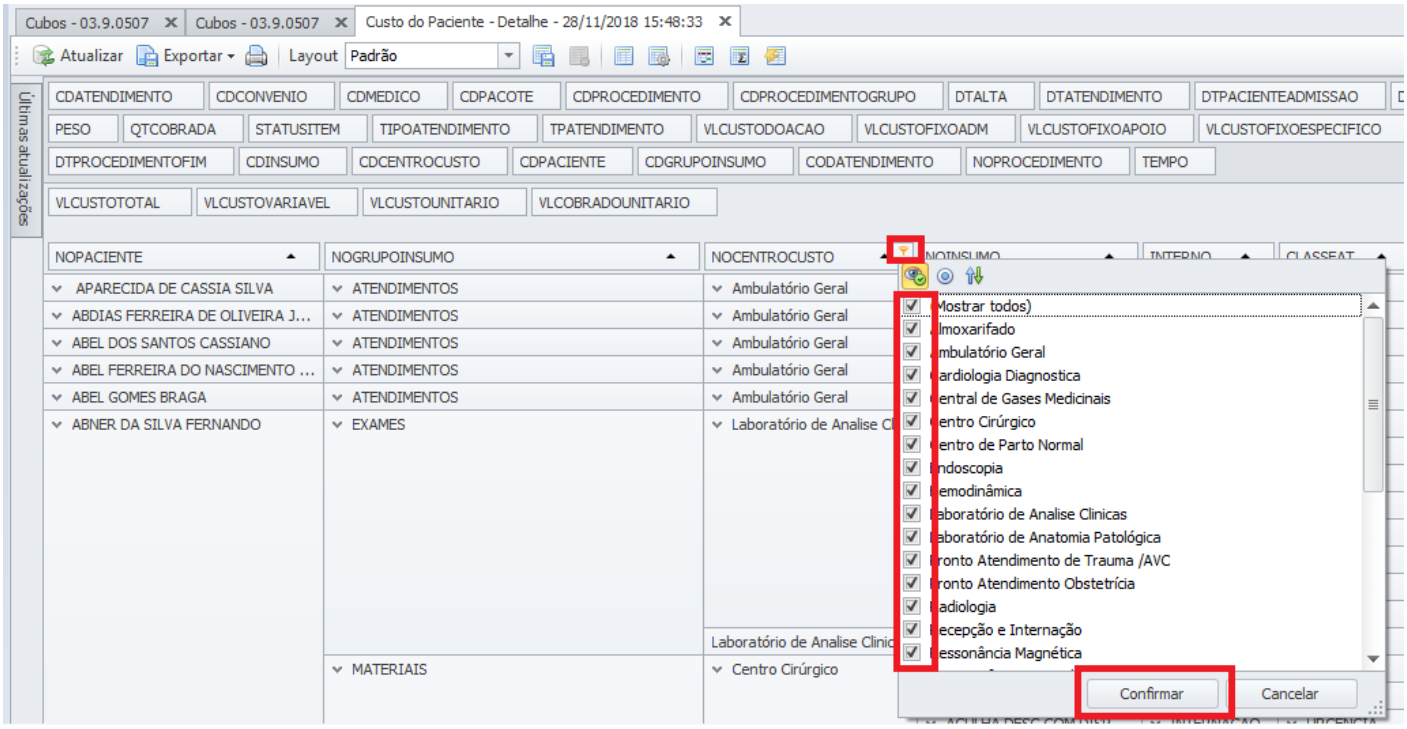
12º Passo:

Após a atualização do cubo podemos observar diversos filtros existentes. Para trabalhar com o filtro desejado, selecione o mesmo na parte superior e arraste para a parte inferior, lembrando que as ordens das colunas alteram o layout do relatório. Quando não for trabalhar mais com o filtro desejado, retorne-o para a parte superior.



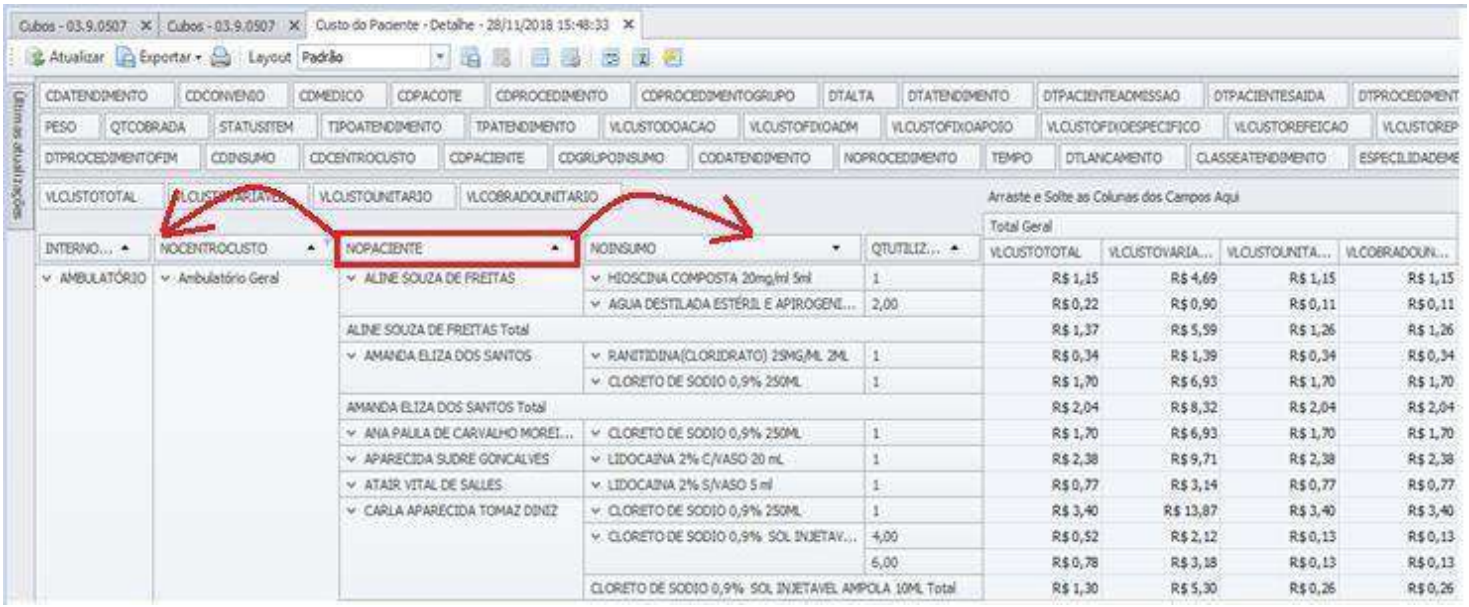
13º Passo:

O cubo nos possibilita gerenciar os diversos filtros existentes. Para filtrar basta clicar na "chave" (para a visualização da mesma, mantenha o cursor em cima do filtro desejado) ao lado do filtro e selecionar os dados desejados, após selecionar, clique em confirmar.



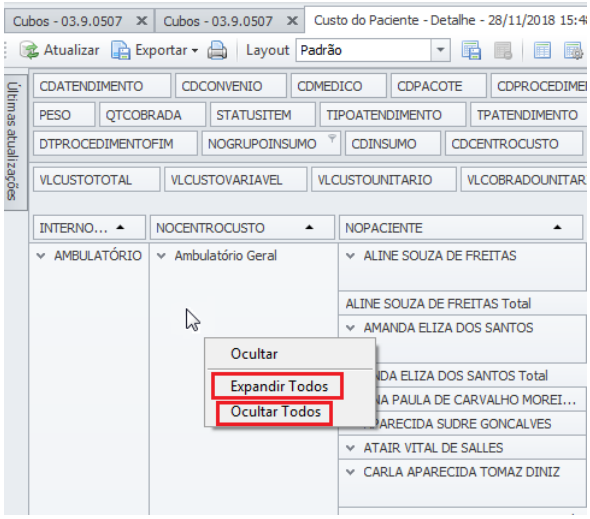
14º Passo:

É possível alterar a ordem do filtro, modificando o tipo de análise e comparação a ser feita. Para isso, arraste o filtro desejado entre as colunas.

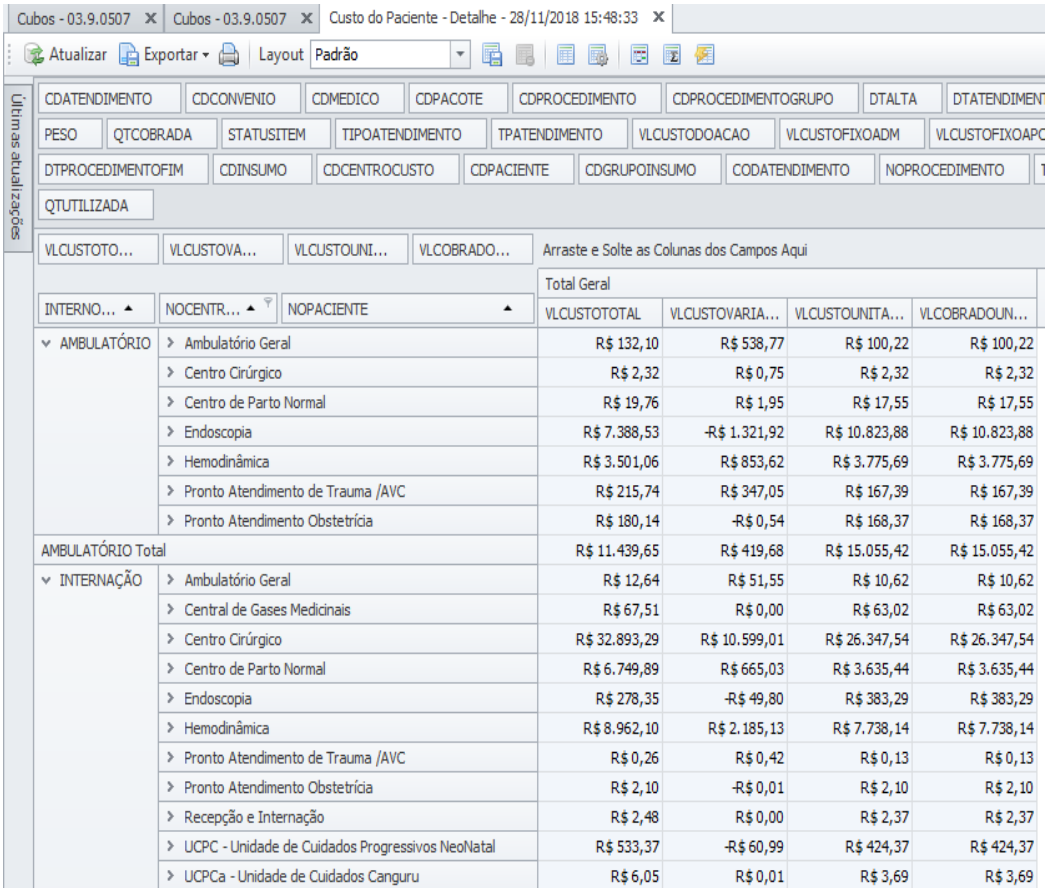


15º Passo:

O cubo ainda tem a opção de minimizar e maximizar as informações, dando a possibilidade de agrupar os dados e visualizar os subtotais desses grupos, facilitando a análise gerencial. Para isso, clique com o botão direito do mouse no campo desejado e selecione se deseja expandir ou ocultar os dados.

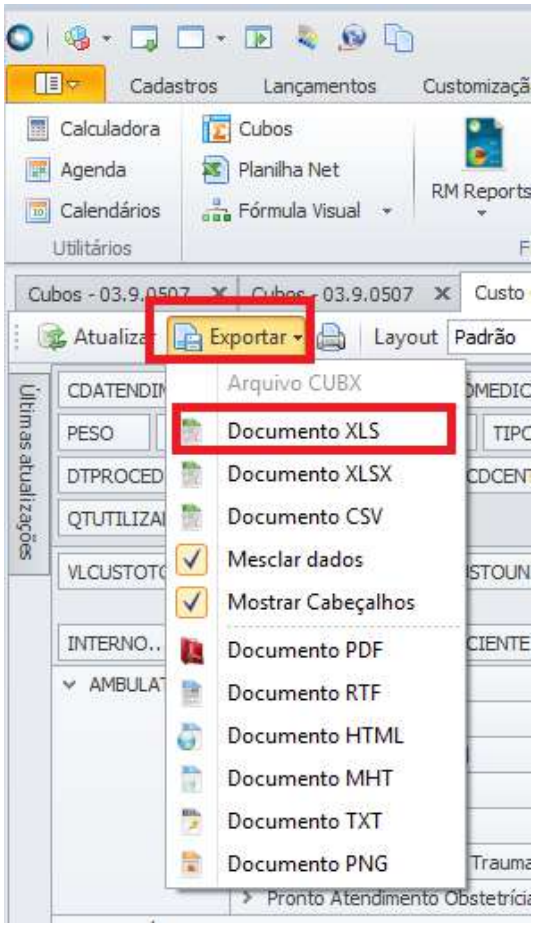


Após ocultar os dados, o relatório demonstra as informações agrupadas e apresenta os subtotais conforme imagem abaixo.



16º Passo:

Após o manuseio, ainda temos a possibilidade de exportar o cubo para o Excel. Para isso, clique no ícone "Exportar", em seguida selecione a opção "Documento XLS" e selecione o local desejado para salvar o relatório.



IV. Siglas e Definições

RM TOTVS – Sistema de gestão hospitalar, financeira, entre outros.

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

I. Objetivos

Processo de análise e validação de todos os custos envolvidos para execução dos serviços prestados pela instituição, gerando relatórios que subsidiem a tomada de decisão da diretoria. O assistente de custos deve manter os relatórios atualizados e buscar a otimização dos custos envolvidos que contribuirão para a saúde financeira da unidade.

II. Materiais

Computador

III. Descrição dos passos da atividade

1º Passo:

Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:

2º Passo:

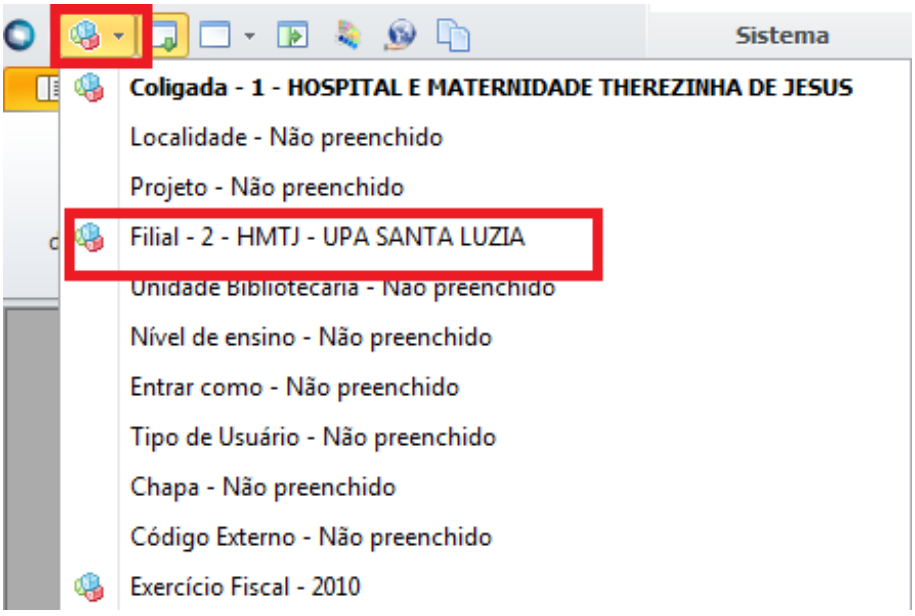
Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.

3º Passo:

Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Gestão de Custos.

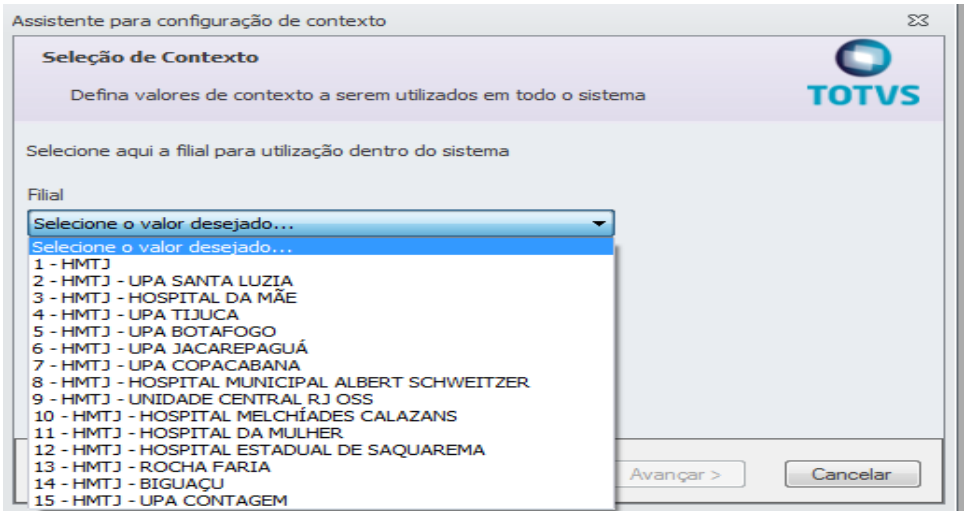
4º Passo:

4.1 Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela e em seguida, selecione a filial que aparece para você para dar continuidade no processo.

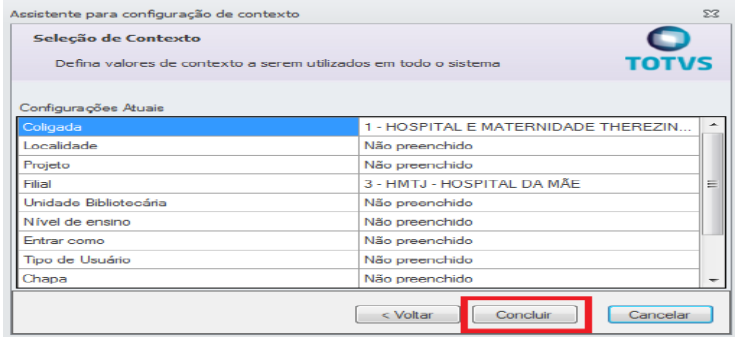


4.2 Clique em avançar para poder escolher sua filial, como mostra a figura abaixo:

4.3 Selecione a filial referente a sua unidade e em seguida, clique em avançar.

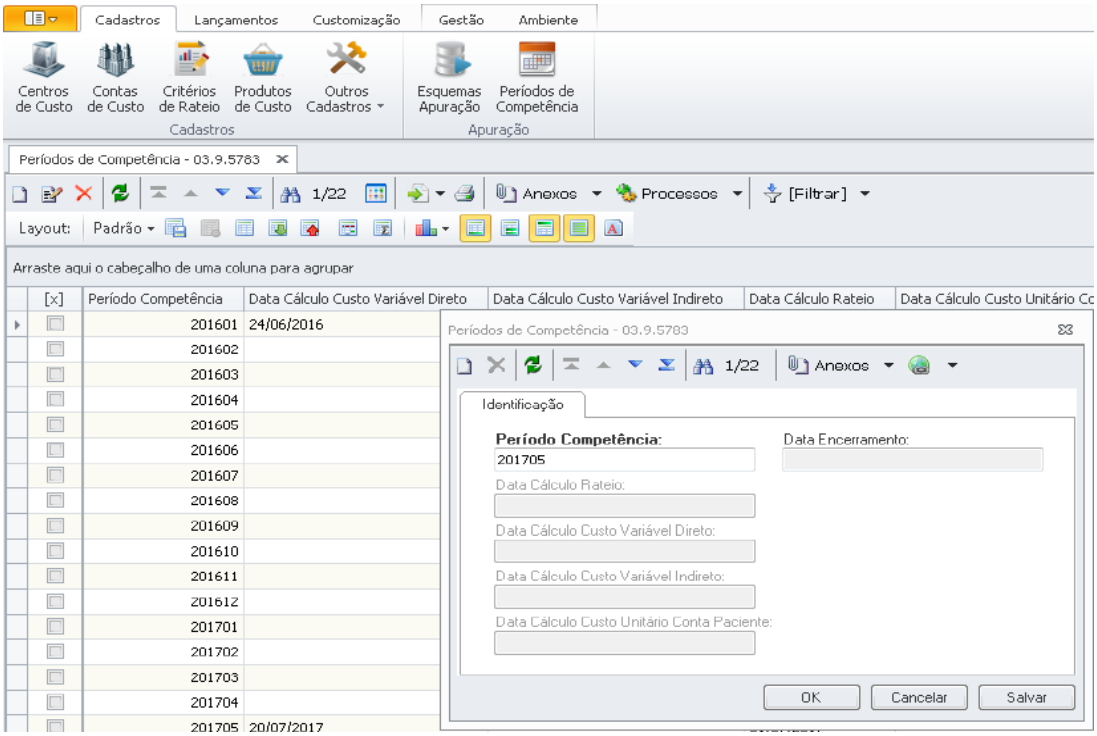


4.4 Clique em concluir, como mostra a figura abaixo:



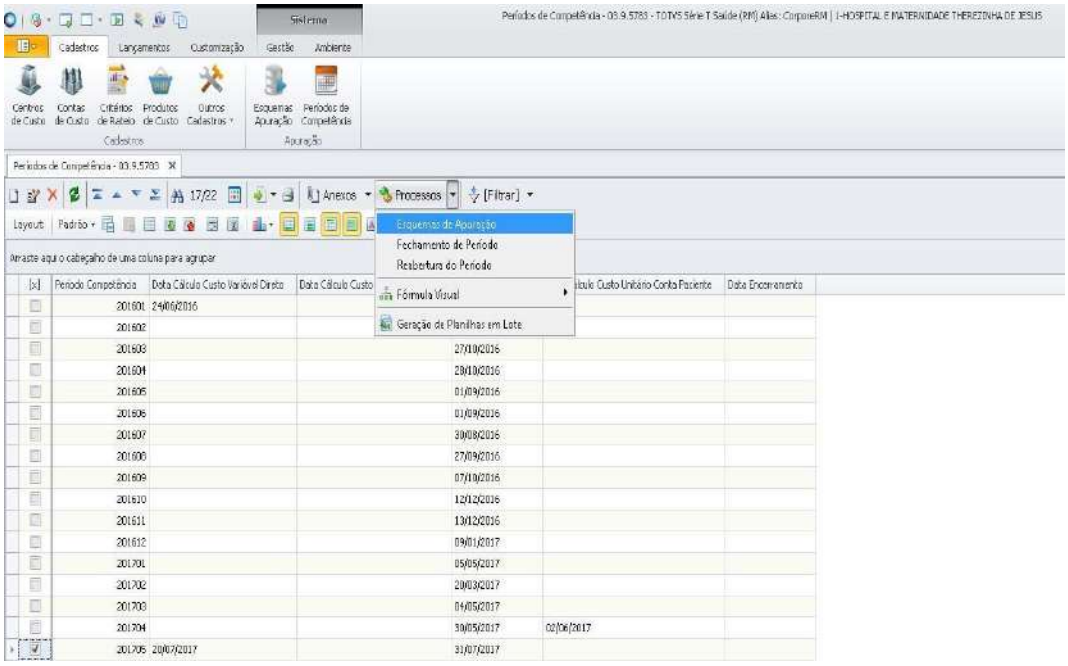
5º Passo:

Clique em Períodos de Competência, na próxima tela clique no ícone localizado no canto esquerdo "incluir" digite a competência a ser aberta seguindo o padrão do sistema AAAAMM (ano e mês) e em seguida clique em OK.

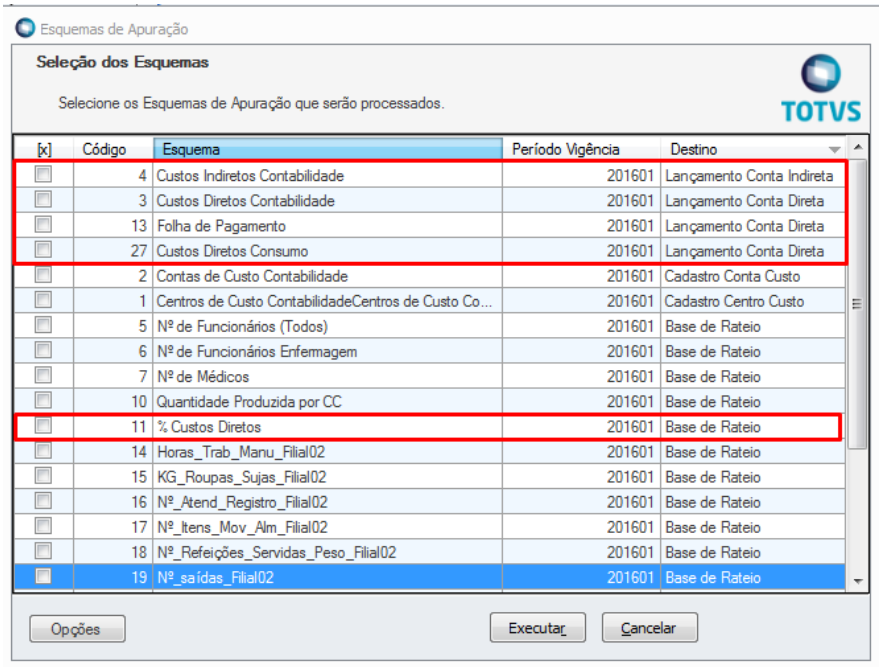


6º Passo:

6.1 Após receber o email da Contabilidade validando a folha de pagamento e liberando a mesma para importação, clique em Períodos de Competência, clique na caixa ao lado da competência que deseja importar a folha, em seguida em Processos e Esquemas de Apuração.

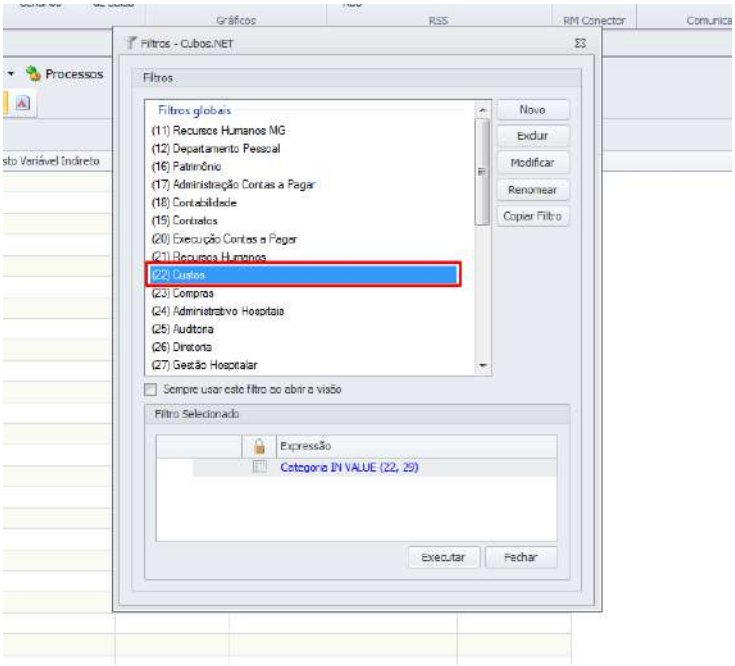


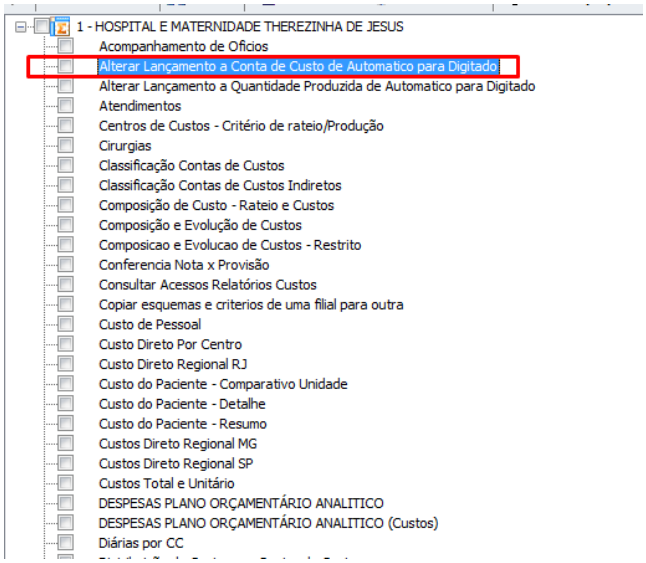
6.2 Na próxima tela, será necessário realizar apurações referente a folha de pagamento, Custos Diretos Contabilidade, Custos Diretos Consumo, % Custos Diretos e Custos Indireto. Clique em executar um código por vez, na sequência informada.

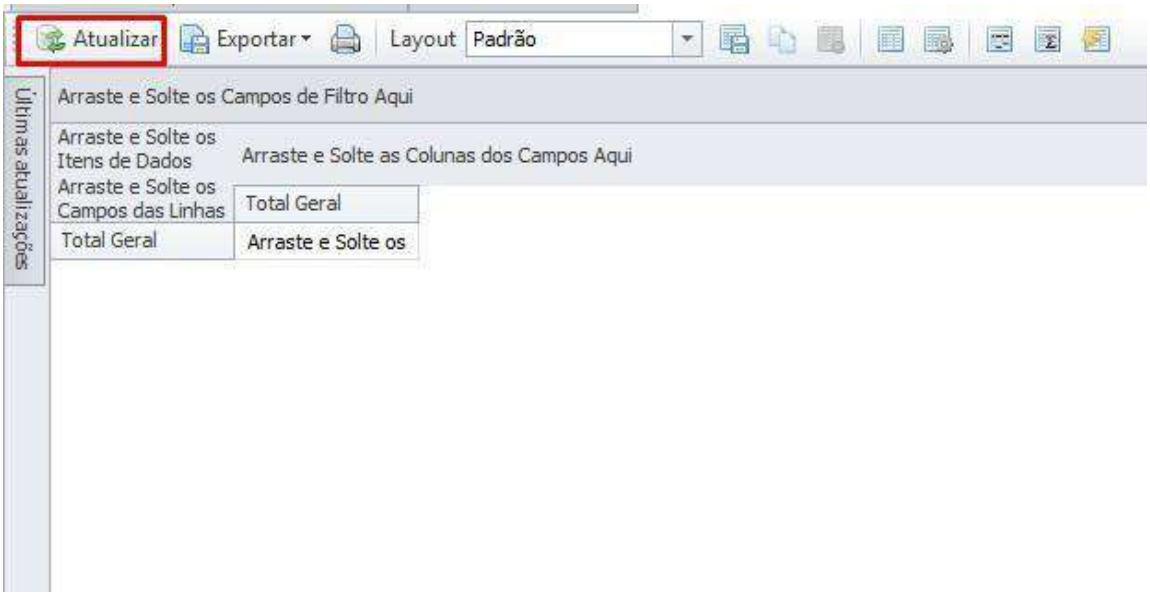


6.3 Na próxima etapa, será necessário alterar as contas de custo de automático para digitado.

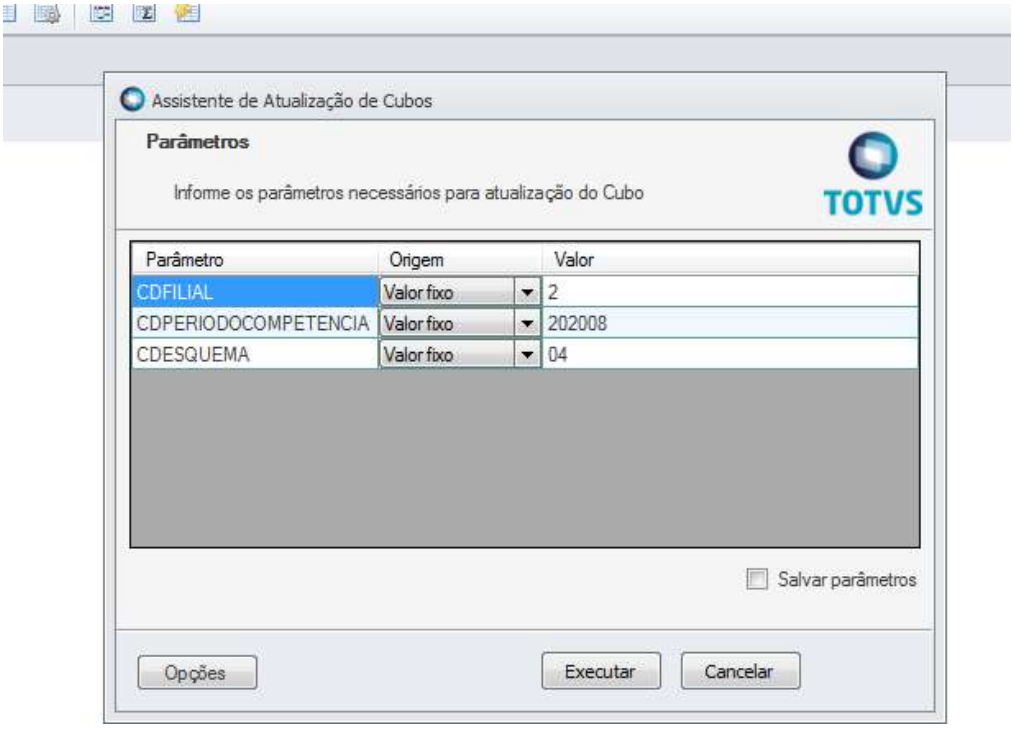
Sistema
Períodos de Competência
Cadastros
Lançamentos
Customização
Gestão
Ambiente
Calculadora
Agenda
Calendários
Utilitários
Cubos
Planilha Net
Fórmula Visual
RM Reports
Gerador de Relatórios
Visões de Dados
Painéis de Cenários
Gerador de Saída
Ferramentas de Análise


Filtros - Cubos.NET
Filtros
Filtros globais
(11) Recursos Humanos MG
(12) Departamento Pessoal
(16) Patrimônio
(17) Administração Contas a Pagar
(18) Contabilidade
(19) Contratos
(20) Execução Contas a Pagar
(21) Recursos Humanos
(22) Custos
(23) Compras
(24) Administrativo Hospitalar
(25) Auditoria
(26) Diretoria
(27) Gestão Hospitalar
Novo
Excluir
Modificar
Renomear
Copiar Filtro
Sempre usar este filtro ao abrir a visão
Filtro Selecionado
Expressão
Categoria IN VALUE (22, 29)
Executar
Fechar


1 - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Acompanhamento de Oficios
Alterar Lançamento a Conta de Custo de Automatico para Digitado
Alterar Lançamento a Quantidade Produzida de Automatico para Digitado
Atendimentos
Centros de Custos - Critério de rateio/Produção
Cirurgias
Classificação Contas de Custos
Classificação Contas de Custos Indiretos
Composição de Custo - Rateio e Custos
Composição e Evolução de Custos
Composicao e Evolucao de Custos - Restrito
Conferencia Nota x Provisão
Consultar Acessos Relatórios Custos
Copiar esquemas e criterios de uma filial para outra
Custo de Pessoal
Custo Direto Por Centro
Custo Direto Regional RJ
Custo do Paciente - Comparativo Unidade
Custo do Paciente - Detalhe
Custo do Paciente - Resumo
Custos Direto Regional MG
Custos Direto Regional SP
Custos Total e Unitário
DESPESAS PLANO ORÇAMENTÁRIO ANALITICO
DESPESAS PLANO ORÇAMENTÁRIO ANALITICO (Custos)
Diárias por CC



Será necessário digitar a filial, competência (AAAAMM) e o código do esquema apurado (código apresentado na página 6).



8º Passo:
8.1.

Após receber o balancete da contabilidade, o assistente de custos deverá calcular o custo total da unidade seguindo a seguinte fórmula:

Conta 3.2 Débito - Crédito
Conta 3.3.1 Débito - Crédito
Conta 3.4.1.2 Débito - Crédito

3.2	544	CUSTO DOS SERVIÇOS	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1	545	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1	546	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1.01	547	PESSOAL PRÓPRIO	12.953.396,73	1.870.752,73	109.674,83-
3.2.1.1.01.00	548	SALÁRIO CONTRATUAL	6.652.942,89	916.416,11	37.750,64-
3.2.1.1.01.00	549	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	881.112,28	114.196,24	0,00
3.2.1.1.01.00	550	ADICIONAL NOTURNO	804.584,63	108.328,87	0,00
3.2.1.1.01.00	551	HORAS EXTRAS	19.412,65	28.302,30	0,00
3.2.1.1.01.00	552	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	16.600,76	1.912,52	0,00
3.2.1.1.01.00	554	PRÊMIO ASSIDUIDADE	630.470,88	83.093,21	0,00
3.2.1.1.01.00	555	13° SALÁRIO PROVISIONADO	828.577,26	111.787,59	0,00
3.2.1.1.01.00	556	FÉRIAS PROVISIONADAS	1.151.703,74	149.567,19	0,00
3.2.1.1.01.00	2022	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	48.636,26	2.559,11	0,00
3.2.1.1.01.00	2023	DSR E FERIADO TRABALHADO	112.408,03	27.952,31	0,00
3.2.1.1.01.00	2024	AFASTAMENTO POR DOENÇA	96.852,07	13.254,01	0,00
3.2.1.1.01.00	2025	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	14.390,35	2.593,33	0,00
3.2.1.1.01.00	2026	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	450.979,66	66.609,17	5.320,65-
3.2.1.1.01.00	2028	FGTS NA RESCISÃO	618.738,30	83.012,67	0,00
3.2.1.1.01.00	2030	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	405.018,67	87.296,34	24.668,74-

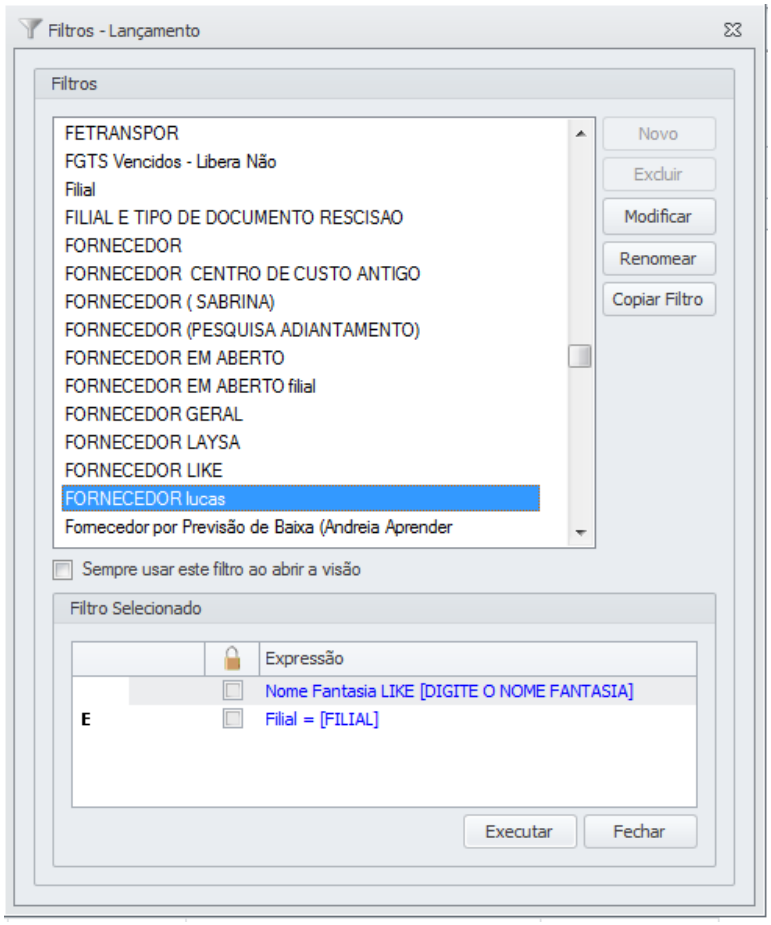
Para calcular as contas de custo: Salário Contratual, Encargos, Verbas, Benefícios e Hora Extra, segue tabela:

Descrição	Se Refere
SALÁRIOS	Salário Contratual
	Adicional Insalubridade
	Adicional Noturno
	Prêmio Assiduidade
	Adicional de Periculosidade
	Afastamento por Doença
	DSR e Feriado Trabalhado
	Gratificações e Vantagens PE
ENCAGOS (FÉRIAS)	Abono Pecuniário de Férias
	Férias Provisionadas
	13º Salário Provisionado
	FGTS
	PIS
VERBAS	FGTS na Rescisão
	Aviso Prévio e Indenizações
BENEFÍCIOS	Vale Transporte
	PAT
HORAS EXTRAS	Horas Extras

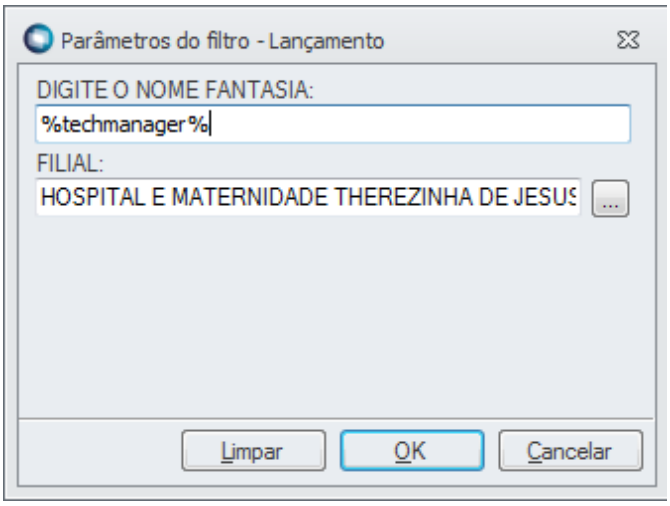
9º Passo:

9.1 Caso haja dúvida no serviço prestado pelo fornecedor, o assistente de custos deverá acessar o RM Gestão Financeira.

9.2 Em seguida selecione o filtro fornecedor e preencha os campos solicitados.



Obs.: Coloque o nome do fornecedor entre %.



9.3 Na próxima tela, localize o lançamento e copie o código do campo CNPJ.

Mês de Comp...	Número do Documento	cnpj
	0322388501	DOC_2_26551148000108_0322388501
08/2020	0202073601	DOC_2_26551148000108_0202073601
	0318332201	DOC_2_26551148000108_0318332201
	0316411501	DOC_2_26551148000108_0316411501
07/2020	0202071001	DOC_2_26551148000108_0202071001
06/2020	0202068901	DOC_2_26551148000108_0202068901
	0313179501	DOC_2_26551148000108_0313179501
05/2020	0202066501	DOC_2_26551148000108_0202066501
	0310798701	DOC_2_26551148000108_0310798701
04/2020	0202063901	DOC_2_26551148000108_0202063901
	0000843201	DOC_2_26551148000108_0000843201

9.4 Em seguida abra o navegador e entre com seu login e senha no FLUIG.
Cole o código no campo de busca, apague os dois últimos dígitos e dê enter para pesquisar.
Ao aparecer o registro clique nos 3 pontos ao lado da descrição e em download para baixar a imagem referente a nota fiscal.

9.5 Abra a imagem baixada e visualize o serviço prestado para verificar se há a necessidade de mudança de centro de custos ou conta contábil. A informação também é importante para as justificativas das variações.

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES

CONTRATO 1107.021653 2017 SERVICO Manutencao de maquinas, aparelhos e equipamentos COMPETENCIA 08 20
17 DATA DE VENCIMENTO 15 SEP 17 TAXA DE CONVERSAO 3.1161 RETENCAO CONFORME ART.34 DA LEI N 13.137 15
PRIVADO NAO SUJEITO A RETENCAO DE ISS POR TOMADOR VALOR LIQUIDO 12381.46

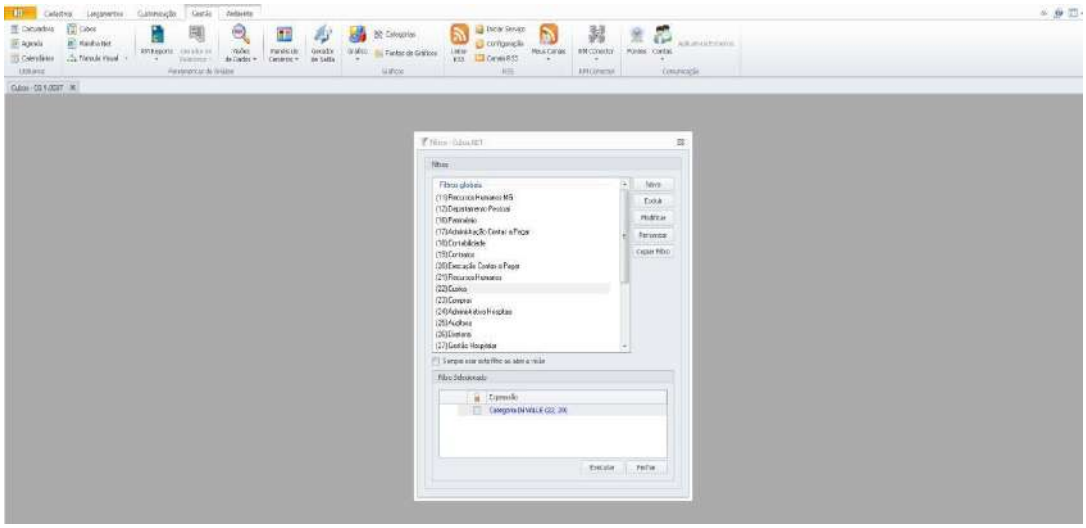
VALOR NÃO INCLUÍDO NA BASE DE CÁLCULO (exceto tributos federais)	R$ 0,00	Observações	ISSQN devido a: BARUERI-SP

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL	
0,00	84,40	389,56	129,86	

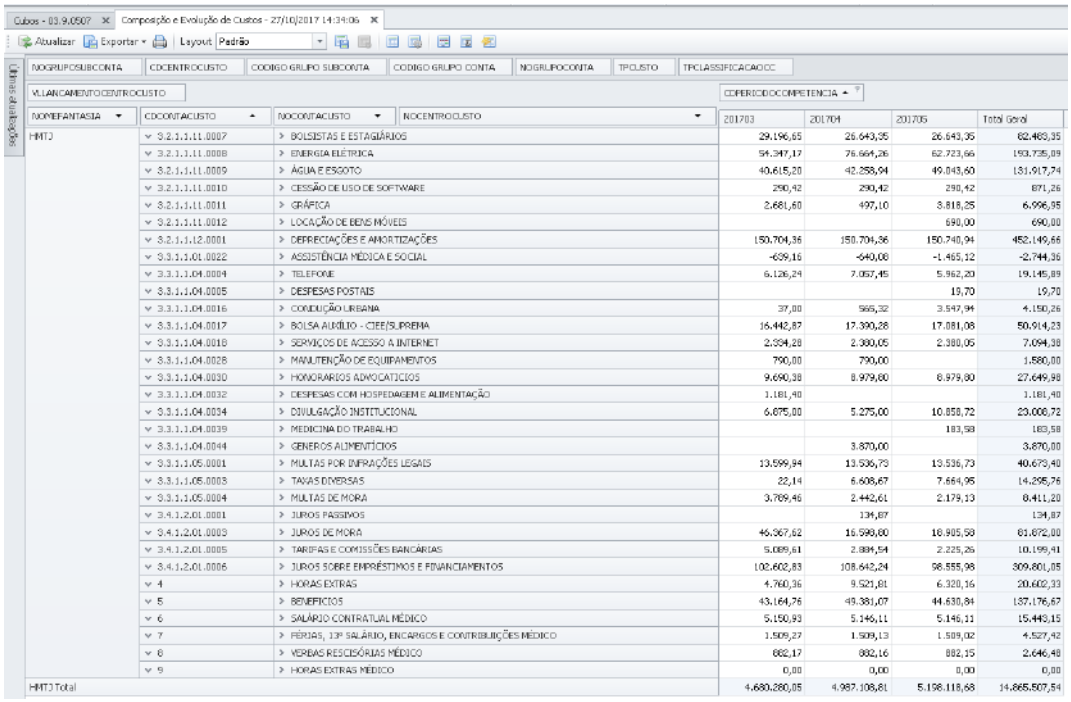
VALOR TOTAL DA NOTA 12.985,28

10º Passo:

10.1 Após realizar todas as importações, o assistente de custos deverá verificar se os valores apresentados no sistema de custos estão iguais aos demonstrados no balancete (conta citada na página 9). Para isso deverá clicar na aba Gestão, em seguida cubos e selecionar o filtro (22) Custos e execute.



10.2 Em seguida dê um duplo clique no relatório Composição e evolução de custos.

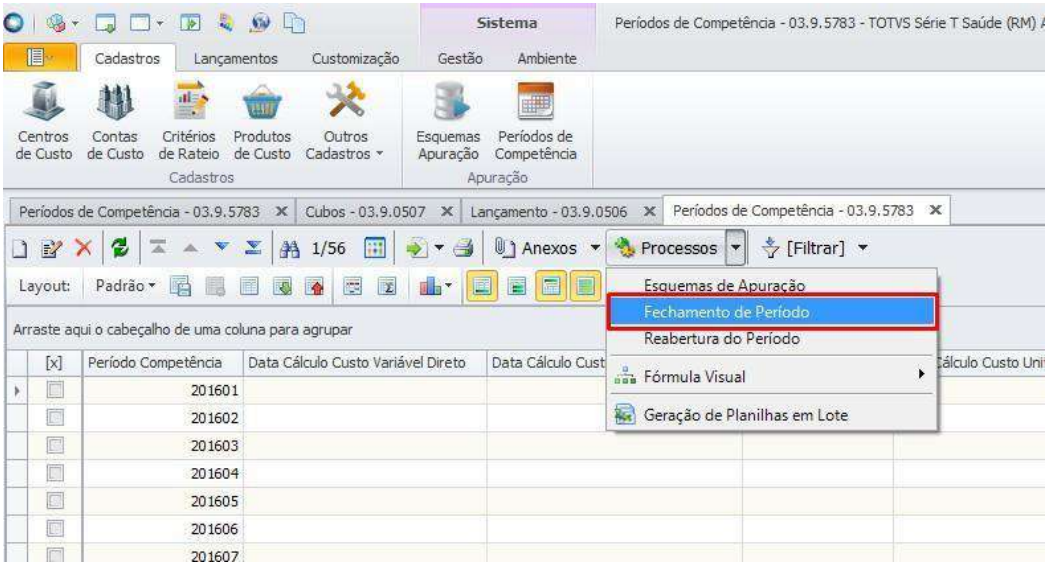


NOMEFANTASIA	CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	NOCENTROCUSTO	201703	201704	201705	Total Geral
HMTJ	3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS		29.196,65	26.643,35	26.643,35	82.483,35
	3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELÉTRICA		54.347,17	76.664,26	62.723,66	193.735,09
	3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO		40.615,20	42.258,94	49.043,60	131.917,74
	3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE		290,42	290,42	290,42	871,26
	3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA		2.681,60	497,10	3.818,25	6.996,95
	3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS				690,00	690,00
	3.2.1.1.12.0001	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES		150.704,36	150.704,36	150.740,94	452.149,66
	3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL		-639,16	-640,08	-1.465,12	-2.744,36
	3.3.1.1.04.0004	TELEFONE		6.126,24	7.057,45	5.962,20	19.145,89
	3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS				19,70	19,70
	3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA		37,00	565,32	3.547,94	4.150,26
	3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA		16.442,87	17.390,28	17.081,08	50.914,23
	3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET		2.394,28	2.380,05	2.380,05	7.094,38
	3.3.1.1.04.0026	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS		790,00	790,00		1.580,00
	3.3.1.1.04.0030	HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS		9.690,38	8.979,80	8.979,80	27.649,98
	3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO		1.181,40			1.181,40
	3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL		6.675,00	5.275,00	10.858,72	23.008,72
	3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO				183,58	183,58
	3.3.1.1.04.0044	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS			3.870,00		3.870,00
	3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS		13.599,94	13.536,73	13.536,73	40.673,40
	3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS		22,14	6.608,67	7.664,95	14.295,76
	3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA		3.769,46	2.442,61	2.179,13	8.411,20
	3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS				134,87	134,87
	3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA		46.367,62	16.599,80	18.905,58	81.872,00
	3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS		5.089,61	2.884,54	2.225,26	10.199,41
	3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS		102.602,83	108.642,24	98.555,98	309.801,05
	4	HORAS EXTRAS		4.760,36	9.521,81	6.320,16	20.602,33
	5	BENEFÍCIOS		43.164,76	49.381,07	44.630,84	137.176,67
	6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO		5.150,93	5.146,11	5.146,11	15.443,15
	7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES MÉDICO		1.509,27	1.509,13	1.509,02	4.527,42
	8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO		882,17	882,16	882,15	2.646,48
	9	HORAS EXTRAS MÉDICO		0,00	0,00	0,00	0,00
HMTJ Total				4.680.280,05	4.987.108,81	5.198.118,68	14.865.507,54

O cubo acima permite verificar se os valores estão corretos, os valores alocados em cada centro de custo e identificar as variações dos custos em relação as competências anteriores.

11º Passo:

Após realizar todas as alterações necessárias, junto com o setor da contabilidade, o Assistente de Custos deverá fechar o período.



12º Passo:

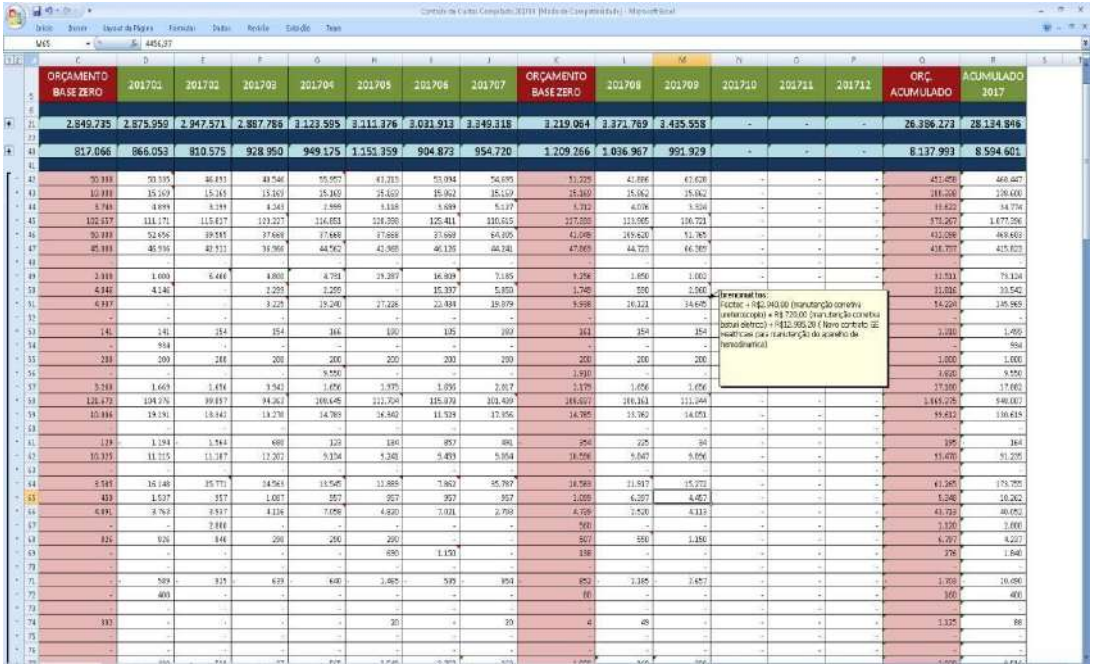
O setor de custos recebe os relatórios de consumo já analisados do setor de suprimentos, mas cabe ao assistente de custos validar as informações.

13º Passo:

Após toda a validação os custos referentes aos Centros de Custos do CSC (Financeiro,Controladoria,Suprimentos,Qualidade,RH,DP,CSTI,Diretoria Executiva Regional) deverão ser transferidos para a filial 9 visando a cobrança do rateio dos custos administrativos das demais contratantes.

14º Passo:

Após finalizada a análise de custos da unidade o colaborador deverá transcrever os dados para a planilha de controle de custos (OPERACIONAL/FINANCEIRO/Custos/Base Zero) e incluir como comentário as justificativas observadas no momento do fechamento, que servirão de subsidio para a análise critica do indicador.



ORÇAMENTO BASE ZERO	201701	201702	201703	201704	201705	201706	201707	ORÇAMENTO BASE ZERO	201708	201709	201710	201711	201712	ORÇ. ACUMULADO	ACUMULADO 2017
2.849.735	2.875.959	2.947.571	2.887.786	3.123.595	3.211.376	3.031.913	3.349.318	3.219.064	3.371.769	3.435.558	-	-	-	26.386.273	28.134.846
817.066	866.053	810.575	928.950	949.175	1.151.359	904.873	954.720	1.209.266	1.036.967	991.929	-	-	-	8.137.993	8.594.601

IV. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

I. Objetivos

Estabelecer procedimentos para a coleta de dados, processamento e emissão de relatórios de custos.

II. Materiais

Sistema RM NUCLEOS.

III. Descrição dos passos da atividade

Lançamento de Bases de Rateio

1º Passo:

Abra o RM conforme figura abaixo:

2º Passo:

Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.

3º Passo:

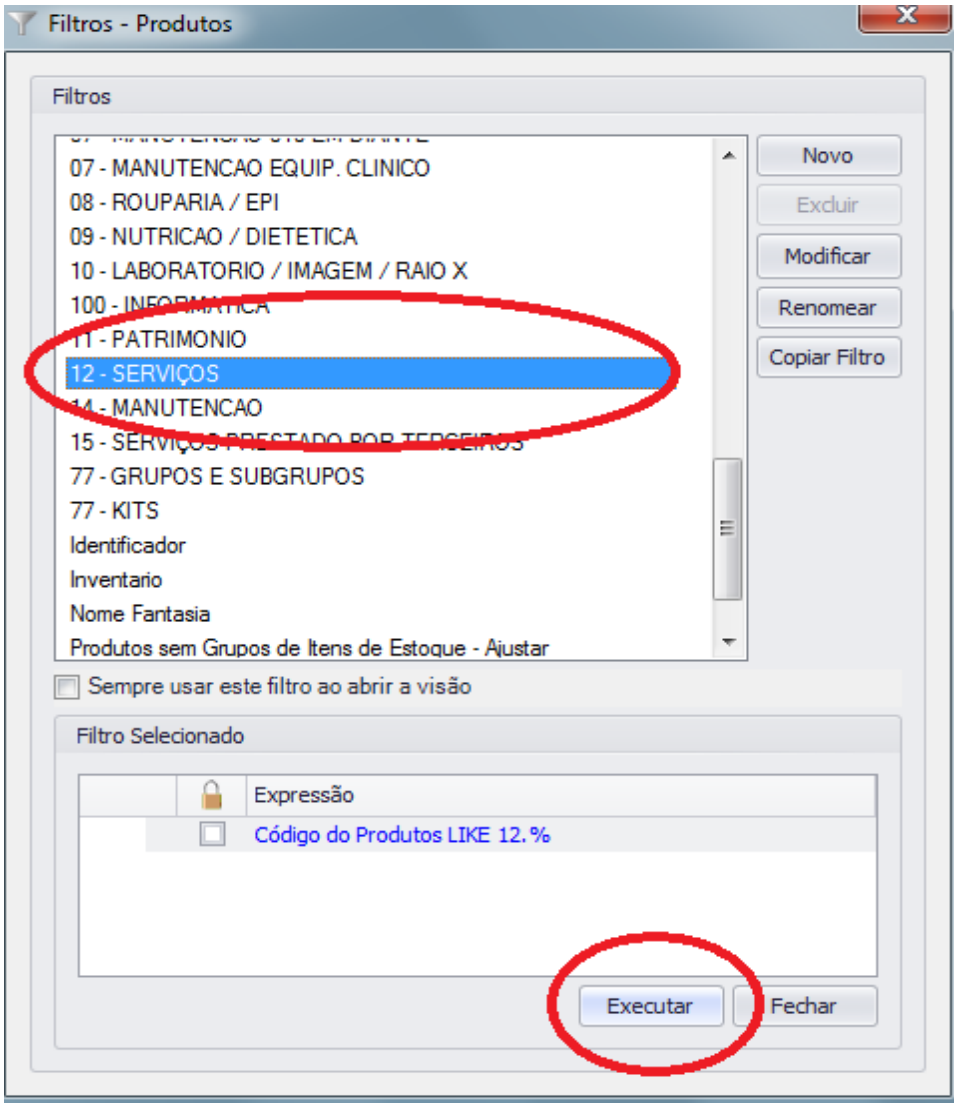
Selecione o ícone localizado no canto superior da tela, em seguida vá em BackOffice e depois Gestão de Estoque, Compras e Faturamento.

4º Passo:

Vá em cadastros e selecione a opção de produtos conforme figura abaixo:

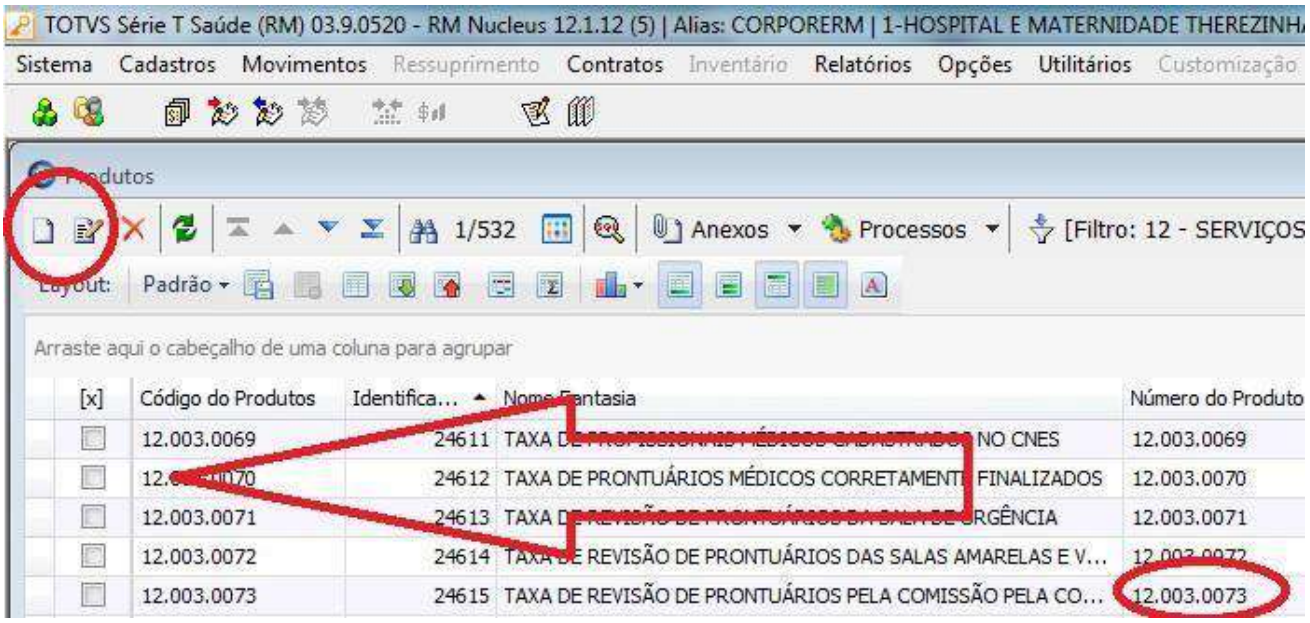
5° Passo:

Selecione serviços e depois em vá em executar, conforme as orientações abaixo:



6° Passo:

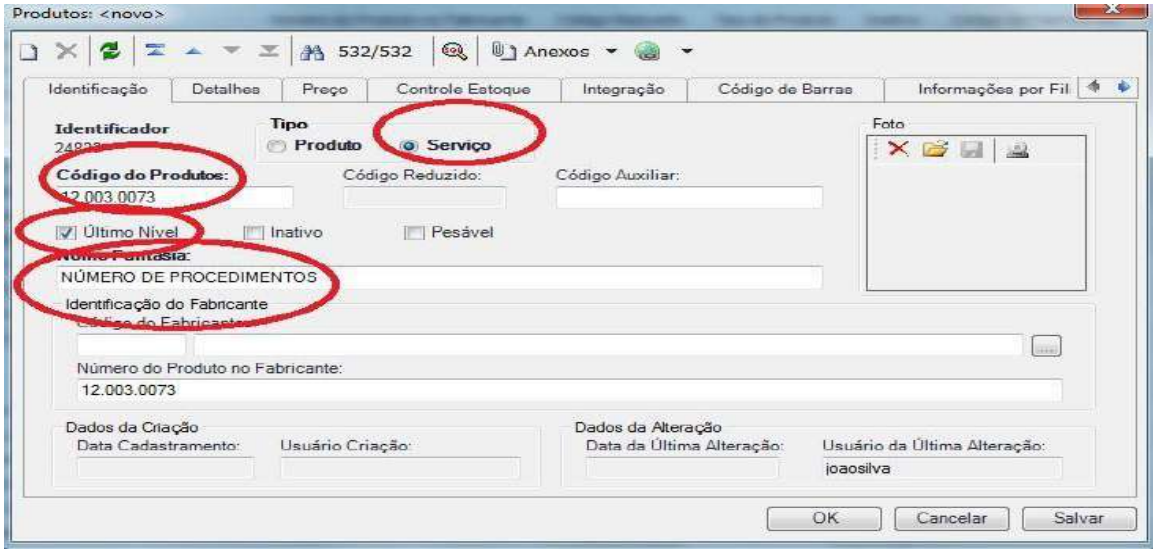
- Verifique o último código que foi lançado, e dê continuidade na sequência do cadastramento de seu produto;
- Clique em novo localizado no canto superior lado esquerdo de sua tela;



7° Passo:

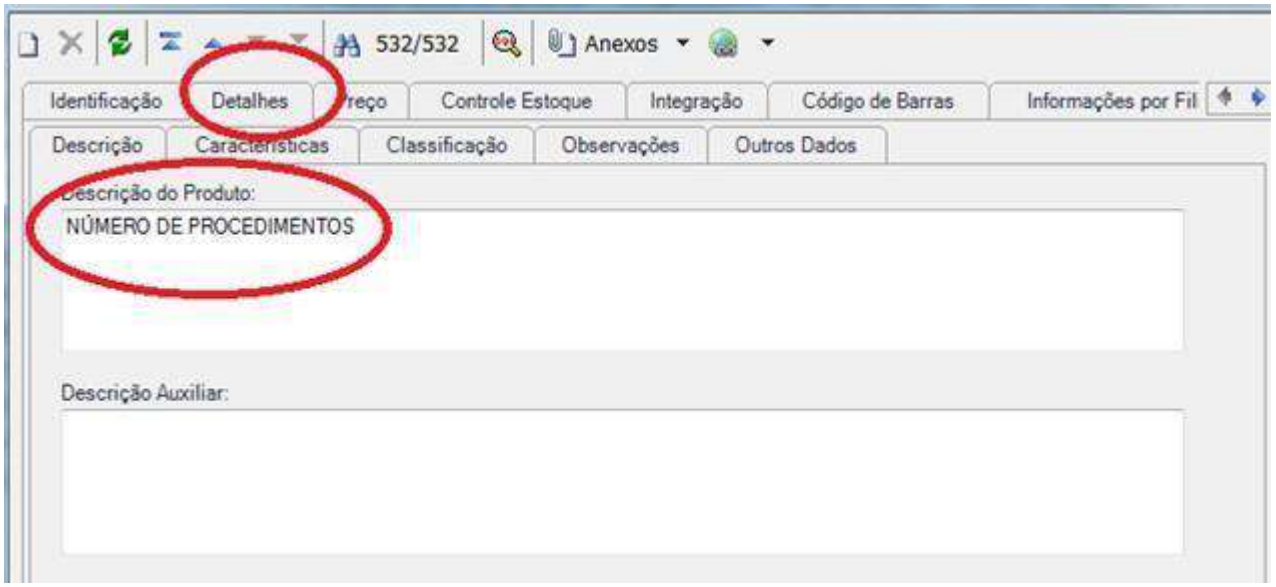
Siga a sequência de informações, para a conclusão de seu lançamento:

- **Tipo:** Selecione serviço;
- **Código dos Produtos:** Coloque a continuidade do numeral do último produto cadastrado;
- Selecione último nível;
- **Nome Fantasia:** Insira aqui o nome de seu produto;
- Ao concluir todos esses passos, vá em detalhes.



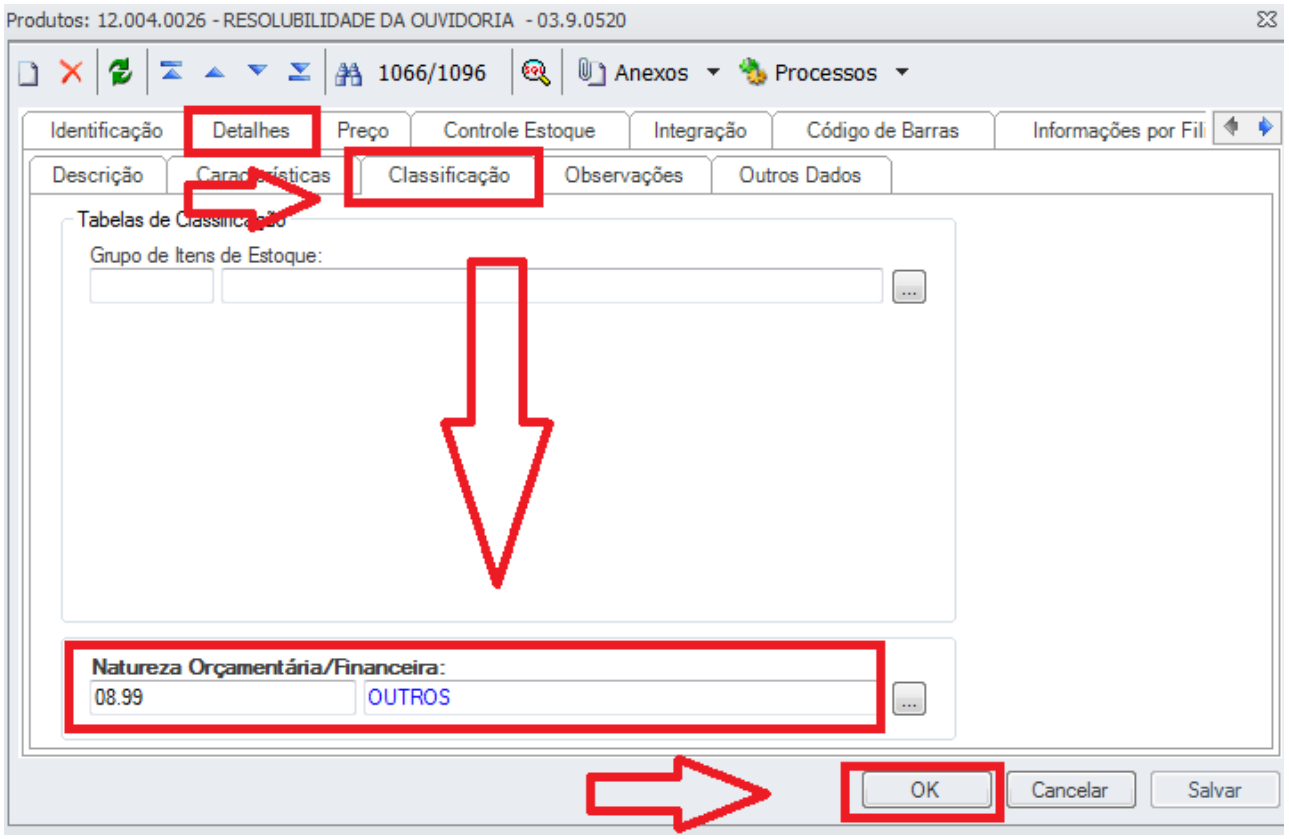
8° Passo:

Para dar continuidade em seu lançamento, preencha novamente o nome do na aba de detalhes conforme a figura abaixo:



9° Passo:

Para finalizar seu lançamento, vá em detalhes > classificação > Preeencha o campo de Natureza orçamentária sendo sempre o código 08.99 e em seguida, clique em ok para finalizar seu lançamento.



IV. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

I. Objetivos

O objetivo seria o lançamento das Notas de Débitos das unidades, onde seria contabilizado os valores pela contabilidade e em contrapartida seriam pagas pelo financeiro.

II. Materiais

Computador;

III. Descrição dos passos da atividade

Lançamento de Nota de Débito a pagar

1º Passo:

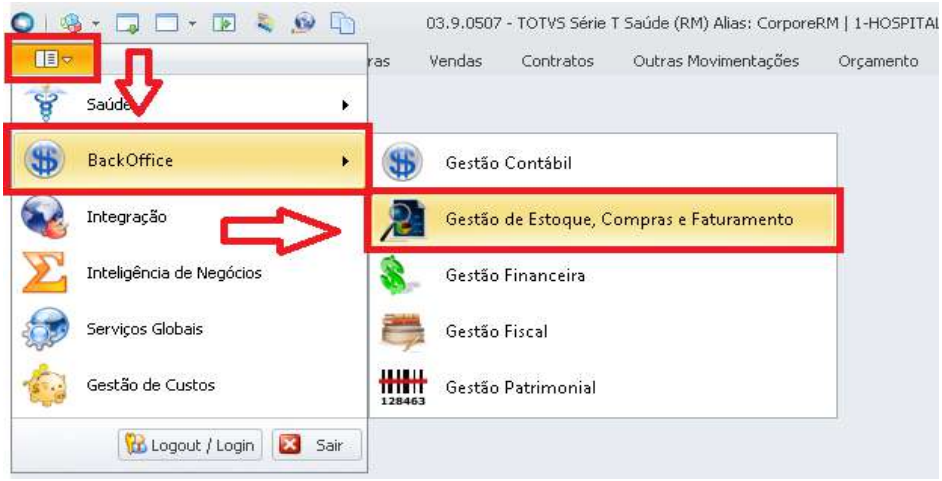
Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:

2º Passo:

Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.

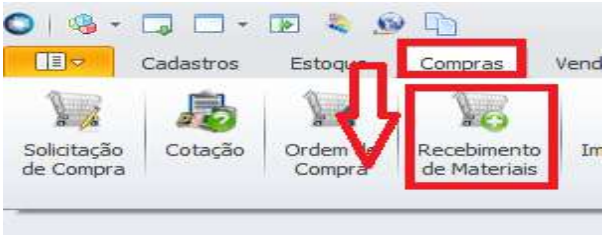
3º Passo:

Selecione o item como mostra a figura abaixo localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione BackOffice > Gestão de Estoque, Compras e Faturamento.



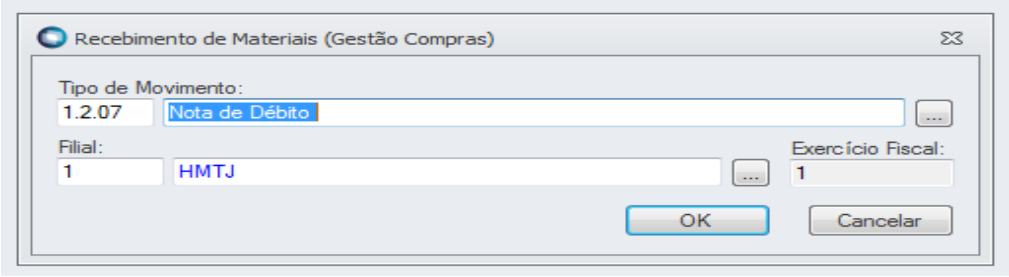
4º Passo:

Selecione a opção de compras e em seguida a ordem de recebimento de materiais conforme a imagem abaixo:



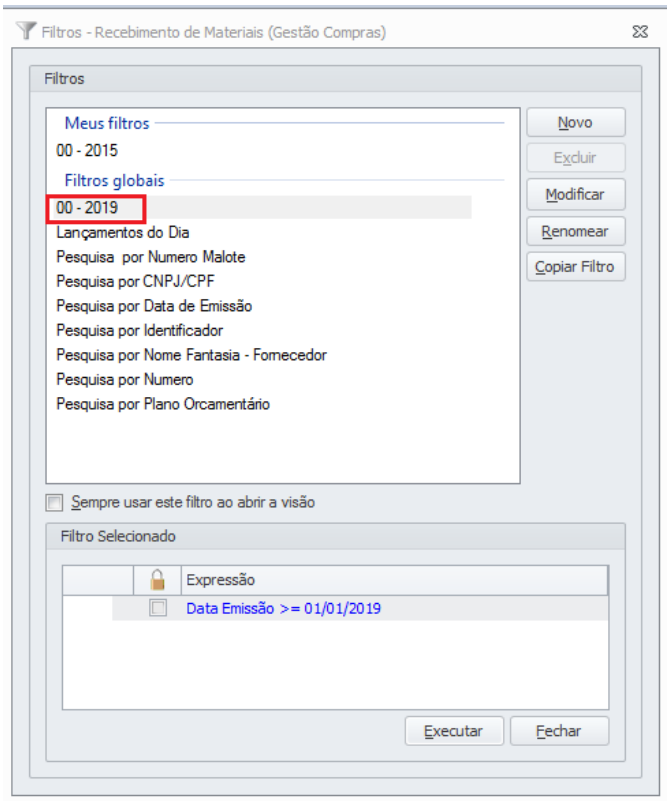
5° Passo:

Coloque o tipo de movimento como 1.2.07 (Nota de Débito) e insira o número da unidade que está lançando. Após a inserção dos dados, clique em ok para dar continuidade nos lançamentos.



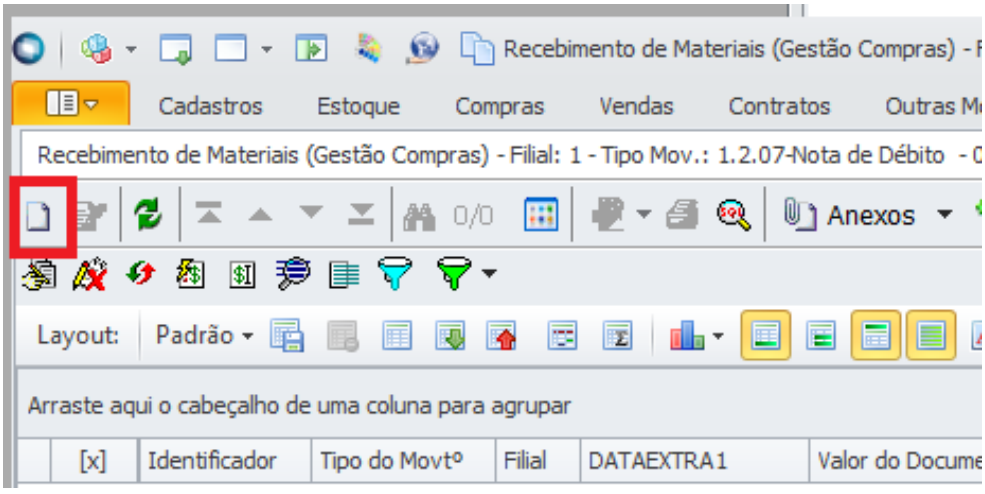
6° Passo:

Selecione o filtro 00-2019 (ou o ano vigente) e em seguida clique em executar.



7° Passo:

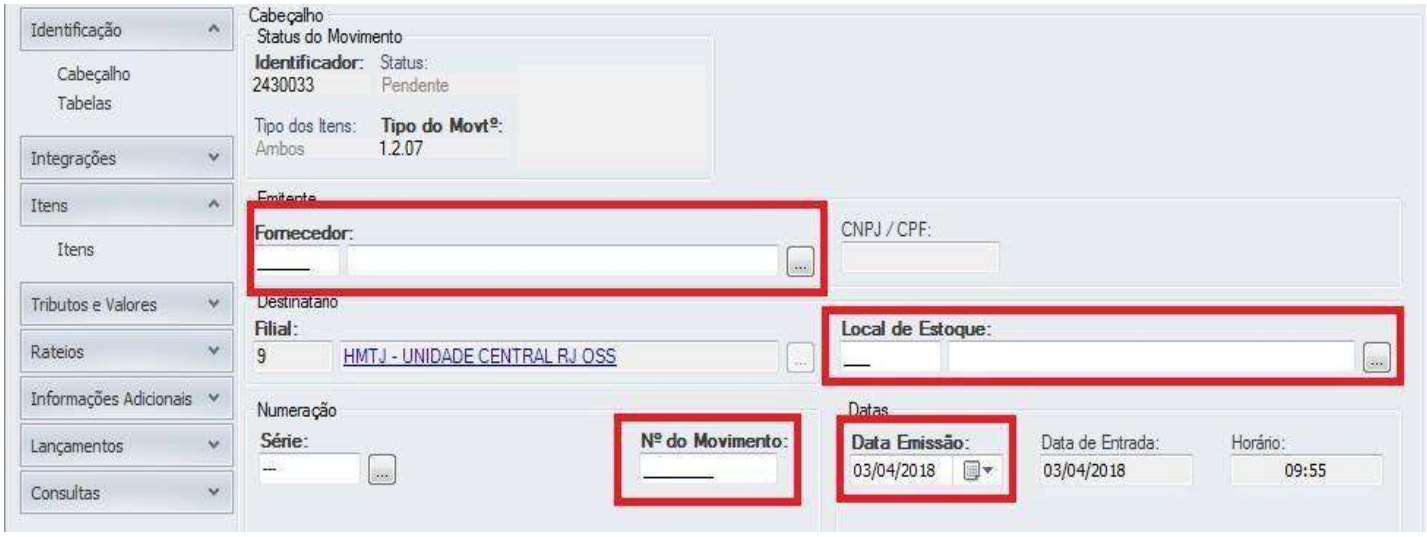
Selecione o campo indicado na imagem no canto superior da tela no lado esquerdo para incluir seu lançamento.



8° Passo:

Preencha os campos de fornecedor, local de estoque, n° do movimento e data de emissão seguindo as seguintes orientações abaixo:

Fornecedor: 000069 (unidades de SP, unidades de MG, convênios Indígenas e Sede) & 003150 (unidades de RJ);
Local de Estoque: RJ, Sede, unidades de SP, unidades de MG (exceto UPA Santa Luzia e Matriz), convênios Indígenas (302), UPA Santa Luzia (007) e Matriz (001);
N° do movimento: Número da Nota de Débito;
Data de Emissão: Último dia do mês referente á competência do mês da Nota de Débito.



9° Passo:

No campo tabelas insira o centro de custo e o plano orçamentário seguindo as orientações abaixo:

Plano Orçamentário: 07.03.01.001 (Padrão para todos)

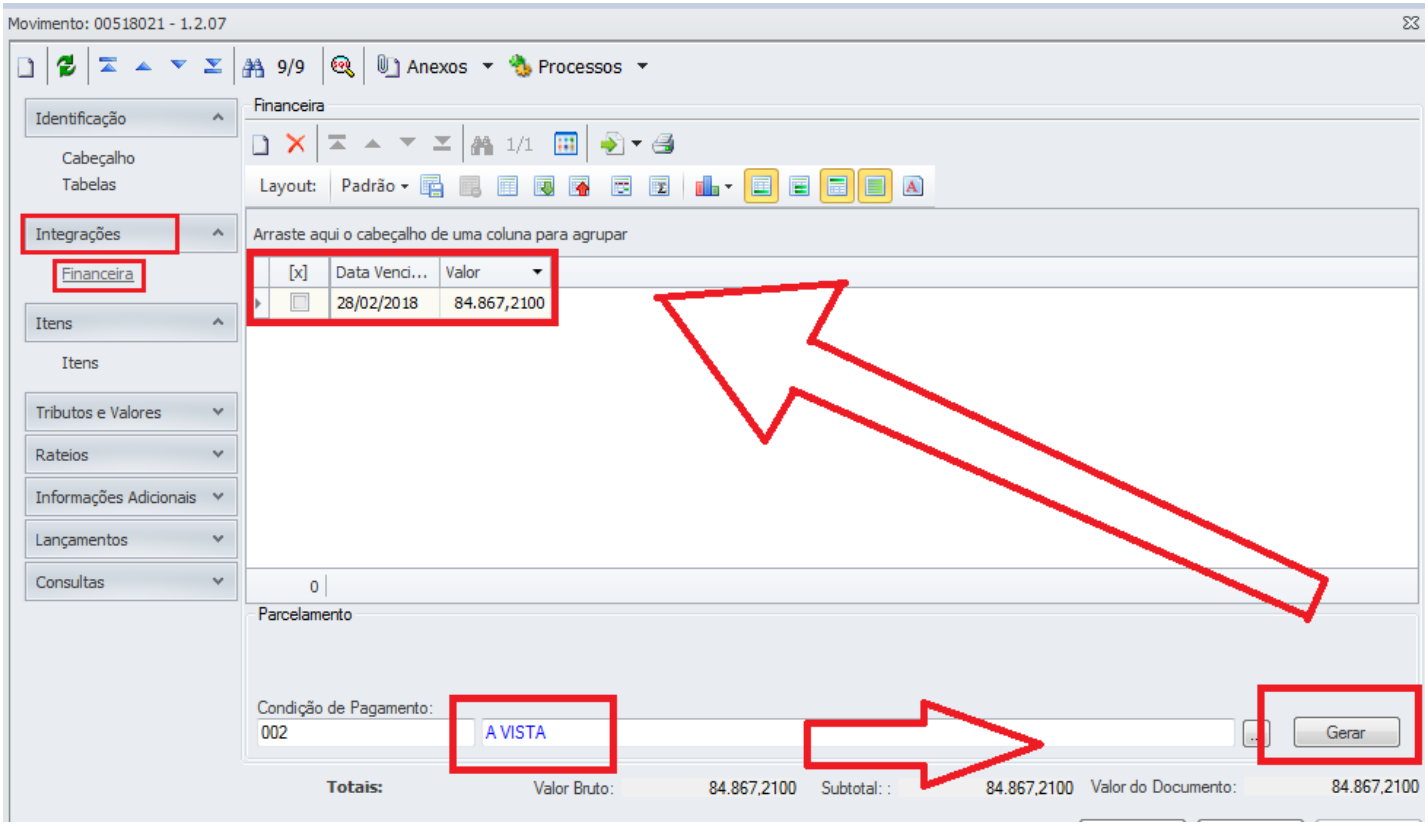
Centro de Custo:

Será usado um centro de custo para cada unidade seguindo as sequências abaixo:

1 - Matriz: 01.02.002.005.0007
2 - Santa Luzia: 01.02.003.004.0004
3 - Mãe: 01.03.002.004.0016
4 - Tijuca: 01.03.003.004.0005
5 - Botafogo: 01.03.004.004.0005
6 - Jacarepaguá: 01.03.005.004.0005
7 - Copacabana: 01.03.006.004.0005
8 - Albert: 01.03.007.004.0001
9 - Sede: 01.01.002.014
10 - Calazans: 01.03.008.004.0013
11 - Mulher: 01.03.009.004.0018
12 - Saquarema: 01.03.010.007.0001
14 - Clínica Sul: 01.04.002.004.0005
16 - Nova Serrana: 01.02.005.004.0003
17 - Betim: 01.02.006.004.0003
21 – Timóteo: 01.02.007.004.0004
980 – Brasília: 01.05.002.002.0001
981 – Alto Rio Juruá: 01.05.003.003.0001
982 – Tapajós: 01.05.004.003.0001
983 – Porto Velho: 01.05.005.003.0001
984 – UBS Parque Industrial: 01.04.003.005.0001
985 – Leitos UTI – Timóteo: 01.02.008.001.0001

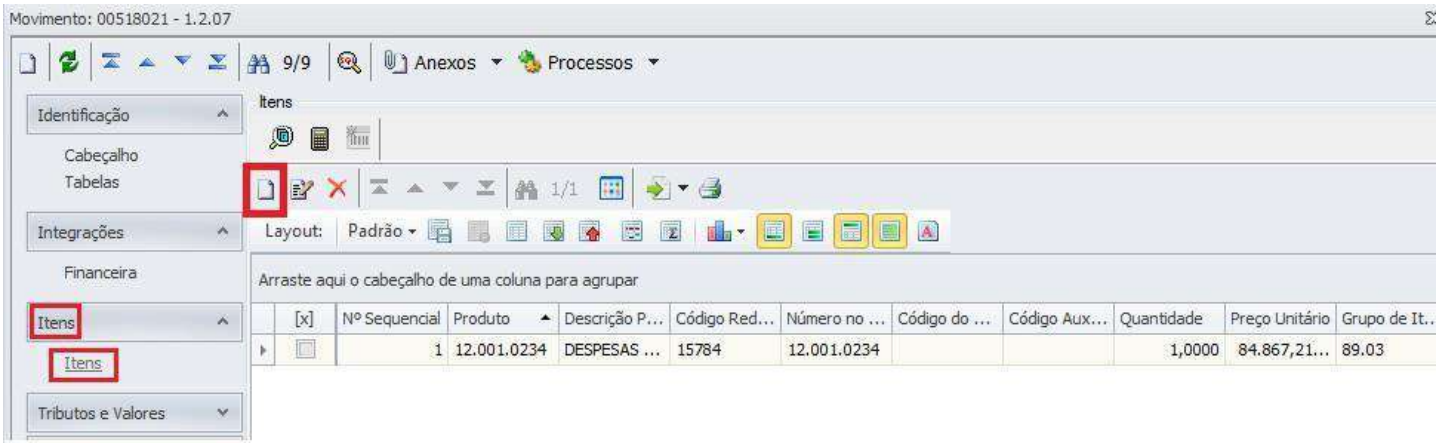
10° Passo:

Vá em integrações e selecione a opção de financeiro. No campo de condição de pagamento escreva "Á Vista" (código 002) e clique em gerar, após esse procedimento aparecerá uma tela onde deverá inserir a data do último dia da nota de referência e o valor da mesma.



11° Passo:

Vá em itens e clique no campo indicado no canto superior da tela lado esquerdo para incluir o tipo da sua nota de débito.



12° Passo:

Nesta aba, você deverá preencher os campos de produto, quantidade e preço unitário seguindo as orientações abaixo:

Produtos:

Os produtos referentes a Auditoria, Seguros e Jurídico é o mesmo para todas as unidades.

Auditoria: 12.001.0301
Seguros: 12.001.0300
Jurídico: 12.001.0533
Investimentos: 12.004.0057

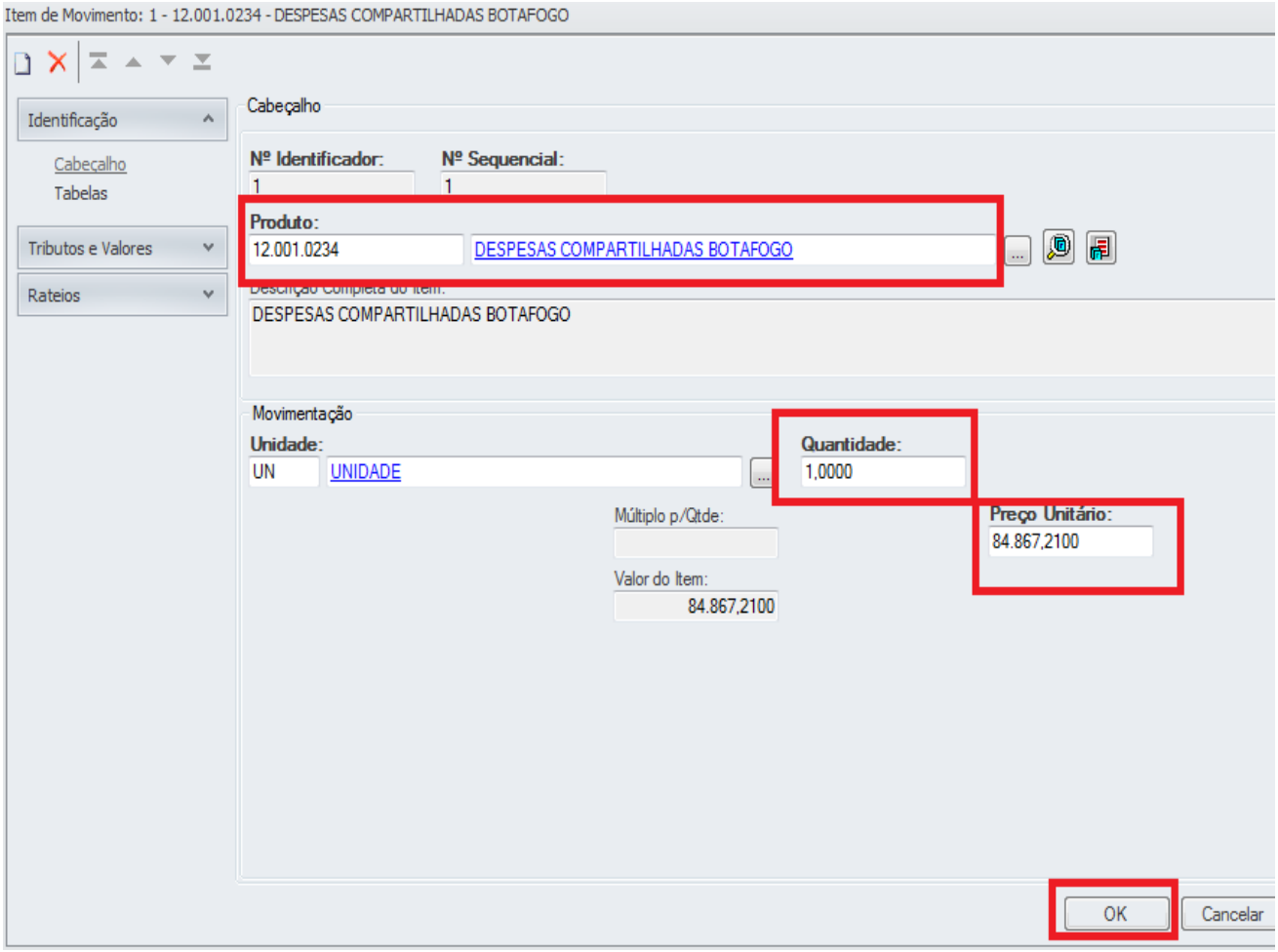
Global: Deve levar em consideração a unidade na qual está e considerar os códigos abaixo

1 – Matriz: 12.001.0577
2 - Santa Luzia: 12.001.0524
3 - Mãe: 12.001.0232
4 - Tijuca: 12.001.0233
5 - Botafogo: 12.001.0234
6 - Jacarepaguá: 12.001.0235
7 - Copacabana: 12.001.0231
8 - Albert: 12.001.0236
9 - Sede: 12.001.0237
10 - Calazans: 12.001.0238
11 - Mulher: 12.001.0239
12 - Saquarema: 12.001.0250
14 - Clínica Sul: 12.001.0570
16 - Nova Serrana: 12.001.0577
17 - Betim: 12.001.0583
21 – Timóteo: 12.001.0615
980 – Brasília: 12.001.0616
981 – Alto Rio Juruá: 12.001.0617
982 – Tapajós: 12.001.0618
983 – Porto Velho: 12.001.0619
984 – UBS Parque Industrial: 12.001.0659
985 – Leitos UTI - Timóteo: 12.001.0676

Quantidade: Deverá sempre lançar 1;

Preço Unitário: Lançar o valor da nota de débito.

Ao finalizar o preenchimento das informações acima, clique em ok e ok para finalizar seu lançamento.



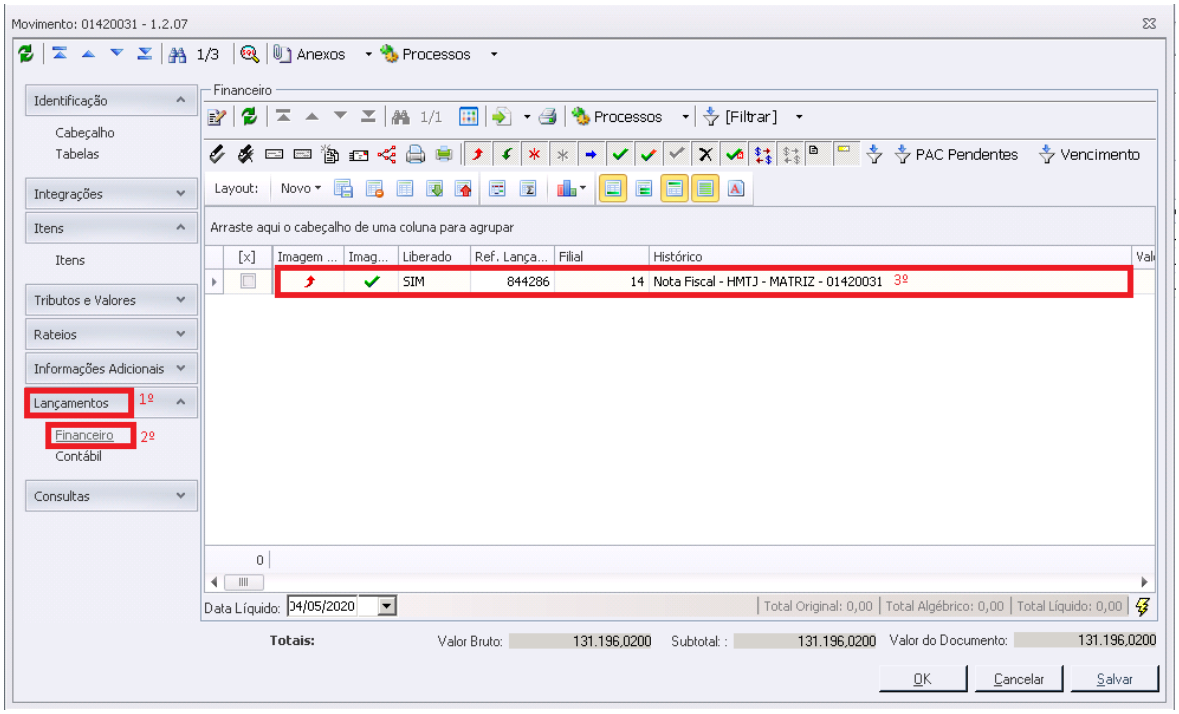
12° Passo:

Quando houver desconto abra o lançamento dando dois cliques no mesmo na tela dos lançamentos.

Identificador	Tipo ...	Filial	Data Emiss...	Série	Nº do Movimento	Valor do Documento	Fornecedor	Nome Fantasia Cli/For	NOVA N. CNPJ
3091827	1.2.07	14	31/03/2020	---	01420031	131.196,0200	000069	HMTJ - MATRIZ	DOC_14_21583042000172_01420031
3068467	1.2.07	14	29/02/2020	---	01420021	124.954,6500	000069	HMTJ - MATRIZ	DOC_14_21583042000172_01420021
3045295	1.2.07	14	31/01/2020	---	01420011	140.558,4500	000069	HMTJ - MATRIZ	DOC_14_21583042000172_01420011

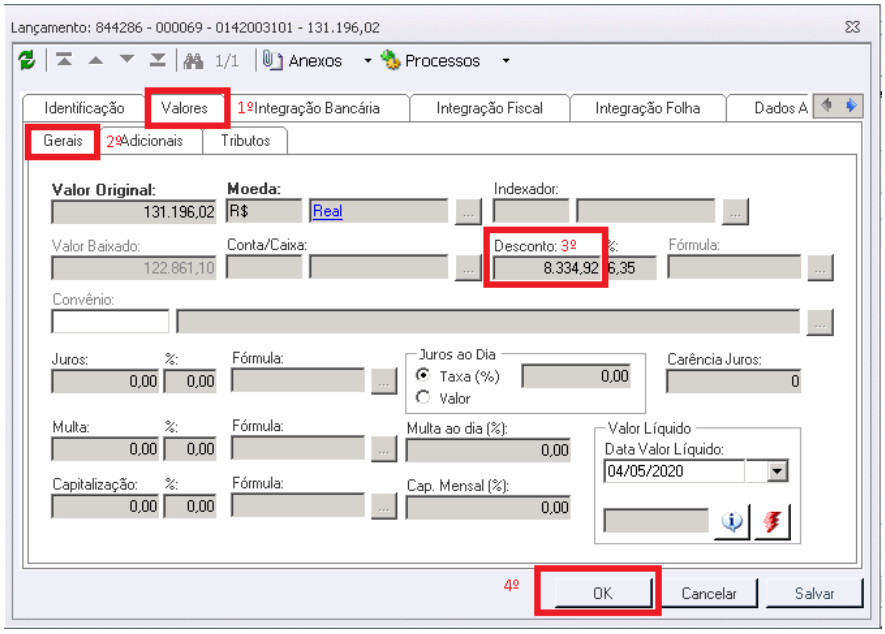
13° Passo:

Vá até a aba de Lançamentos (1º), depois Financeiro (2º) e clique duas vezes sobre o lançamento (3º), conforme a figura abaixo:



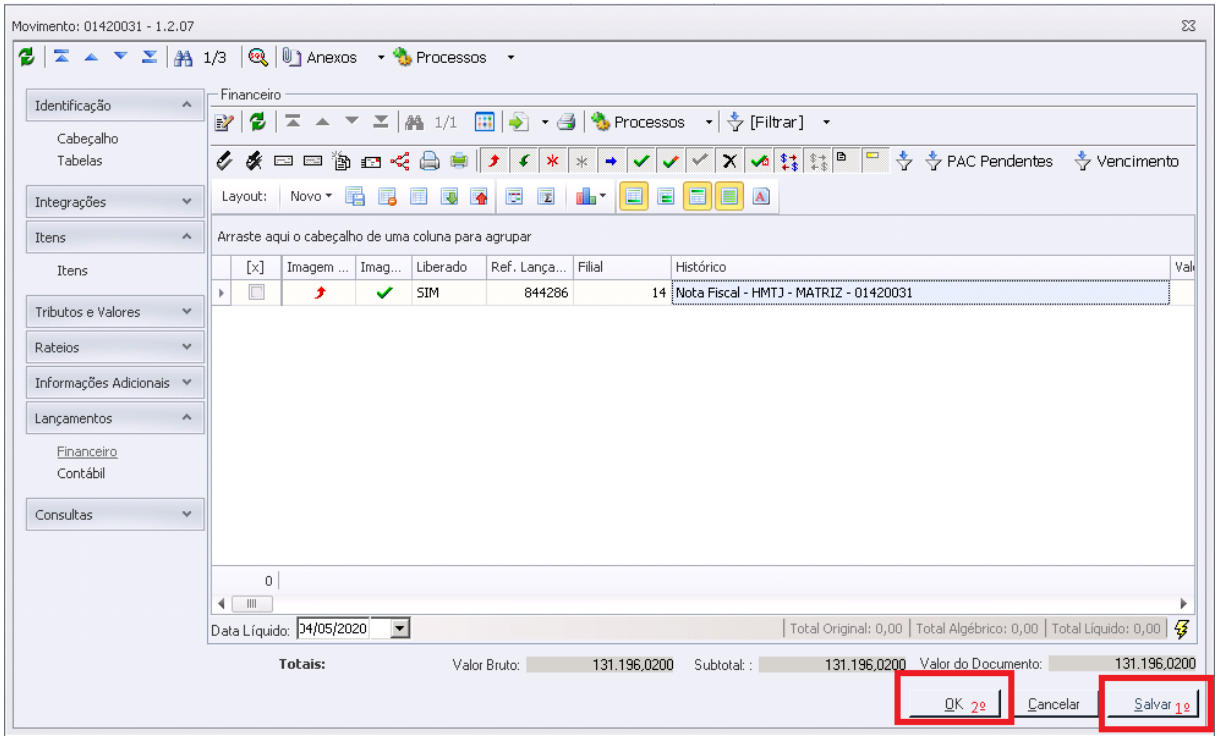
14° Passo:

Dentro do lançamento, selecione a aba de Valores (1º), depois aba Gerais (2º), preencha o valor de desconto da referida nota de débito (3º) e clique em Ok (4º), conforme a figura abaixo:



15° Passo:

Ainda na aba financeira, clique em Salvar (1º) para que o valor líquido seja gerado e em seguida em Ok (2º).



Criação da Nota de Débito

1º Passo:

Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:

2º Passo:

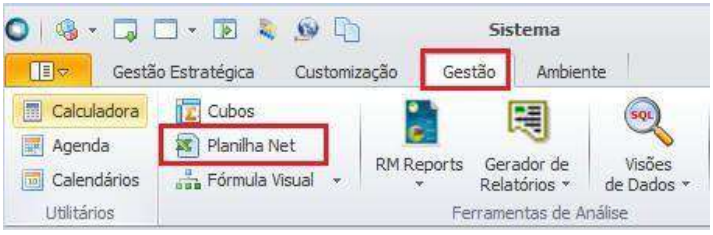
Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.

3º Passo:

Selecione o item como mostra a figura abaixo localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Inteligência de Negócios.

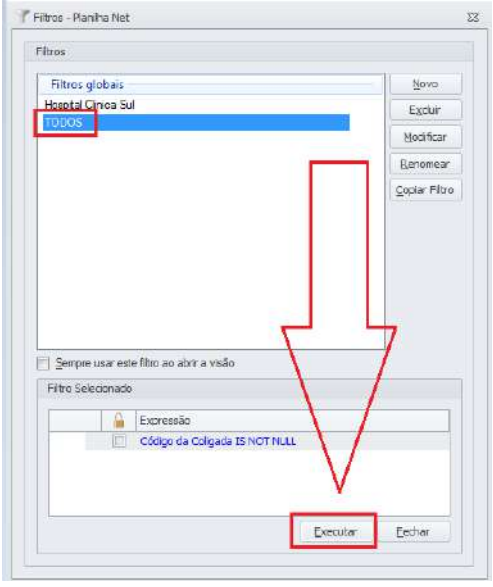
4º Passo:

Selecione a aba de Gestão e em seguida a opção de Planilha Net para dar continuidade no processo.



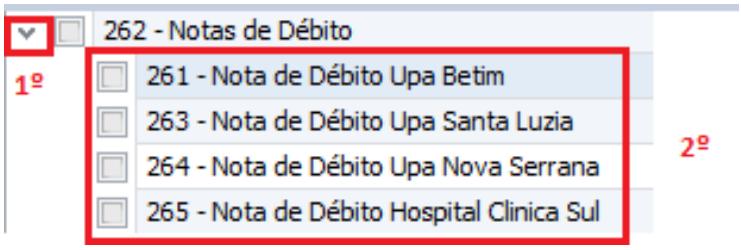
5º Passo:

Selecione o filtro “TODOS” e em seguida clique em executar.



6º Passo:

Localize o grupo "262 – Notas de Débito", clique na seta (1º) para expandir os relatórios e selecione (2º) a unidade desejada, dando dois cliques sobre a mesma.



7º Passo:

Agora vamos inserir as informações para geração das Notas de Débito, conforme orientações abaixo:

Filial: O número da unidade (ex.:17);
Competência: Ano e o mês (ex.: 201907).

Após o preenchimento dos dados acima, a planilha irá recalcular os valores automaticamente.

Filial 17

Competência 201907

DÉBITO Nº. 1719011

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Rua Dirceu Andrade, nº 33
Juiz de Fora - MG
C.N.P.J. 21.583.042/0001-72

Data da Emissão: 31/01/2019

N. Débito Nº	Valor da Despesa
1719011	212.456,98

Unidade Geradora de Despesa: UPA NORTE
Endereço: Rua Coronel Abílio Rodrigues Pereira, 697, Bom Retiro
Município: Betim **CEP:** 32.606.185 **Estado:** MG
Inscr. C.N.P.J.: 21.583.042/0017-30 **Insc. Estadual:** Isento

Natureza da Despesa	Valor R$
Descrição	
Reembolso das Despesas Administrativas e de apoio operacional ocorridas em Outubro de 2018.	212.456,98

8º Passo:

Após o cálculo, verificar se o valor gerado bate com o rateio da unidade. Além disto, deve ser modificado o número da nota, a emissão e a descrição.

Considerações:

Número da Nota: Unidade, ano, mês, número de notas emitidas dentro daquela competência para a filial em questão. (Ex.: 1719071).

DÉBITO Nº. **1719071**

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Rua Dirceu Andrade, n° 33
Juiz de Fora - MG
C.N.P.J. 21.583.042/0001-72

Data da Emissão: 31/01/2019

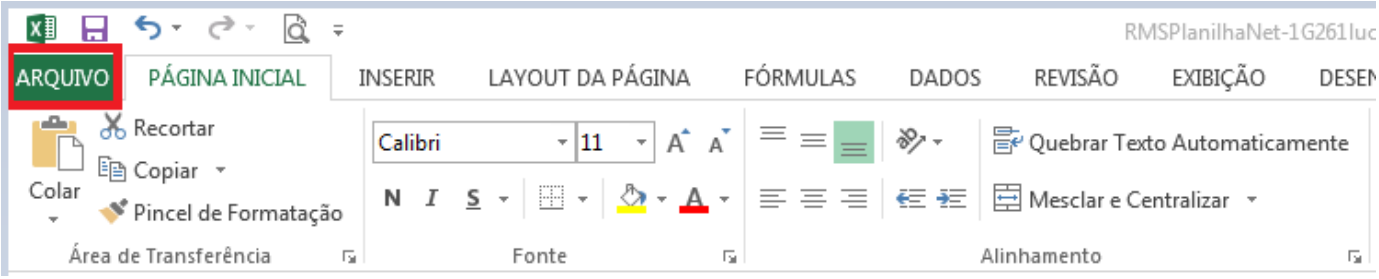
N. Débito Nº	Valor da Despesa
1719071	212.456,98

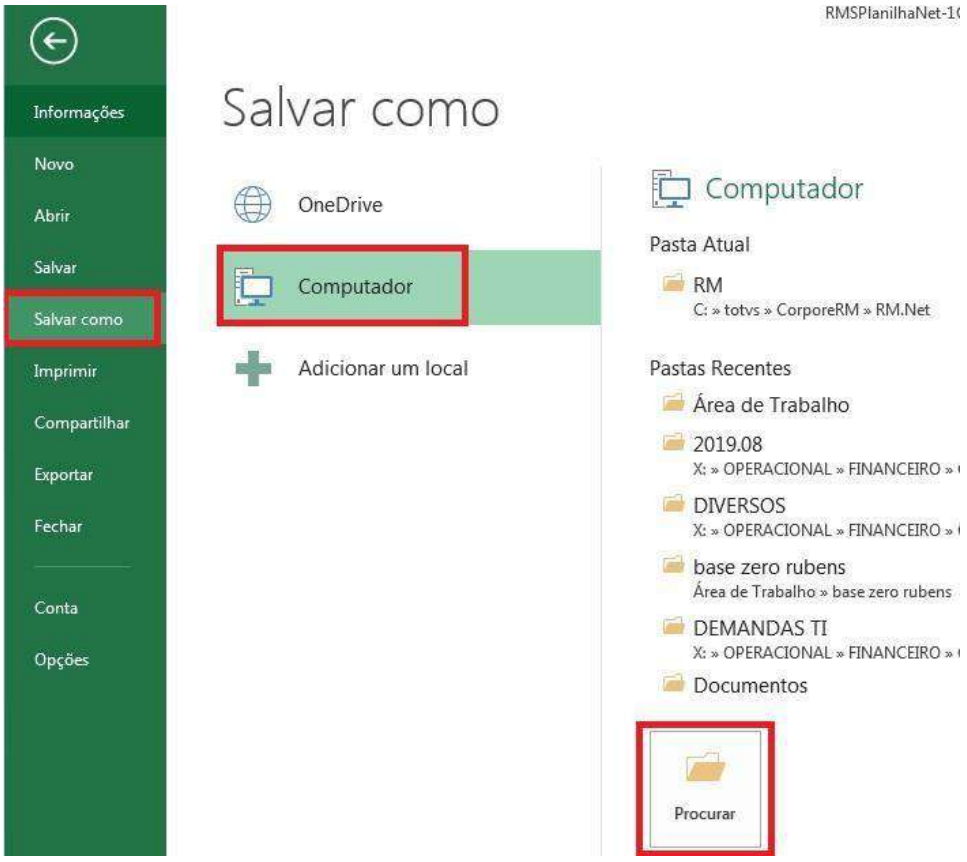
Unidade Geradora de Despesa: **UPA NORTE**
Endereço: Rua Coronel Abílio Rodrigues Pereira, 697, Bom Retiro
Município: Betim **CEP:** **32.606.185 Estado:** **MG**
Inscr. C.N.P.J.: 21.583.042/0017-30 **Insc. Estadual:** **Isento**

Natureza da Despesa	Valor R$
Descrição	
Reembolso das Despesas Administrativas e de apoio operacional ocorridas em Julho de 2019.	212.456,98

10 º Passo:

Salve a nota de débito e exporte para alguma pasta de destino onde deseja arquivar a mesma.





IV. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

I. Objetivos

Estabelecer processos para a envio da prestação de contas para os contratantes.

II. Materiais

Computador e TOTVS

III. Descrição dos passos da atividade

1 - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas é um conjunto de documentos enviados para cada contratante a fim de explanar os principais acontecimentos, desempenho, custos dentro de um mês, quadrimestre ou ano. Cada contratante possui especificidades de quais documentos devem ser enviados como comprovação, em linhas gerais o envio total é composto por:

- Relatório de Prestação de Contas contendo minimamente, introdução, indicadores assistências provenientes de cada contrato de gestão, fluxos de caixa, demonstrativos contábeis e conclusão;
- Pasta com planilhas contendo minimamente, compilado dos indicadores assistenciais de cada contrato, fluxo de caixa, relatório de saídas sintéticas (rubricas acumuladas) e analíticas (cada despesa de forma detalhada), relação de funcionários;
- Pasta contendo as Notas Fiscais de produto ou serviço. Uma imagem correta deve ser composta

    1. Nota Fiscal Produto: Nota fiscal assinada e carimbada (DOC), ordem de compra (OC), minimamente 3 (três) orçamentos (COT) e comprovante de pagamento (CP);
    2. Notas Fiscal Serviço: Nota fiscal assinada e carimbada + Medição (instrumento que comprova a execução do serviço) (DOC) e CP;
    3. Impostos: Guia + Lista de fornecedores/funcionários (DOC) e CP.

- Pasta contendo todos os contratos vigentes para aquela unidade;
- Balancetes;
- Pasta contendo as Notas Fiscais de itens patrimoniados;
- Pasta contendo os extratos bancários;
- Pasta contendo certidões CRF (Certificado de Regularidade do FGTS) e CND FEDERAL (Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União)

- Pastas extras, cada contratante pode exigir documentos específicos para a comprovação dos indicadores, cabe o colaborador adequar as necessidades

De acordo com o cronograma os arquivos acima devem ser enviados pela unidade e pelos setores até o dia 7 de cada mês. Uma vez recebidos, deverão ser baixados e arquivados na pasta "Arquivos Recebidos", depois de formatados os mesmos deverão ser organizados nas suas respectivas pastas dentro da pasta "Prestação de Contas".

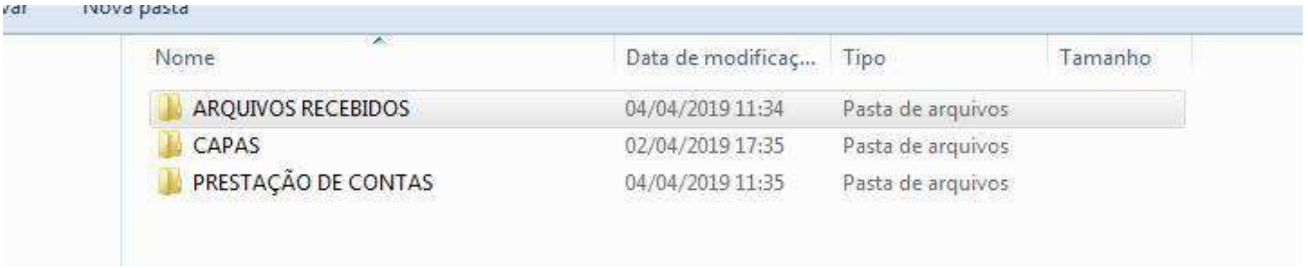


Figura 1- Definição da pasta.

Os arquivos que o setor recebe conforme cronograma podem ser vistos na tabela a seguir.

Ordem	Arquivos recebidos	Setor fornecedor
1	Texto assistencial.	Unidade
2	Documentos que comprovem os valores contidos no texto assistencial.	Unidade
3	Planilhas de Fluxo de caixa, saídas analíticas, saídas sintéticas.	Financeiro
4	Notas Fiscais.	Auditoria
5	Extratos bancários.	Financeiro
6	Disponibilização dos contratos.	Contratos
7	Balancete, demonstrativos contábeis, Razão e Patrimônio.	Contabilidade
8	Certidão CRF.	Departamento Pessoal
9	Certidão CND.	Contabilidade
10	SEFIP.	Departamento Pessoal
11	Planilha de Funcionários (RH Contratado e Força de Trabalho).	Recursos Humanos
12	Texto SESMT	Segurança e Medicina do Trabalho

Tabela 1- Arquivos para a criação da Prestação de Contas.

Os arquivos da tabela acima que o setor Prestação de Contas gera ou busca no sistema são:

- Item 1 - Relatório de execução (adequação e padronização);
- Item 4 - Notas fiscais (o passo a passo para obtenção destes documentos será visto no tópico “ITEM 4” nas páginas 6 a 10;
- Item 6 - Contratos no caminho: (Acessar a pasta X:\OPERACIONAL\RESPOSTAS QUESTIONAMENTOS CTA\TRANSPARÊNCIA e copiar os contratos da unidade).
- Item 7 - Balancete, demonstrativos contábeis, Razão e Patrimônio acessar o seguinte caminho: X:\OPERACIONAL\FINANCEIRO\CONTABILIDADE\ANDRÉ\Prestação de Contas\PRESTAÇAO DE CONTAS\2020. E escolher a unidade e o mês.

2 - ANALISANDO OS ARQUIVOS.

Para que a prestação de contas possa ser enviada aos contratantes os arquivos devem ser analisados e comparados, para tanto seguiremos aqui, cada item presente na tabela 1 presente na página 2 deste documento.

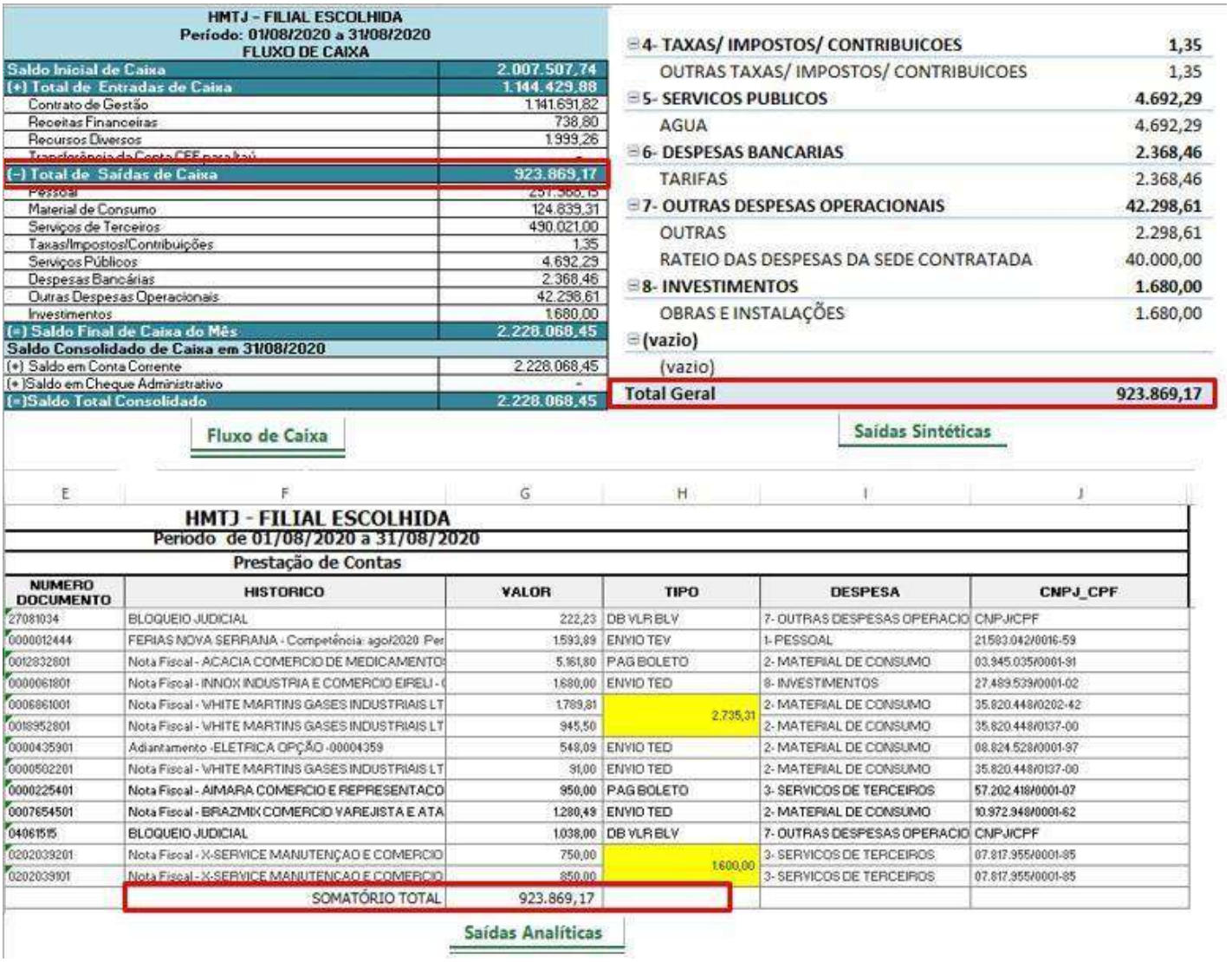
- ITENS 1 e 2 (texto assistencial e documentos comprobatórios).

  Para esses itens, a conferência deve ser conjunta e pautada em duas frentes, a primeira é de validar os quantitativos e resultados assistenciais presentes no texto com os documentos comprobatórios, verificando se eles atingem as metas pactuadas no contrato de gestão, para tais indicadores deve existir uma análise crítica, em caso de não atingimento da meta a análise deve ser mais criteriosa e pautada em argumentos factuais que sustem a justificativa, bem como planos de ação para que a meta seja atingida na próxima competência. A segunda frente é uma análise de construção textual no geral, abordando aspectos de coerência e coesão textual, bem como a utilização de uma linguagem formal.

  Após esta conferência o texto é retornado para a unidade e coordenações médica e assistencial, com as ponderações e observações para que seja realizada uma adequação no relatório. Depois desse processo a unidade envia o texto novamente para o setor de Prestação de Contas devidamente validado para uma última análise e aprovação com a coordenação direta e após com a gerencia.

- ITENS 3 e 4 (Planilhas de Fluxo de caixa, saídas analíticas, saídas sintéticas e Notas fiscais).

Primeiramente devemos verificar se os totais de saída (o que foi pago no mês) da prestação de contas está igual para as três abas da planilha fornecida pelo setor financeiro, como pode ser visto nas imagens abaixo.



HMTJ – FILIAL ESCOLHIDA
Período: 01/08/2020 a 31/08/2020
FLUXO DE CAIXA

Saldo Inicial de Caixa	2.007.507,74
(+) Total de Entradas de Caixa	1.144.429,88
Contrato de Gestão	1.141.691,82
Receitas Financeiras	738,80
Recursos Diversos	1.999,26
Transferência da Conta CEF para Itaú	-
(-) Total de Saídas de Caixa	923.869,17
Pessoal	257.366,15
Material de Consumo	124.839,31
Serviços de Terceiros	490.021,00
Taxas/Impostos/Contribuições	1,35
Serviços Públicos	4.692,29
Despesas Bancárias	2.368,46
Outras Despesas Operacionais	42.298,61
Investimentos	1.680,00
(=) Saldo Final de Caixa do Mês	2.228.068,45
Saldo Consolidado de Caixa em 31/08/2020	
(+) Saldo em Conta Corrente	2.228.068,45
(+)Saldo em Cheque Administrativo	-
(=)Saldo Total Consolidado	2.228.068,45

Fluxo de Caixa

4- TAXAS/ IMPOSTOS/ CONTRIBUICOES	1,35
OUTRAS TAXAS/ IMPOSTOS/ CONTRIBUICOES	1,35
5- SERVICOS PUBLICOS	4.692,29
AGUA	4.692,29
6- DESPESAS BANCARIAS	2.368,46
TARIFAS	2.368,46
7- OUTRAS DESPESAS OPERACIONAIS	42.298,61
OUTRAS	2.298,61
RATEIO DAS DESPESAS DA SEDE CONTRATADA	40.000,00
8- INVESTIMENTOS	1.680,00
OBRAS E INSTALAÇÕES	1.680,00
(vazio)	
(vazio)	
Total Geral	923.869,17

Saídas Sintéticas

HMTJ - FILIAL ESCOLHIDA
Periodo de 01/08/2020 a 31/08/2020
Prestação de Contas

NUMERO DOCUMENTO	HISTORICO	VALOR	TIPO	DESPESA	CNPJ_CPF
27081034	BLOQUEIO JUDICIAL	222,23	DB VLR BLV	7- OUTRAS DESPESAS OPERACIO	CNPJ/CPF
0000012444	FERIAS NOVA SERRANA - Competência: ago/2020 Per	1.593,89	ENVIO TEV	1- PESSOAL	21.583.042/0016-59
0012832801	Nota Fiscal - ACACIA COMERCIO DE MEDICAMENTOS	5.161,80	PAG BOLETO	2- MATERIAL DE CONSUMO	03.945.035/0001-91
0000061801	Nota Fiscal - INNOX INDUSTRIA E COMERCIO EIRELI - (	1.680,00	ENVIO TED	8- INVESTIMENTOS	27.489.539/0001-02
0006861001	Nota Fiscal - WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LT	1.789,81	2.735,31	2- MATERIAL DE CONSUMO	35.820.448/0202-42
0018952801	Nota Fiscal - WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LT	945,50		2- MATERIAL DE CONSUMO	35.820.448/0137-00
0000435901	Adiantamento -ELETRICA OPÇÃO -00004359	548,09	ENVIO TED	2- MATERIAL DE CONSUMO	08.824.528/0001-97
0000502201	Nota Fiscal - WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LT	91,00	ENVIO TED	2- MATERIAL DE CONSUMO	35.820.448/0137-00
0000225401	Nota Fiscal - AIMARA COMERCIO E REPRESENTACO	950,00	PAG BOLETO	3- SERVICOS DE TERCEIROS	57.202.418/0001-07
0007654501	Nota Fiscal - BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E ATA	1.280,49	ENVIO TED	2- MATERIAL DE CONSUMO	10.972.948/0001-62
04061515	BLOQUEIO JUDICIAL	1.038,00	DB VLR BLV	7- OUTRAS DESPESAS OPERACIO	CNPJ/CPF
0202039201	Nota Fiscal - X-SERVICE MANUTENÇAO E COMERCIO	750,00	1.600,00	3- SERVICOS DE TERCEIROS	07.817.955/0001-85
0202039101	Nota Fiscal - X-SERVICE MANUTENÇAO E COMERCIO	850,00		3- SERVICOS DE TERCEIROS	07.817.955/0001-85
	SOMATÓRIO TOTAL	923.869,17			

Saídas Analíticas

Figura 2 - Apresentação das planilhas financeiras.

Após essa conferência devemos confrontar cada pagamento presente na planilha “Saídas analíticas” com os valores presentes nas Notas Fiscais de serviços ou compras, bem como as guias de impostos baixadas no sistema, processo explicitado na página a seguir.

ITEM 4 (Notas Fiscais) Para a obtenção das imagens completas devemos realizar os seguintes passos: gerar o arquivo TXT no TOTVS em Inteligência de negócios, na aba Gestão, Gerador de relatório, Visão Delphi e marcar a caixa “Exportação de nomenclatura”.

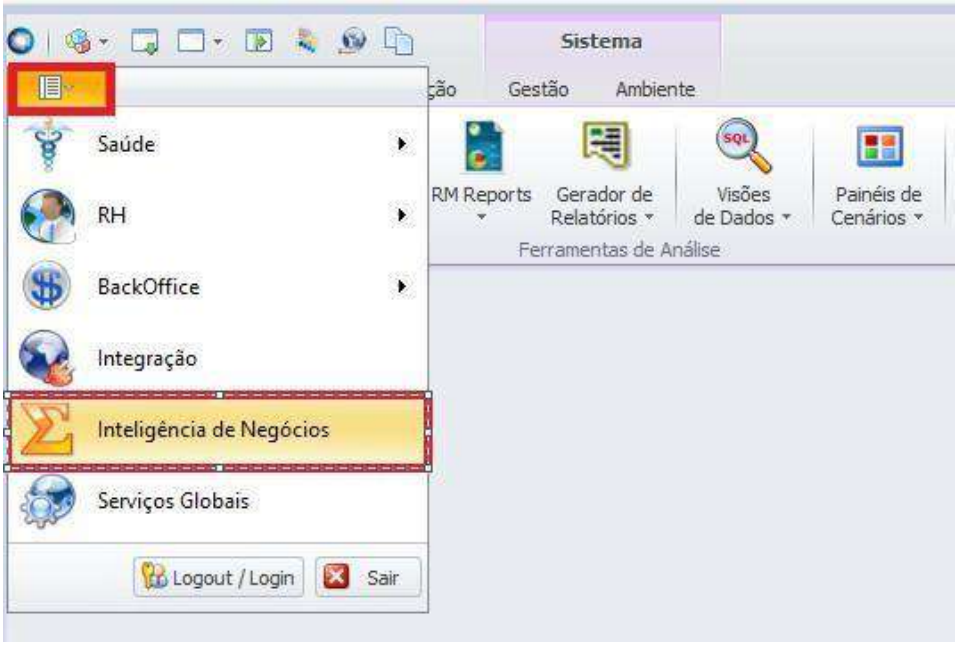


Figura 3- Processo para obtenção das Notas Fiscais 1.

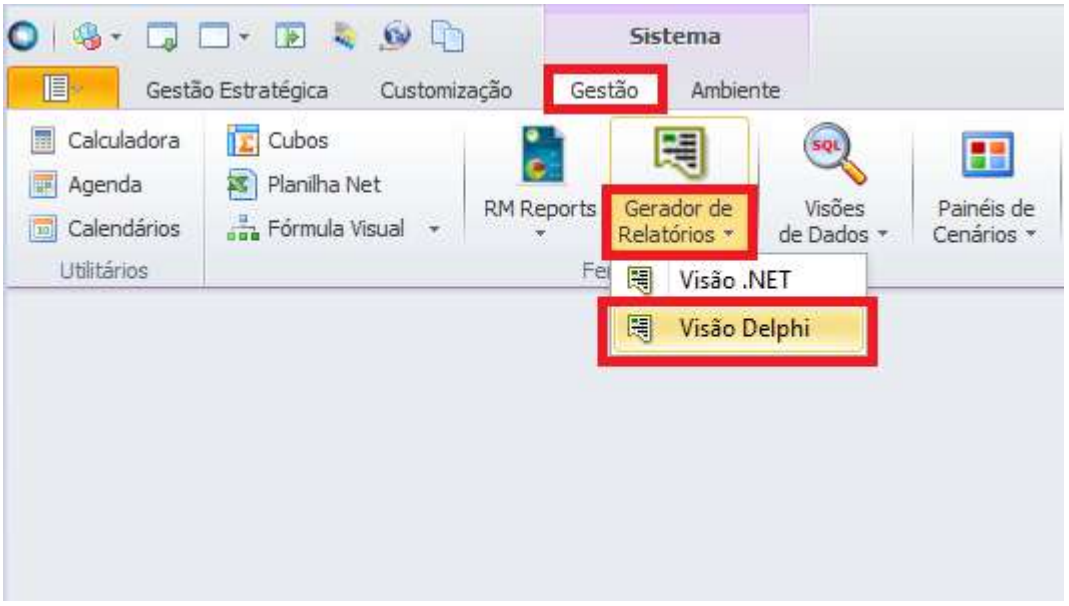


Figura 4 - Processo para obtenção das Notas Fiscais 2.

A seguinte janela irá aparecer, nela pode-se observar a ordem dos passos, sendo:

1. Escolher (001.11 – Exportação de Nomenclaturas (GENERICO));
2. Visualizar impressão;
3. Criar arquivo obrigatoriamente com o nome “list” e escolher o local de salvamento na caixa ao lado do nome indicado pela seta vermelha;
4. OK para avançar.

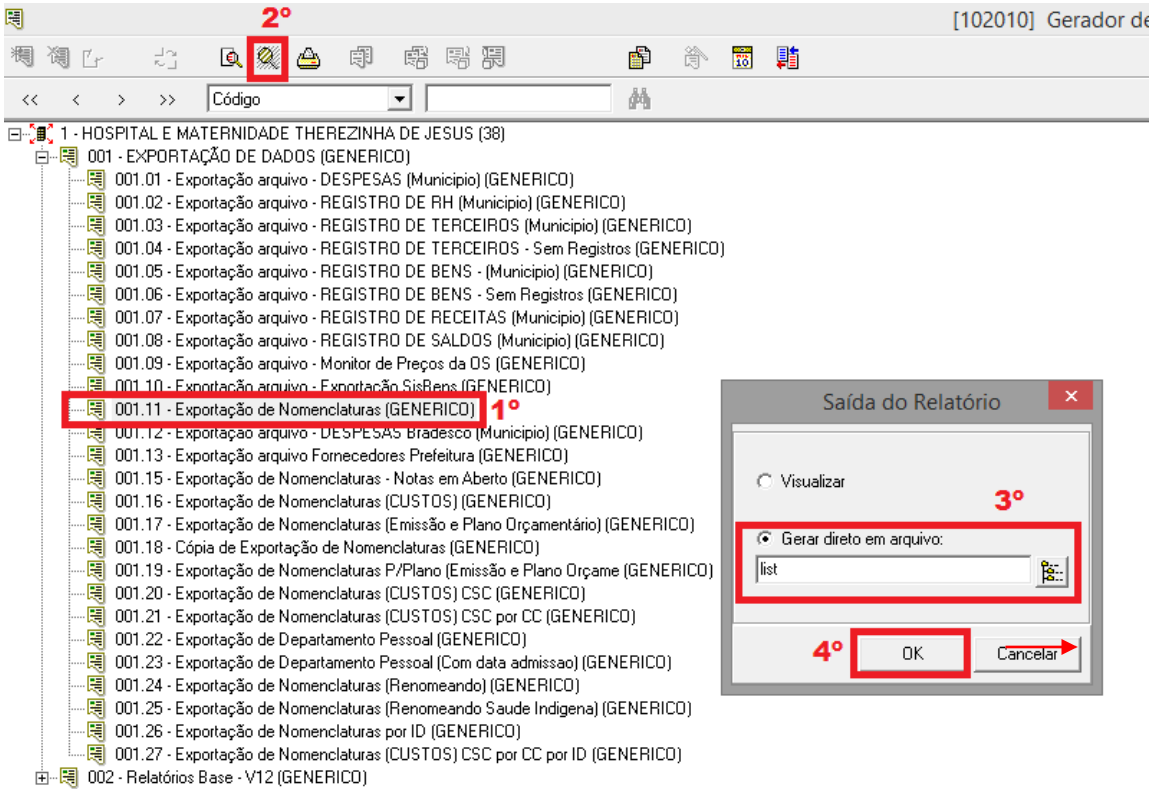


Figura 5 - Processo para obtenção das Notas Fiscais 3.

A seguinte janela irá aparecer, nela pode-se observar a ordem dos passos, sendo:

1. Definir a data inicial do período escolhido;
2. Definir a data final do período escolhido;
3. Definir a filial escolhida;
4. OK para avançar.

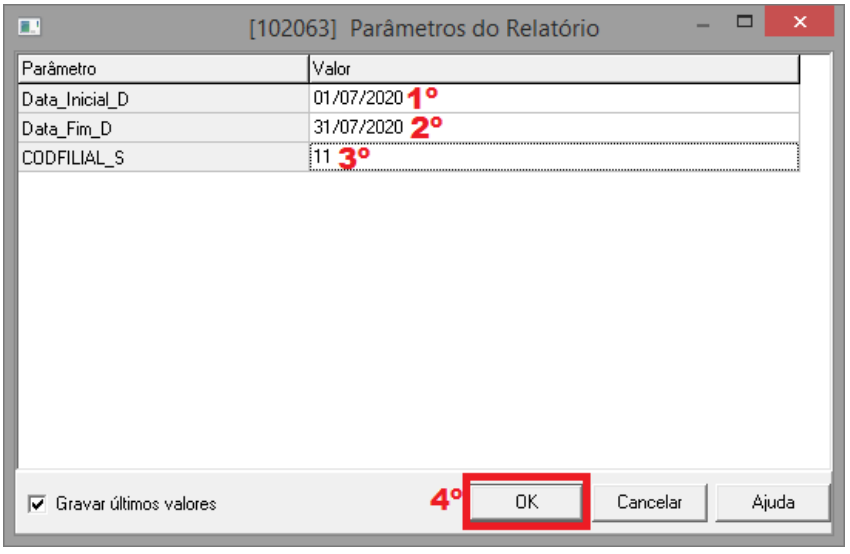


Figura 6 - Processo para obtenção das Notas Fiscais 4.

Depois de seguir os passos para gerar e salvar o arquivo com o nome “list” na pasta “Arquivos Recebidos” da prestação de contas, devemos abrir a área remota “srvvm04” (usando o mesmo login e senha de acesso utilizados para ligar o computador) e colocar o arquivo “list” na pasta C:\Search_Script (possui um atalho na área de trabalho).

Na pasta C:\Search_Script devemos realizar os seguintes passos:

1. Verificar se a pasta “Files” está vazia, se sim, OK. Se não, apagar os arquivos;
2. Verificar se a pasta “merged” está vazia, se sim, OK. Se não, apagar os arquivos;
3. Executar o arquivo “find_files”, ele é responsável por procurar automaticamente as notas fiscais e os comprovantes de pagamento no sistema, realizando o download dos mesmos, depois da conclusão a pasta “Files” ficará cheia de arquivos soltos (não mexer);
4. Executar o arquivo “merged_main”, ele é responsável por unificar os arquivos DOC (notas fiscais) e CP (comprovantes de pagamento) que possuem a mesma nomenclatura. Depois da conclusão desse processo, a pasta “merged” ficara cheia com os arquivos unificados, cada imagem deve ser composta por: (Notas de serviço = Nota fiscal + Medição + Comprovante); (Notas de Compra = Nota fiscal + Ordem de compra + Cotação + Comprovante) e (Impostos = Guia + Lista de fornecedores/funcionários + comprovante). As imagens devem ser retiradas e alocadas na pasta “Arquivos recebidos” na pasta prestação de contas informada na página 2 deste documento.

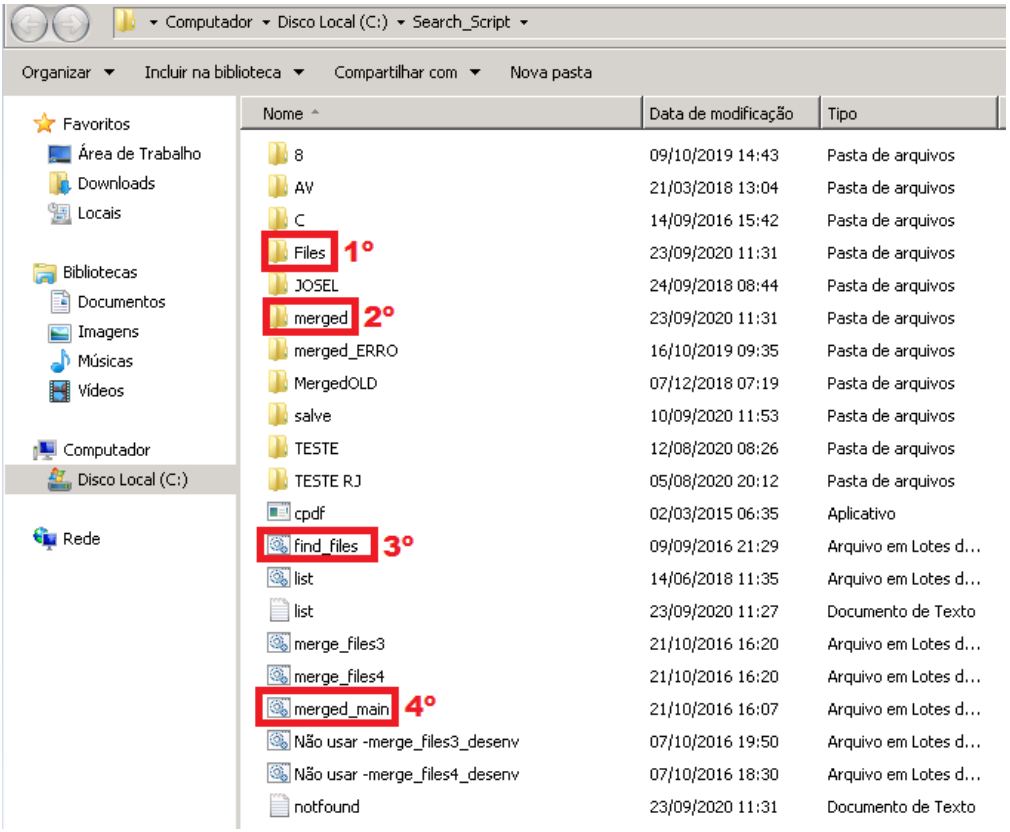


Figura 7- Processo para obtenção das Notas Fiscais 5.

Depois desse processo as notas devem ser confrontadas com a planilha “Saídas Analíticas” devidamente organizada por “data de baixa/pagamento”, no mesmo escopo as notas ficais devem ser separadas por pastas, respeitando os dias de pagamentos evidenciados nos CP (comprovantes de pagamento). Abaixo pode-se observar as referidas organizações.

HMTJ - FILIAL ESCOLHIDA
Periodo de 01/08/2020 a 31/08/2020
Prestação de Contas

Banco	PLANO ORCAMENTARIO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE EMISSAO	NUMERO DOCUMENTO	HISTORICO	VALOR
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	11/08/2020	30/07/2020	0020203101	Nota Fiscal - PIETRO HENRIQUE DE SOUZA & CIA LTDA	9.550,18
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	11/08/2020	30/07/2020	0000001201	Nota Fiscal - ROCHA SERVIÇOS MEDICOS - 00000012	4.865,18
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	11/08/2020	31/07/2020	0000001201	Nota Fiscal - SANTIAGO & LACERDA SERVIÇOS MÉDIC	28.679,71
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	11/08/2020	30/07/2020	00202001401	Nota Fiscal - TARCISIO NERY DE SOUZA - 00202014	7.560,00
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	12/08/2020	31/07/2020	0000044301	DEV TED 10/08 - Nota Fiscal - ASSISTENCIA MEDICA FE	7.508,00
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	12/08/2020	31/07/2020	0000044401	DEV TED 10/08 - Nota Fiscal - ASSISTENCIA MEDICA FE	7.095,06
104.30	PARA MANUTENCAO PREDIAL	12/08/2020	13/07/2020	0000004501	Nota Fiscal - COFERMIX MATERIAIS ELETROS E TUBO	1.724,00
104.30	MATERIAL DE LIMPEZA	12/08/2020	21/07/2020	0000714201	Nota Fiscal - MASTER CLEAN HIGIENIZACAO PROFIS	1.120,55
104.30	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	12/08/2020	05/08/2020	0000000401	SEM DADOS BANCÁRIOS Nota Fiscal - LGC SERVIÇOS	4.865,18
104.30	AGUA	13/08/2020	27/07/2020	3283770201	Nota Fiscal - COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINA	4.692,29
104.30	MATERIAL DE LIMPEZA	13/08/2020	21/07/2020	0000714301	Nota Fiscal - MASTER CLEAN HIGIENIZACAO PROFIS	476,48
104.30	GASES MEDICINAIS (FORNECIMENTO)	13/08/2020	16/07/2020	0000420901	Nota Fiscal - WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LT	126,00
104.30	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAME	13/08/2020	21/07/2020	0202038901	Nota Fiscal - X-SERVICE MANUTENÇAO E COMERCIO	750,00
104.30	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	13/08/2020	21/07/2020	0202039001	Nota Fiscal - X-SERVICE MANUTENÇAO E COMERCIO	850,00

Figura 8 - Organização e conferência entre planilha e Notas Fiscais 1.

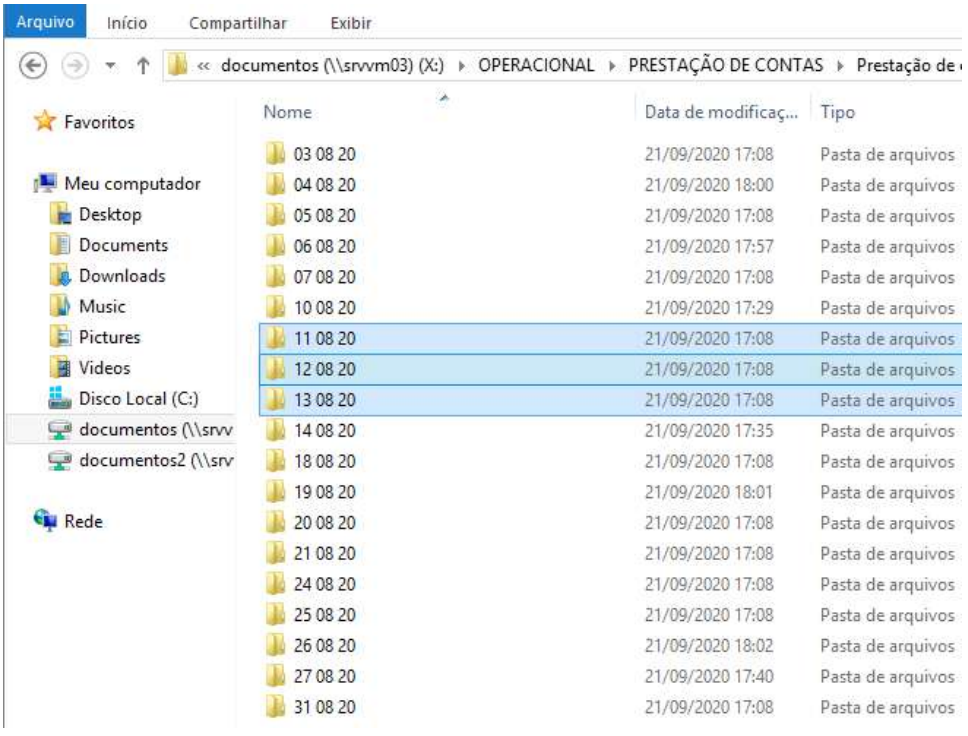


Figura 9 - Organização e conferência entre planilha e Notas Fiscais 2.

O exemplo acima mostra alguns lançamentos nos dias selecionadas, dentro de cada pasta existe as notas fiscais que devem ser confrontadas com os valores presentes na planilha.

- ITENS 3 e 5 (Planilhas de Fluxo de caixa, saídas analíticas, saídas sintéticas e Extratos).

Nesse ponto devemos confrontar a planilha "Fluxo de Caixa" com os extratos bancários fornecidos pelo setor financeiro. Essa conferência é realizada somando os saldos presentes em todos os extratos com o fluxo de caixa na linha "Saldo Final de Caixa do Mês". Nas imagens abaixo pode-se observar o processo.

HMTJ – FILIAL ESCOLHIDA
Período: 01/08/2020 a 31/08/2020
FLUXO DE CAIXA

Saldo Inicial de Caixa	2.007.507,74
(+) Total de Entradas de Caixa	1.144.429,88
Contrato de Gestão	1.141.691,82
Receitas Financeiras	738,80
Recursos Diversos	1.999,26
Transferência da Conta CEF para Itaú	-
(-) Total de Saídas de Caixa	923.869,17
Pessoal	257.968,15
Material de Consumo	124.839,31
Serviços de Terceiros	490.021,00
Taxas/Impostos/Contribuições	1,35
Serviços Públicos	4.692,29
Despesas Bancárias	2.368,46
Outras Despesas Operacionais	42.298,61
Investimentos	1.680,00
(=) Saldo Final de Caixa do Mês	2.228.068,45
Saldo Consolidado de Caixa em 31/08/2020	
(+) Saldo em Conta Corrente	2.228.068,45
(+)Saldo em Cheque Administrativo	-
(=)Saldo Total Consolidado	2.228.068,45

Fluxo de Caixa

Saldo Bruto*				1.210,75C	3144-8 aplic 08/09/2020 10:26
Saldo Bruto*				1.594.885,47C	3144-8 aplic1 08/09/2020 10:26
Saldo Bruto*				200.561,93C	3144-8 aplic2 08/09/2020 10:26
Saldo Bruto*				431.366,08C	3144-8 aplic3 08/09/2020 10:26
31/08/2020	137574	ENVIO TED	1.280,49 D	44,22 C	3144-8 CC ago20 08/09/2020 10:26
06/08		SALDO		0,00	38520-8 CC itau ago20 08/09/2020 10:26
SALDO TOTAL				2.228.068,45	

Figura 10 - Conferência fluxo de caixa e extratos bancários.

- ITENS 6 (Contratos).

Estes arquivos são confeccionadas pelo setor de contratos e disponibilizados no caminho abaixo:

X:\OPERACIONAL\RESPOSTASQUESTIONAMENTOS CTA\TRANSPARÊNCIA

Devemos enviar um e-mail ao setor questionando a validade e atualização desses documentos e solicitando o aval para o envio aos contratantes.

- ITENS 7 (Balancete, demonstrativos contábeis, Razão e Patrimônio).

Para esses arquivos devemos verificar se os demonstrativos contábeis e balancete estão apresentando os mesmos valores, como pode ser observado nas imagens a seguir, bem como conferir se as formulas estão corretas.

3	463	RESULTADO DO PERÍODO	310.203,63-	1.234.381,14	1.250.417,25-	326.239,74-
3.1	464	RENDAS OPERACIONAIS	6.514.518,32-	0,00	948.059,75-	7.462.578,07-
3.1.1	1995	RENDA LÍQUIDA DE SERVIÇOS	6.514.518,32-	0,00	948.059,75-	7.462.578,07-
3.1.1.1	1996	RENDA BRUTA DE SERVIÇOS	6.514.518,32-	0,00	948.059,75-	7.462.578,07-

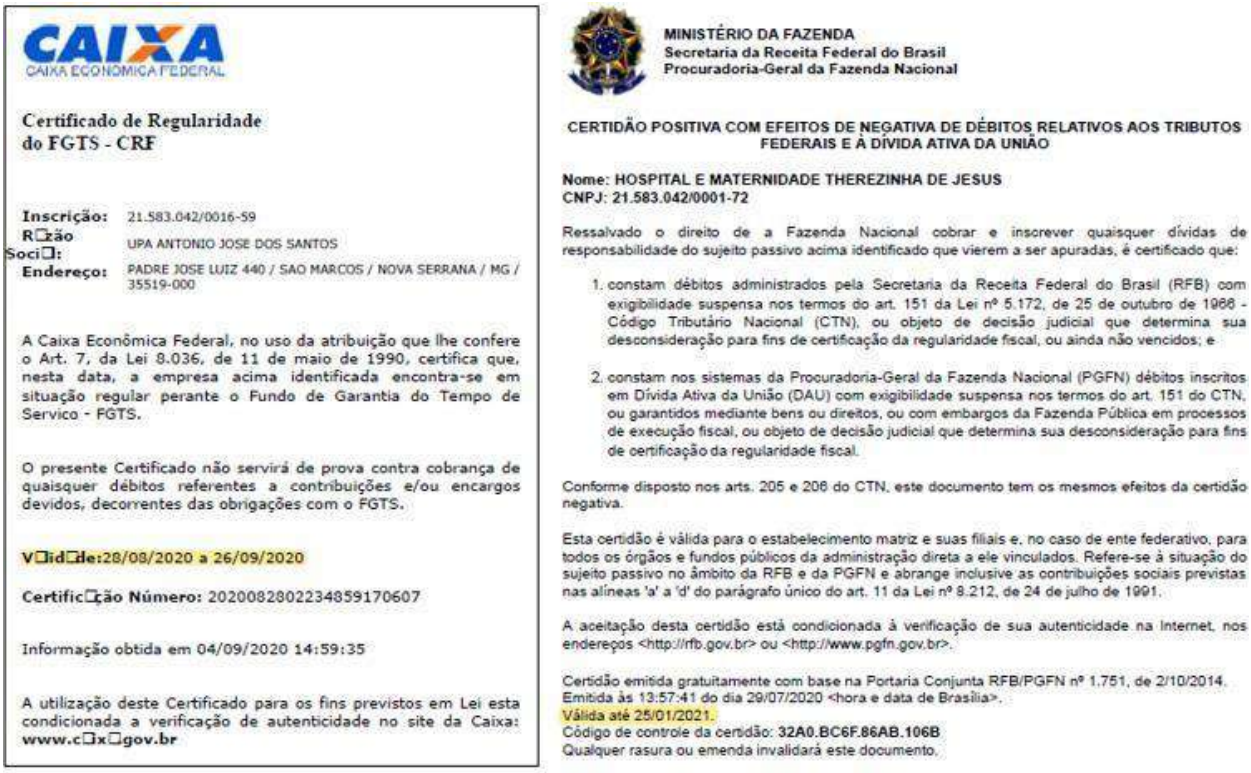
Materiais de Consumo	**92.712**
Medicamentos e Materiais	80.902
Outros Materiais de Apoio	11.810
Serviços de Terceiros	**491.617**
Serviços Médicos	332.215
Serviços de Apoio Diagnóstico	36.407
Serviço de Manutenção e Conservação	5.667
Serviço de Limpeza e Higiene	17.388
Serviço de Apoio Geral	47.509
Utilidade e Serviços	14.709
Despesas Gerais	37.722
Serviços Públicos	**4.128**
Água	4.128
Energia Elétrica	0
Tributárias/Financeiras	**2.141**
Taxas Diversas	0
Despesas Financeiras	2.141
Outras Despesas Operacionais	**37.765**
Despesas Pré Operacionais	0
RESULTADO OPERACIONAL (A+B-C)	**326.240**
Despesas com Investimento (D)	**6.352,00**
Investimento em Móveis e Utensílios	2.992,00
Investimentos em Obras e Instalações	3.360,00
RESULTADO OPERACIONAL LÍQUIDO (A+B-C-D)	**319.887,7**
SOBRA OU (FALTA) DE RECURSO 2018	**33.928**
SOBRA OU (FALTA) DE RECURSO 2019	**111.251**
SALDO ACUMULADO	**465.067**

Figura 11 - Conferência entre o demonstrativo contábil e o balancete.

- ITENS 8 e 9 (Certidões CRF e CND).

  Para esses itens devemos conferir a validade das referidas certidões. Os exemplos podem ser observados nas imagens abaixo.

  Observação: A certidão CRF é individual para cada filial.



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 21.583.042/0016-59
Razão Social: UPA ANTONIO JOSE DOS SANTOS
Endereço: PADRE JOSE LUIZ 440 / SAO MARCOS / NOVA SERRANA / MG / 35519-000

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

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

Validade: 28/08/2020 a 26/09/2020

Certificação Número: 2020082802234859170607

Informação obtida em 04/09/2020 14:59:35

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ: 21.583.042/0001-72

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e

2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 13:57:41 do dia 29/07/2020 <hora e data de Brasília>.
Válida até 25/01/2021.
Código de controle da certidão: 32A0.BC6F.86AB.106B
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

CRF CND

Figura 12 - Exemplo das certidões.

- ITENS 10 e 11 (SEFIP e Planilhas de RH).

Para esses itens, nossa conferência é baseada na alocação correta das informações fornecidas pelos setores, uma vez que outros setores já validaram os arquivos SEFIP, no caso das planilhas de RH, devemos ter atenção para com o total de funcionários para cada filial, bem como as informações de admissões e demissões que serão inseridas nos relatórios enviados aos contratantes.

- ITEM 12 (texto SESMT).

Para esse item nossa conferencia é textual, haja vista que, por vezes, as datas dos exames admissionais e demissionais ocorrem em competências diferentes das demissões e contratações ocorridas no período. Além disso, a conferência deve observar se na referida unidade estão ocorrendo ações para a segurança dos colaboradores bem como, medidas de prevenção de uma forma geral.

3 - ENTREGA DA PRESTAÇÃO

Para realizar a entrega dos arquivos, deve-se montar o relatório de execução o arquivo deve conter os documentos já analisados na seguinte ordem (Texto assinado + Balancete assinado + Folha + Extrato + Planilhas + Certidões) e devem ser unidos no programa PDF Creator, site ILove PDF ou similares para formar um único arquivo e colocar na pasta Relatório de execução.

Com a prestação de contas concluída, devemos “subir” os arquivos no Google Drive e enviar o link para o coordenador da unidade para que o mesmo realize a gravação em mídia digital e protocole os arquivos na Secretaria de Saúde.

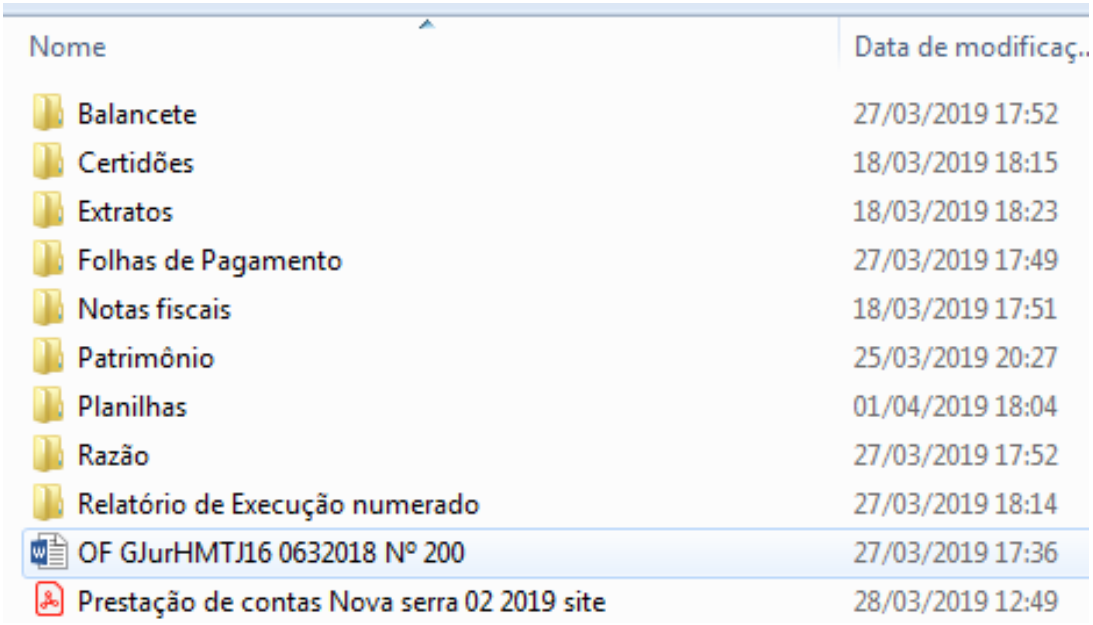


Figura 13 - Exemplificação da pasta de prestação de contas devidamente organizada.

Para o correto protocolo da documentação devemos utilizar o modelo padrão de ofício, alterando apenas a numeração do mesmo. Para tanto devemos iniciar uma solicitação no fluig em campo específico que pode ser observado na imagem a seguir.

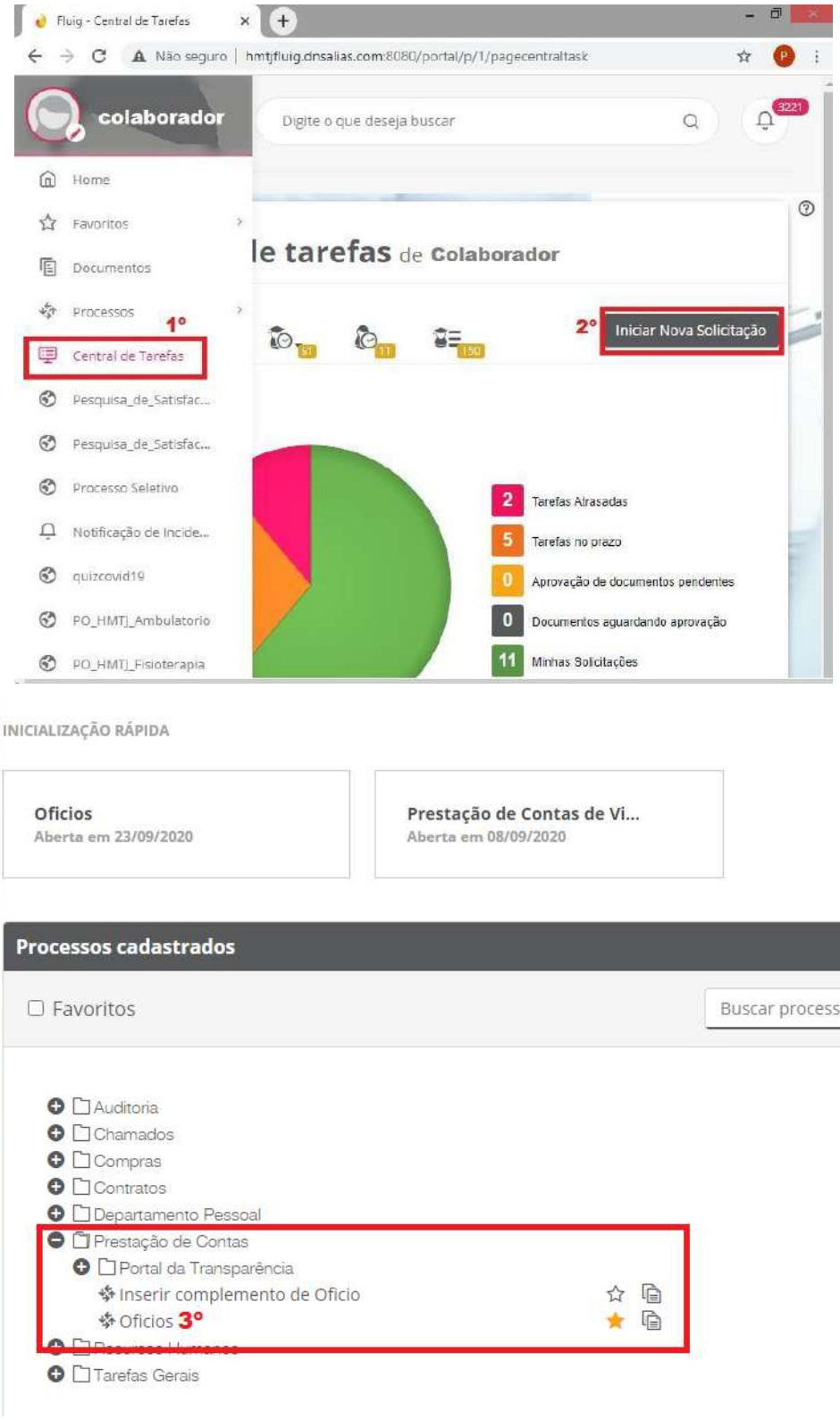


Figura 14 - Criação de ofício para protocolar a prestação de contas 1.

Após essa etapa a janela a seguir irá aparecer, nela devemos preencher os campos seguindo a ordem que aparece na imagem.

1. Escolher a unidade;
2. Escolher o tipo de ofício “Prestação de Contas”;
3. Escolher o número do contrato, é automático após a escolha da unidade;
4. Nesse campo é gerado de forma automática o nome do ofício;
5. Aqui inserimos a data da criação do fluig;
6. Nesse campo inserimos do que se trata o ofício, exemplo “Prestação de Contas da UNIDADE referente ao mês INSERIR MÊS. A partir desse ponto seguir o fluxo habitual das solicitações no fluig (POP CST 012 – Entrada de Ofícios).

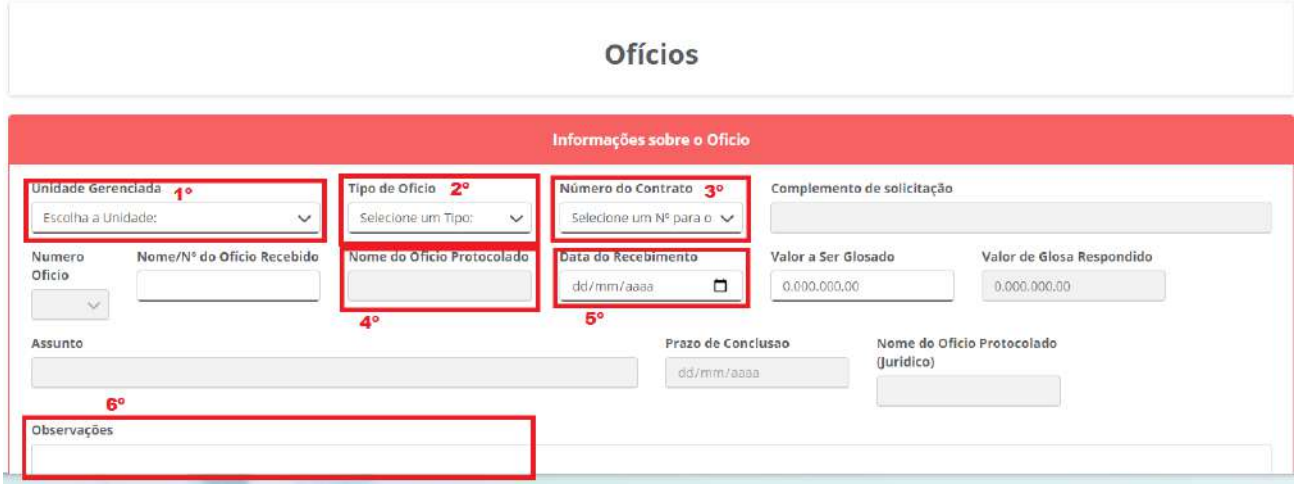


Figura 15 - Criação de ofício para protocolar a prestação de contas 2.

A prestação de contas deve ser protocolada/entregue ao contratante no vigésimo dia do mês subsequente ao de referência da prestação.

Exemplo: a prestação de referência AGOSTO deve ser entregue/protocolada no dia 20 de setembro na Secretaria de Saúde do Município ou órgão

4 - Prestação de contas formato Quadrimestre

Essa modalidade é composta de forma específica para cada contratante, mediante ao que é previsto em edital. Em linhas gerais essa prestação de contas é composta por relatório textual com os principais acontecimentos, compilado dos indicadores assistenciais ilustrados em forma de gráfico e/ou planilhas, tabelas que demonstram os custos para o período e documentos específicos definidos em edital.

Nesse momento é confeccionado uma apresentação em *powerpoint*, pois geralmente ocorre uma reunião na Secretaria para que seja feita a apresentação. Alguns aspectos desse documento são padronizados, como a utilização de gráficos no formato “Barra 3D” ou “Pizza 3D” e planilhas, outros podem sofrer variação mediante demanda ou atipicidades ocorridas no período.

A seguir pode-se observar imagens que ilustram e exemplificam a apresentação.

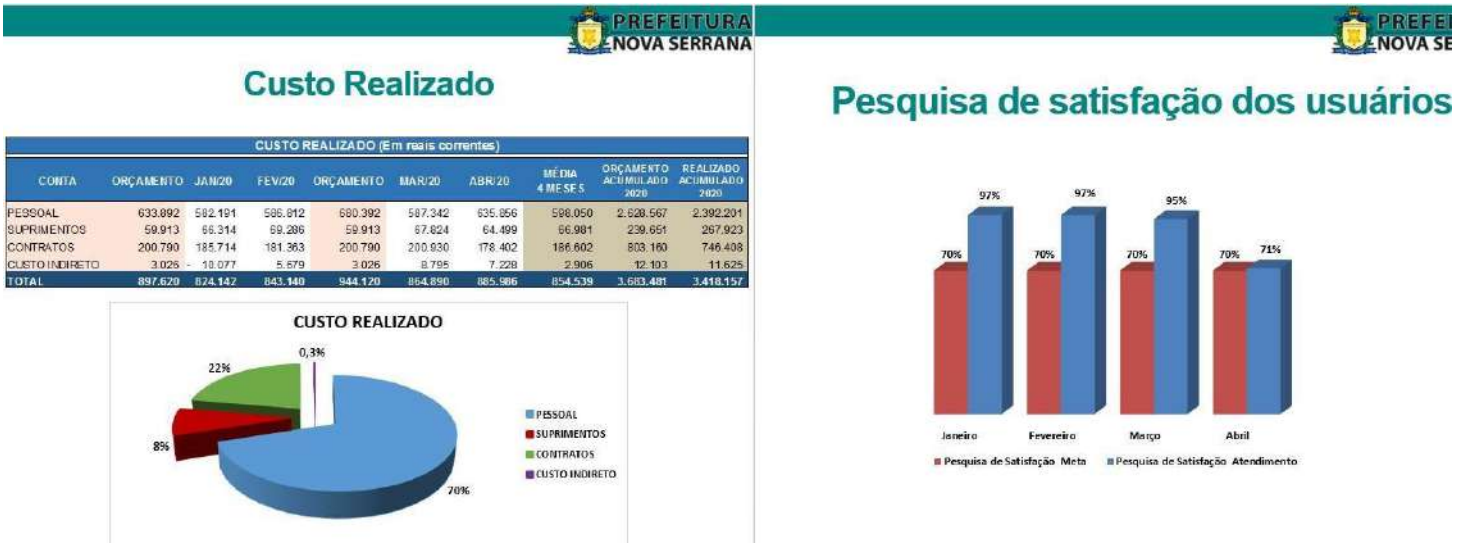


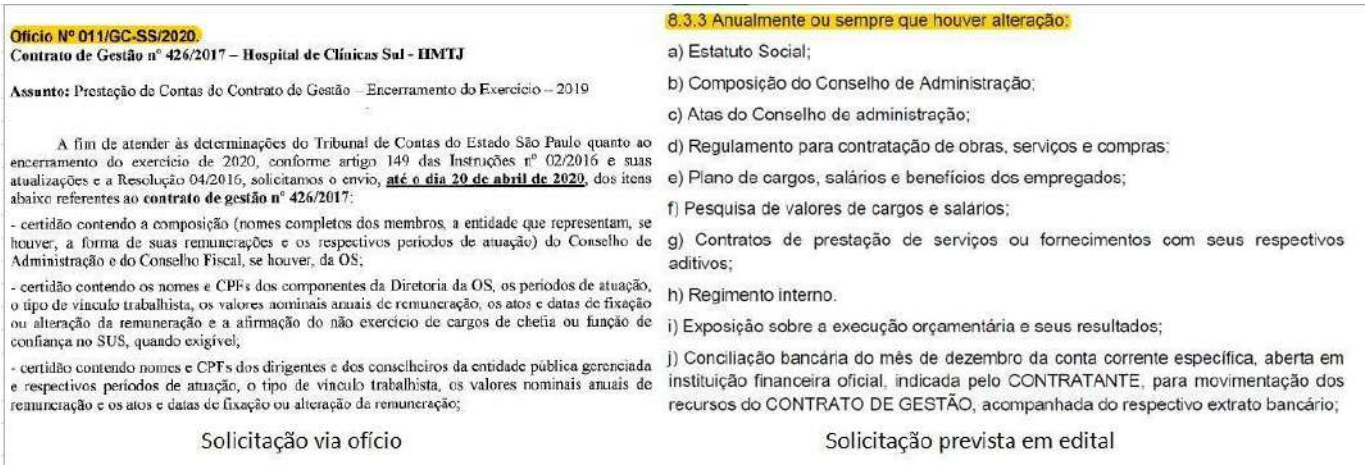
Figura 16 - Exemplo da apresentação em powerpoint.

5 - Prestação de contas formato Anual

Essa modalidade é composta de forma específica para cada contratante, mediante ao que é previsto em edital ou solicitado via ofício pela Secretaria. Em linhas gerais essa prestação de contas é composta por relatório textual com os principais acontecimentos, compilado dos indicadores assistenciais ilustrados em forma de gráfico e/ou planilhas, tabelas que demonstram os custos para o período e documentos específicos definidos em edital ou solicitados, como mencionado inicialmente

Nesse momento deve-se ter bastante atenção para a conferência dos documentos englobando as especificidades e o correto fornecimento das informações solicitadas. Ter atenção ainda com relação aos prazos, bem como o envio dos documentos de forma organizada, clara e objetiva facilitando a identificação dos mesmos por parte do contratante, a entrega acontece geralmente no mês 04 (abril) do ano subsequente ao do exercício, exemplo: Exercício 2020, prestação de contas deverá ser entregue em 04/2021 ou outra data quando solicitada pela secretaria.

A seguir pode-se observar um exemplo de como pode ser solicitada a prestação de contas anual.



Ofício Nº 011/GC-SS/2020.
Contrato de Gestão nº 426/2017 – Hospital de Clínicas Sul - HMTJ

Assunto: Prestação de Contas do Contrato de Gestão – Encerramento do Exercício – 2019

A fim de atender às determinações do Tribunal de Contas do Estado São Paulo quanto ao encerramento do exercício de 2020, conforme artigo 149 das Instruções nº 02/2016 e suas atualizações e a Resolução 04/2016, solicitamos o envio, **até o dia 20 de abril de 2020**, dos itens abaixo referentes ao **contrato de gestão nº 426/2017**:

- certidão contendo a composição (nomes completos dos membros, a entidade que representam, se houver, a forma de suas remunerações e os respectivos períodos de atuação) do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal, se houver, da OS;
- certidão contendo os nomes e CPFs dos componentes da Diretoria da OS, os períodos de atuação, o tipo de vínculo trabalhista, os valores nominais anuais de remuneração, os atos e datas de fixação ou alteração da remuneração e a afirmação do não exercício de cargos de chefia ou função de confiança no SUS, quando exigível;
- certidão contendo nomes e CPFs dos dirigentes e dos conselheiros da entidade pública gerenciada e respectivos períodos de atuação, o tipo de vínculo trabalhista, os valores nominais anuais de remuneração e os atos e datas de fixação ou alteração da remuneração;

Solicitação via ofício

8.3.3 Anualmente ou sempre que houver alteração:

a) Estatuto Social;
b) Composição do Conselho de Administração;
c) Atas do Conselho de administração;
d) Regulamento para contratação de obras, serviços e compras;
e) Plano de cargos, salários e benefícios dos empregados;
f) Pesquisa de valores de cargos e salários;
g) Contratos de prestação de serviços ou fornecimentos com seus respectivos aditivos;
h) Regimento interno.
i) Exposição sobre a execução orçamentária e seus resultados;
j) Conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica, aberta em instituição financeira oficial, indicada pelo CONTRATANTE, para movimentação dos recursos do CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do respectivo extrato bancário;

Solicitação prevista em edital

Figura 17- Exemplos de solicitações para prestação de contas anual.

IV. Siglas e Definições

DOC – Sigla que nomeia a imagem da nota fiscal;
OC – Sigla para ordem de compra;
COT – Sigla para cotações;
CP – Sigla para comprovante de pagamento;
TXT – Extensão do arquivo para criação do "list";
CRF – Certificado de regularidade do FGTS;
CND – Certidão Negativa de Débito.

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

I. Objetivos

Estabelecer procedimentos para a coleta de dados, processamento e emissão de relatórios de custos.

II. Materiais

Sistema TOTVS RM (Sistema de gestão de custos)

III. Abrangência

Todos os setores com centro de custos definidos

IV. Descrição dos passos da atividade

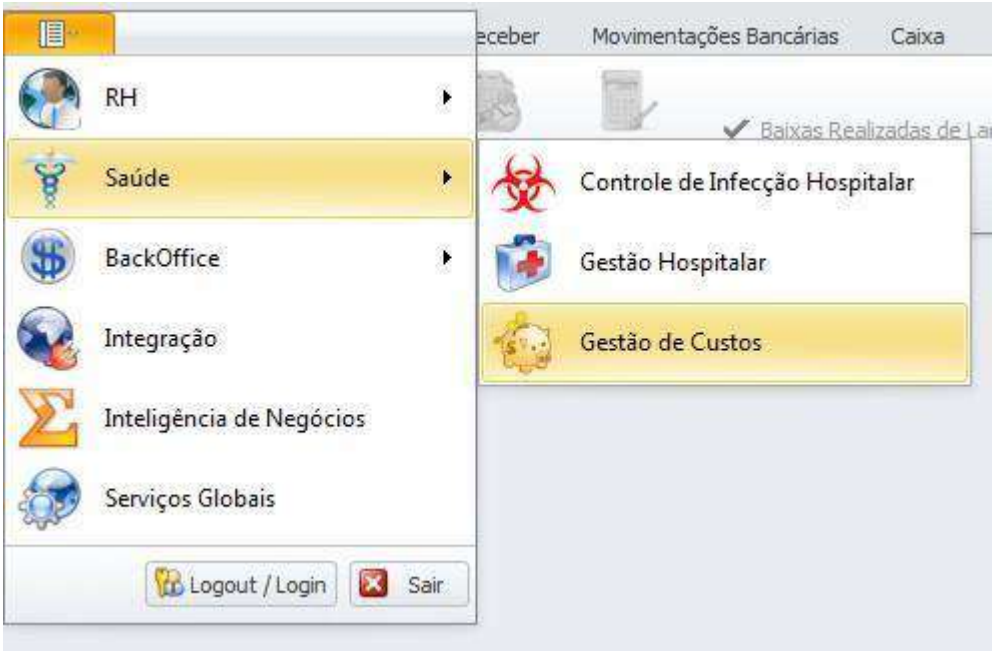
Lançamento de Bases de Rateio

1º Passo:
Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:

2º Passo:
Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.

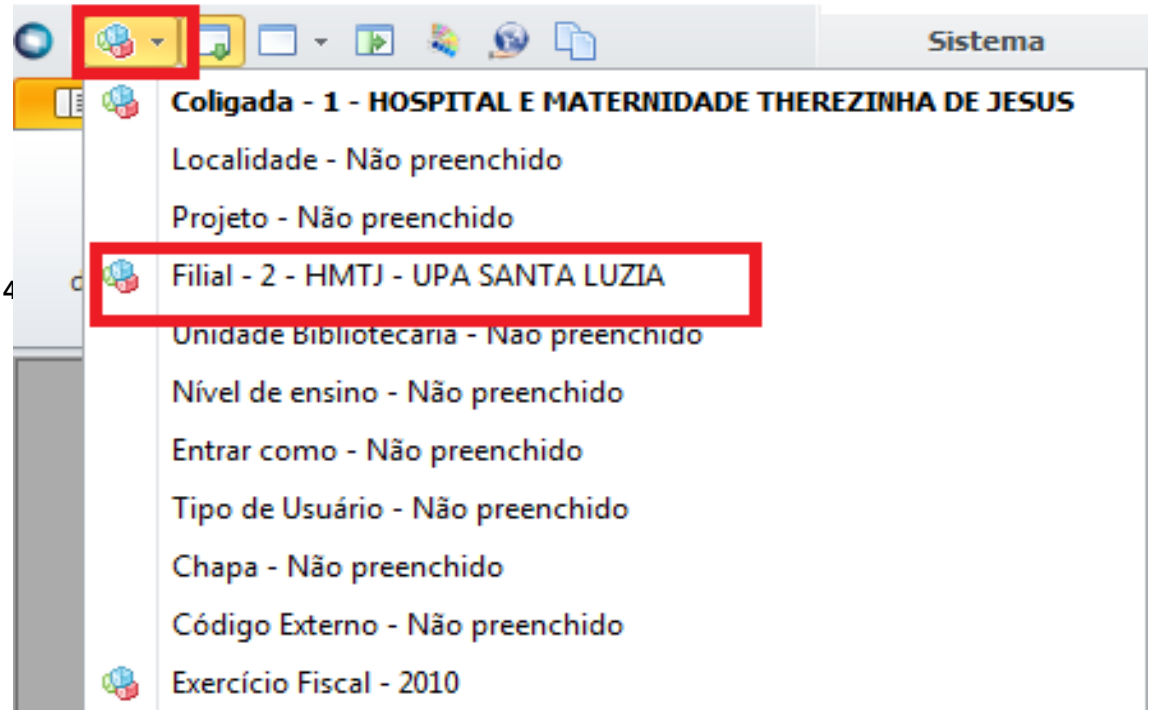
3º Passo:

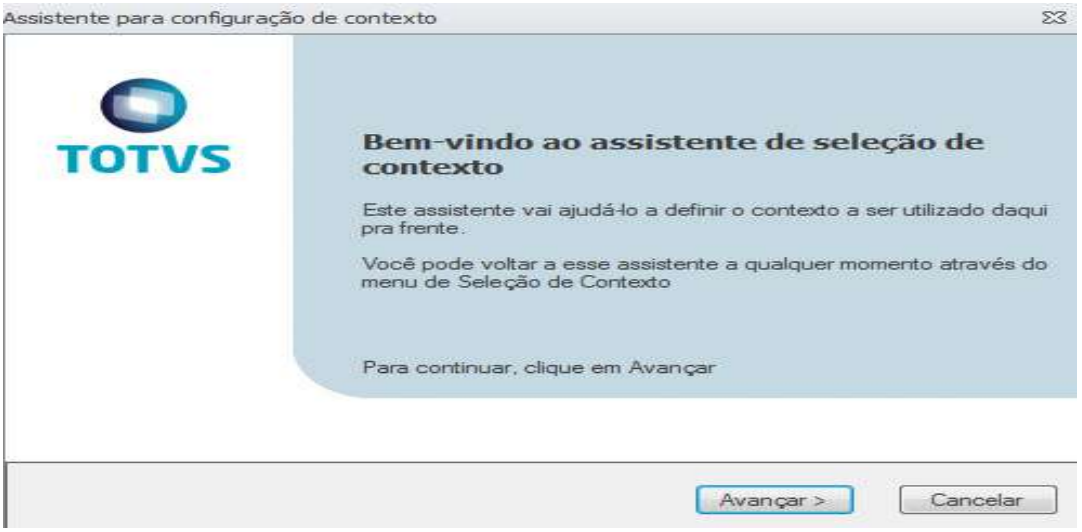
Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Gestão de Custos.



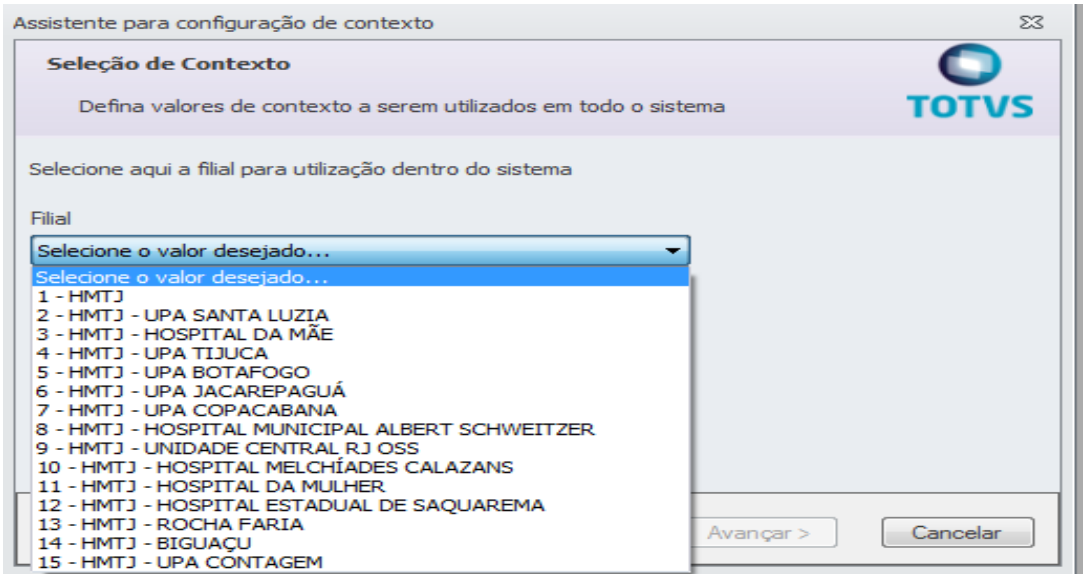
4º Passo:

4.1 Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela e em seguida, selecione a filial que aparece para você para dar continuidade no processo.

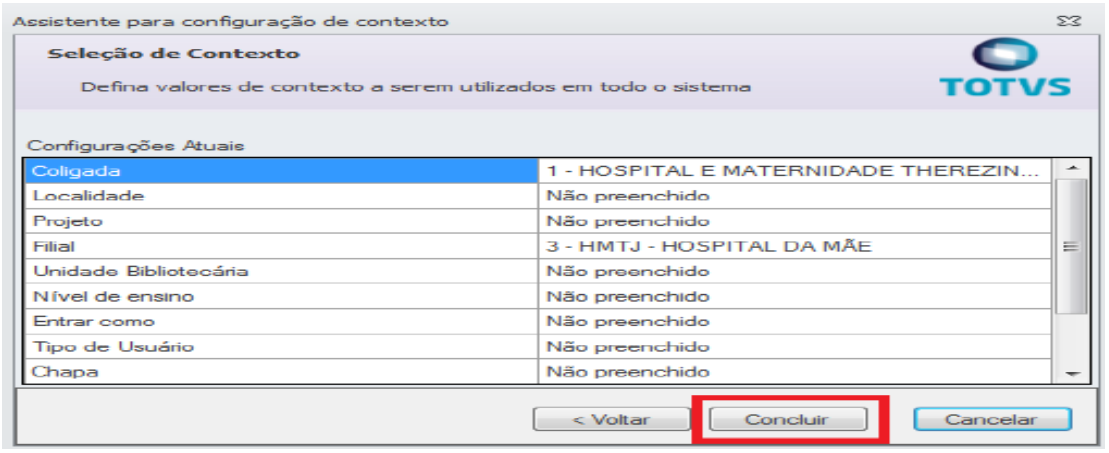




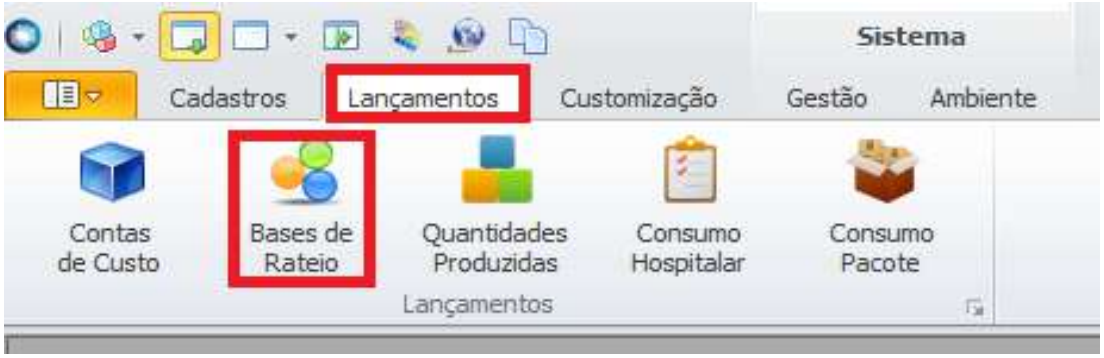
4.3 Selecione a filial referente a sua unidade e em seguida, clique em avançar.



4.4 Clique em concluir, como mostra a figura abaixo:

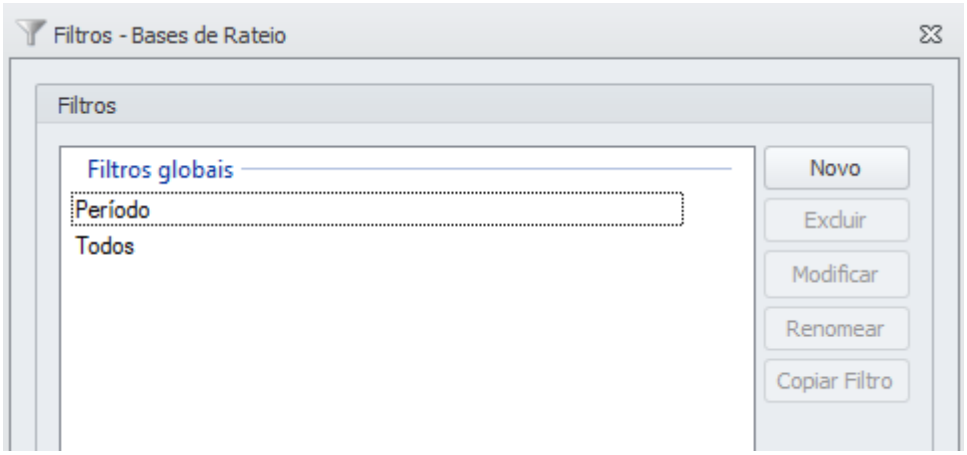


5º Passo:
Selecione a aba de Lançamentos e em seguida, clique no ícone bases de rateio para começar os lançamentos no sistema, conforme a figura abaixo:

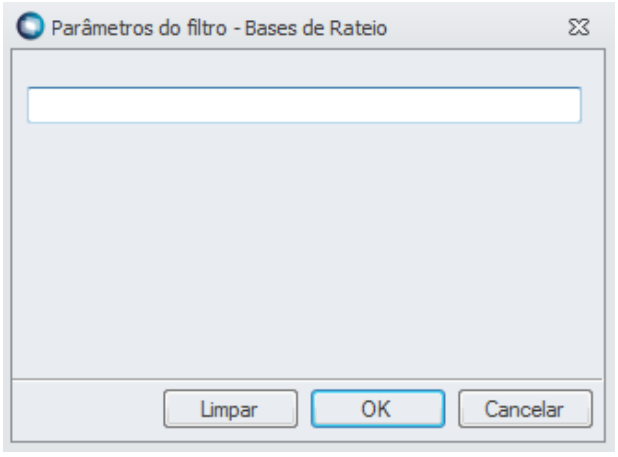


6º Passo:
Nesse campo, você pode selecionar um ou outro de acordo com sua preferência de lançamento.

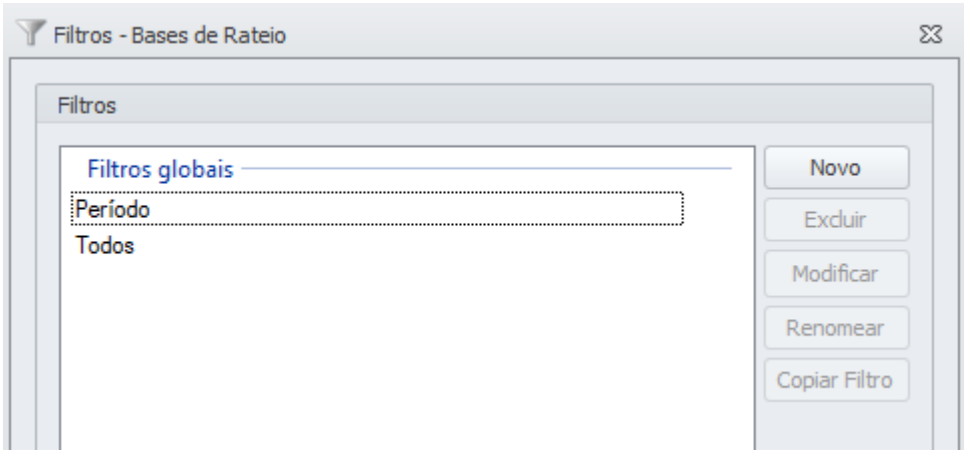
6.1 Período: Nessa opção, apenas poderá ver os itens que estão sendo lançados referente á uma competência.
Selecione período e depois em executar.



6.1.1 Coloque o ano e depois o mês, como por exemplo 201701. Após o preenchimento no campo, clique em ok para dar continuidade no processo:

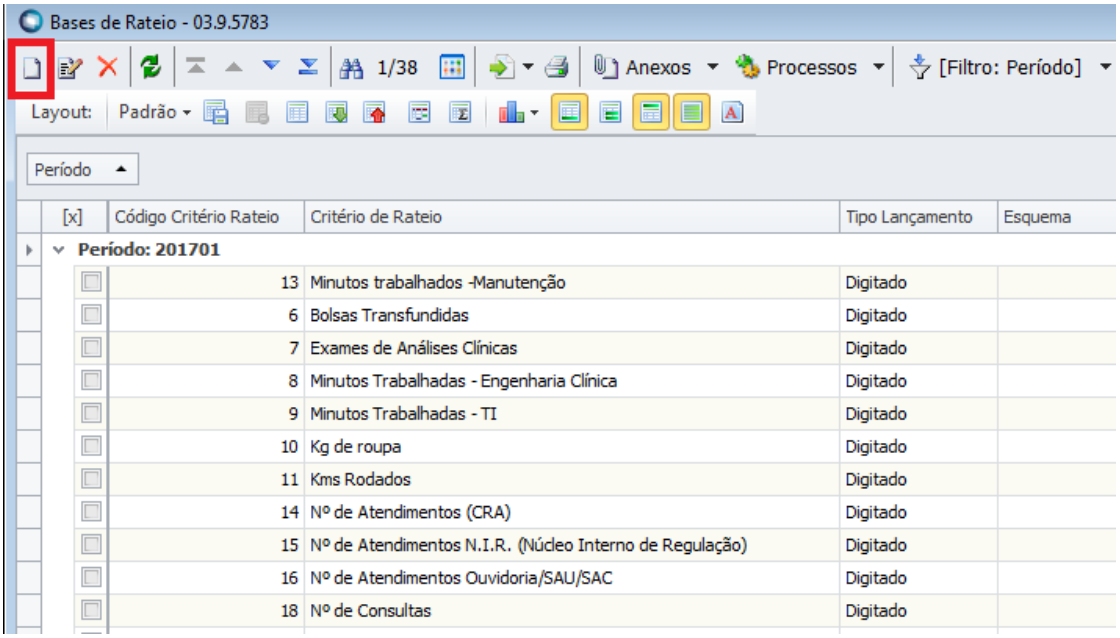


6.2 Todos: Para visualizar todos os lançamentos realizados em todas as competências, selecione o filtro "Todos".



7º Passo:

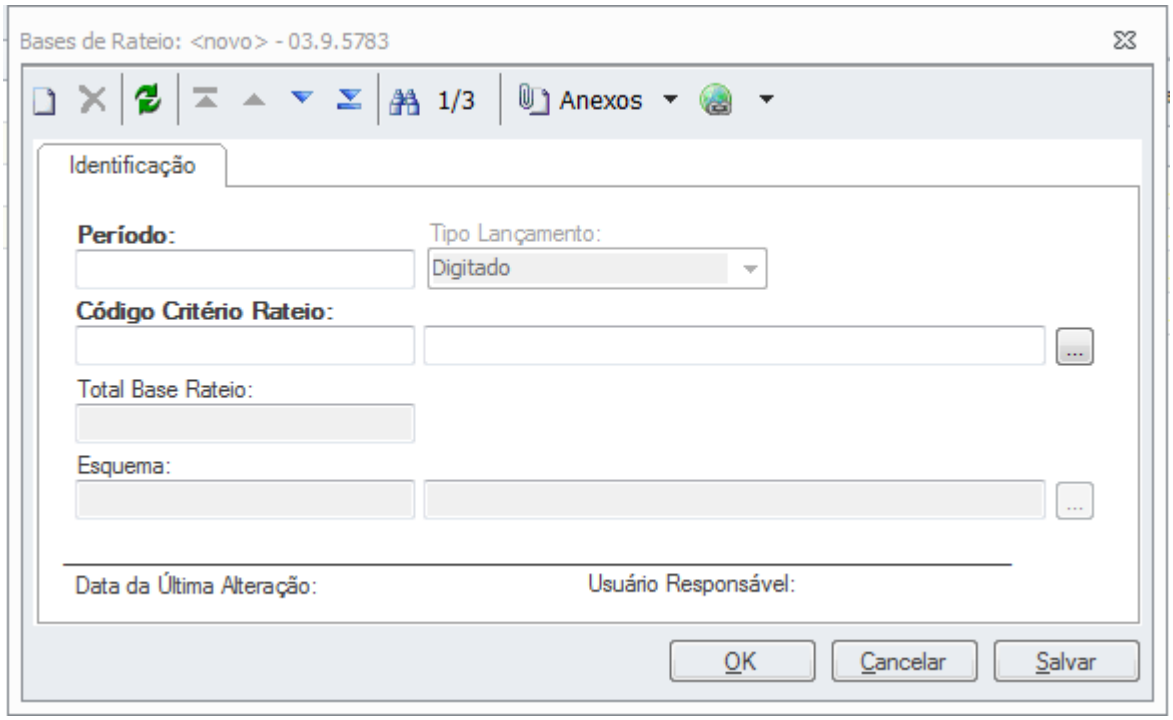
7.1 Para a inserção de um novo critério de rateio, clique no item como mostra a figura baixo no canto superior esquerdo.



7.2 Insira as informações para concluir o lançamento do critério de rateio da seguinte forma:

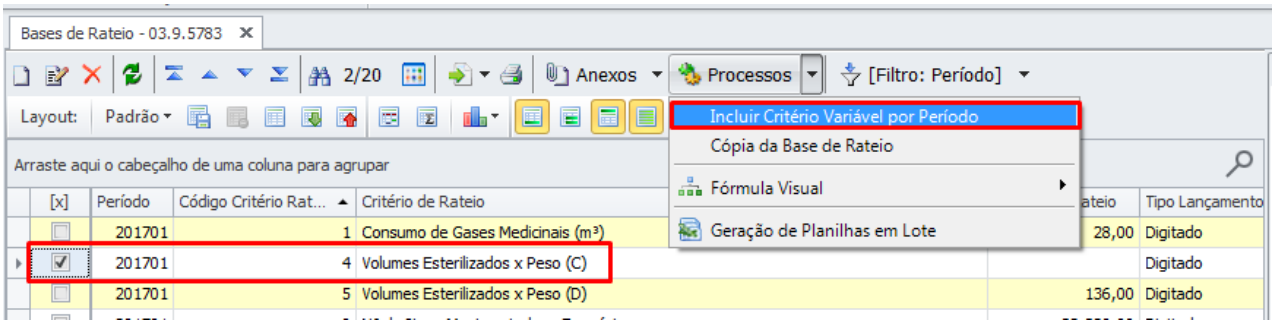
. Período: Coloque o ano e depois o mês, como por exemplo 201701;

. Código Critério Rateio: Selecione os três pontinhos e selecione critério de rateio vai receber o lançamento;

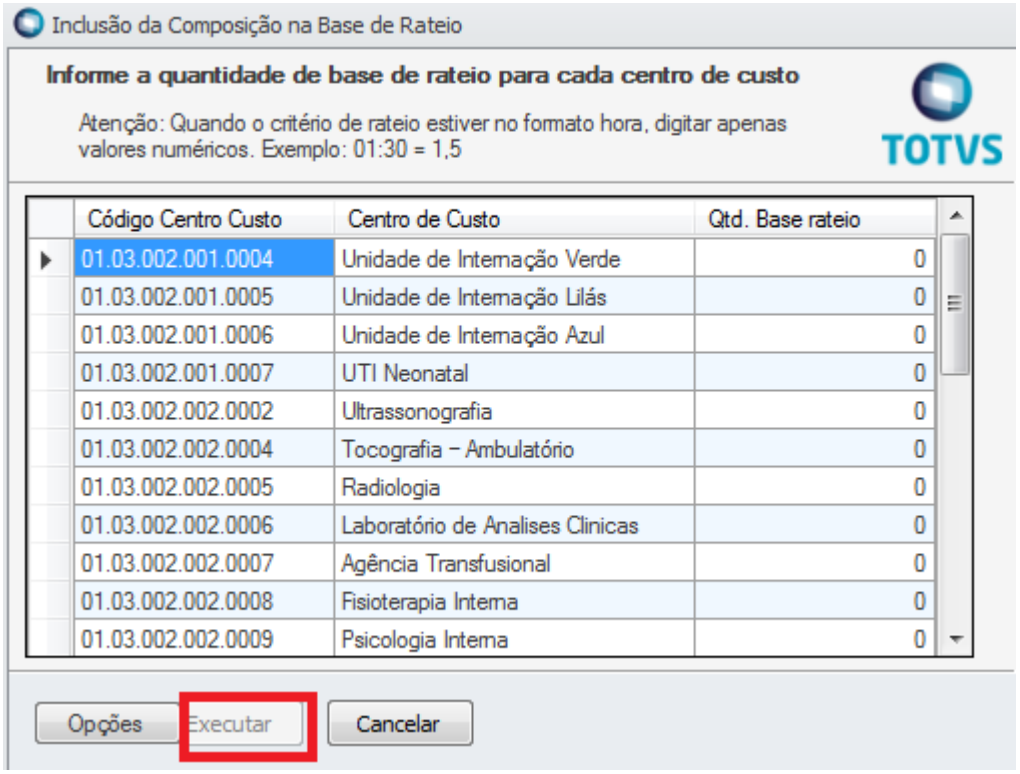


8º PASSO:

8.1 Selecione apenas um item de cada vez do critério, vá em processos, Inclui Critério Variável por Período.



8.2 Lance os valores na Qtd. Base de Rateio. Após o termino de todos os lançamentos referentes ao critério selecionado, clique em executar.



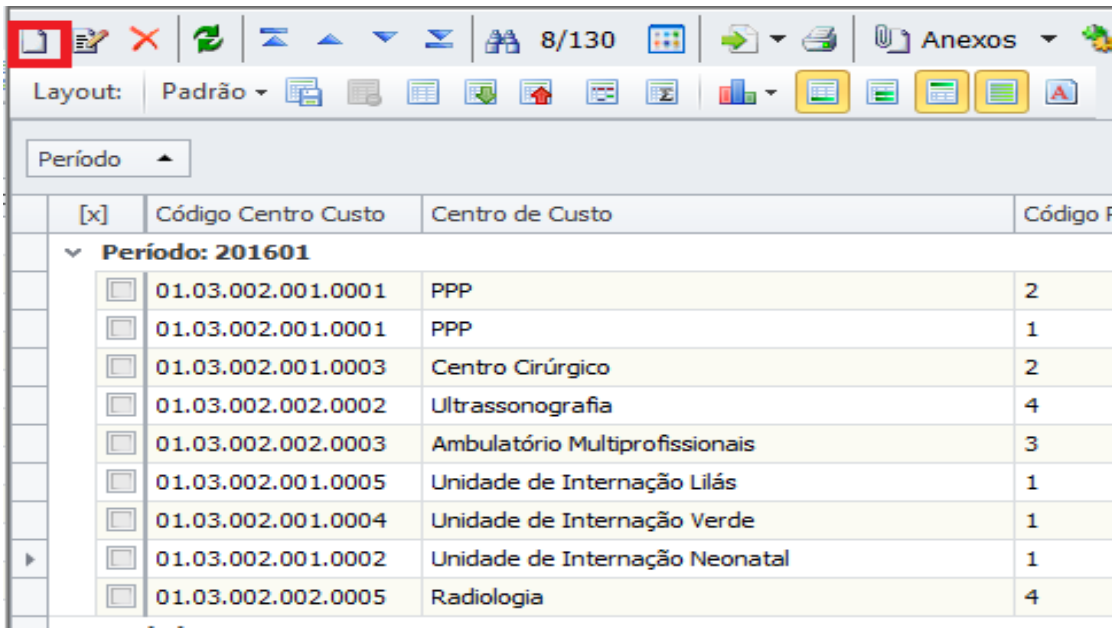
Lançamento de Quantidade Produzida

1º PASSO:

Selecione a aba de Lançamentos e em seguida, clique no ícone Quantidades Produzidas para começar os lançamentos no sistema, conforme a figura abaixo:

2° PASSO:

2.1 Clique em novo, para inserir um novo código de centro de custo.



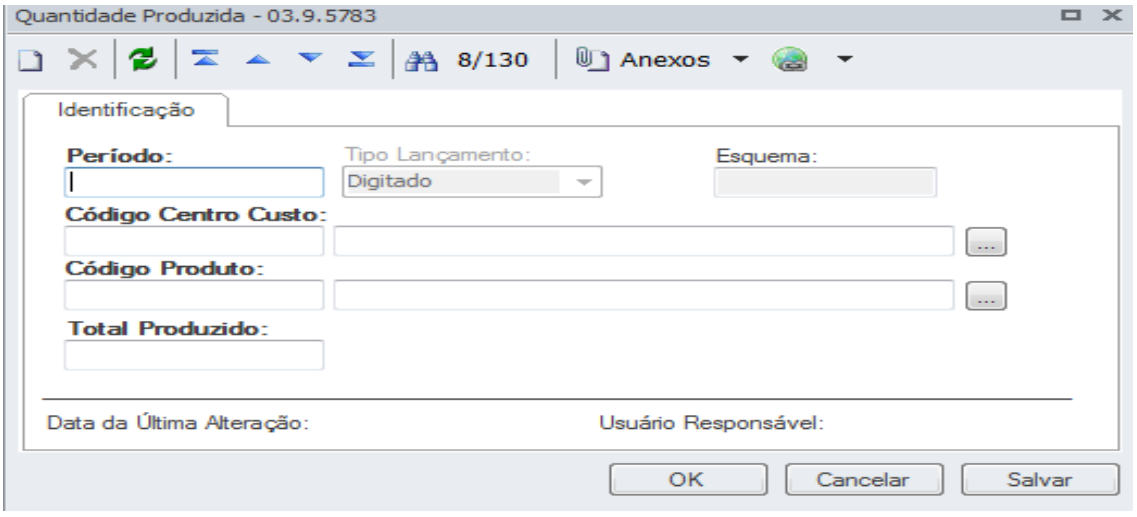
2.2 Insira as informações pertinentes ao centro de custo.

. Período: Coloque o ano e o mês de referência;

. Código Centro Custo: Selecione nos três pontinhos para poder escolher o centro de custo que deseja fazer o lançamento;

. Código do Produto: Selecione nos três pontinhos para poder escolher o código do produto que deseja fazer o lançamento;

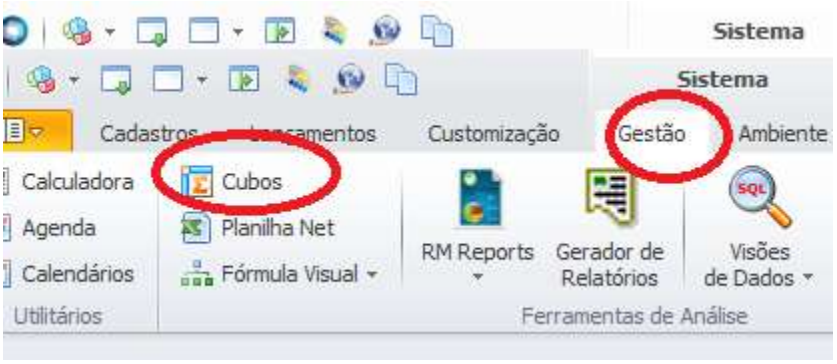
. Total Produzido: Insira o quantitativo produzido no determinado centro de custo lançado.



Relatório de Quantidade Produzida:

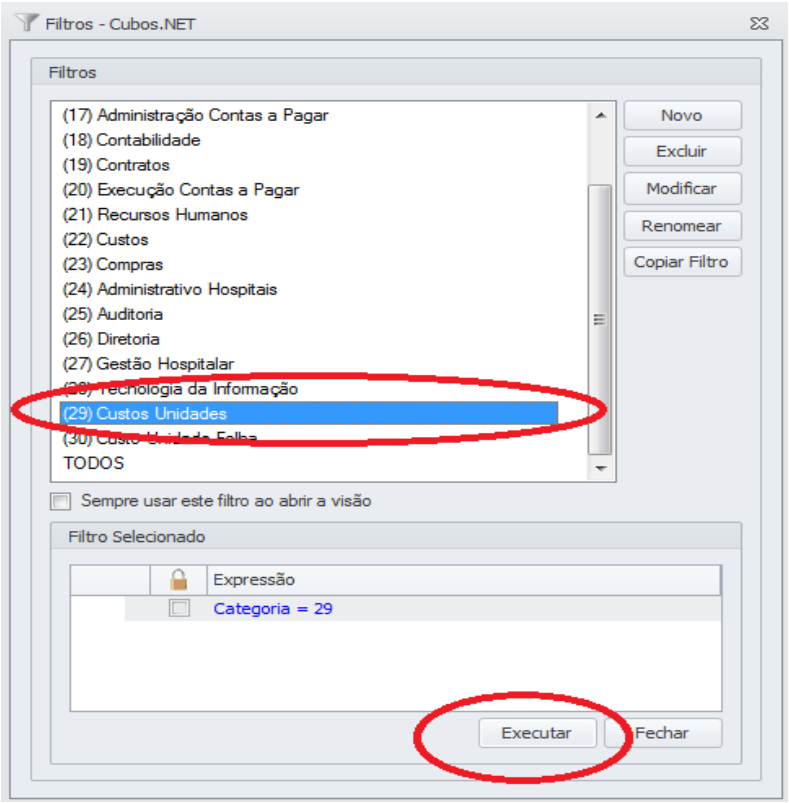
1° PASSO:

Selecione a aba de Gestão e em seguida, clique no ícone Cubos para dar início a geração do relatório individualizado por centro de custo, conforme a figura abaixo:



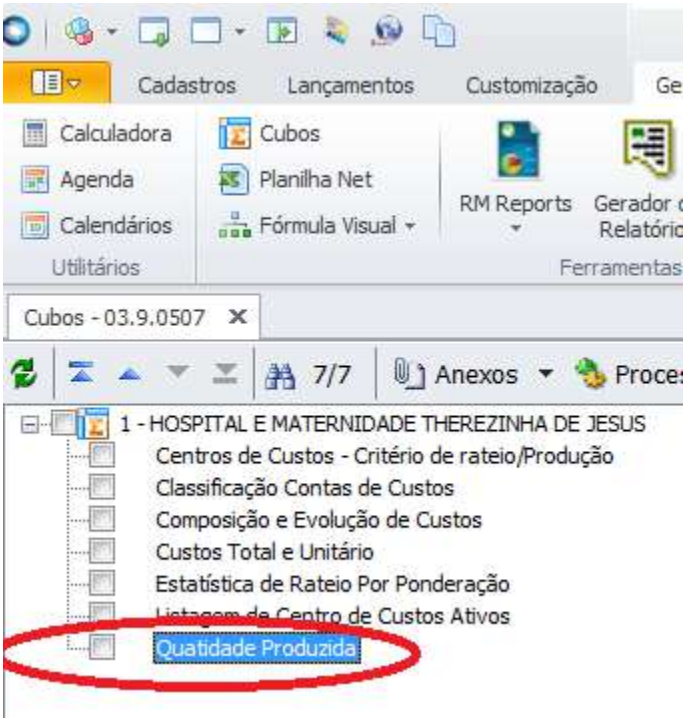
2° PASSO:

Clique no item 29 (Custos Unidades) e logo em seguida, clique em executar conforme figura abaixo:



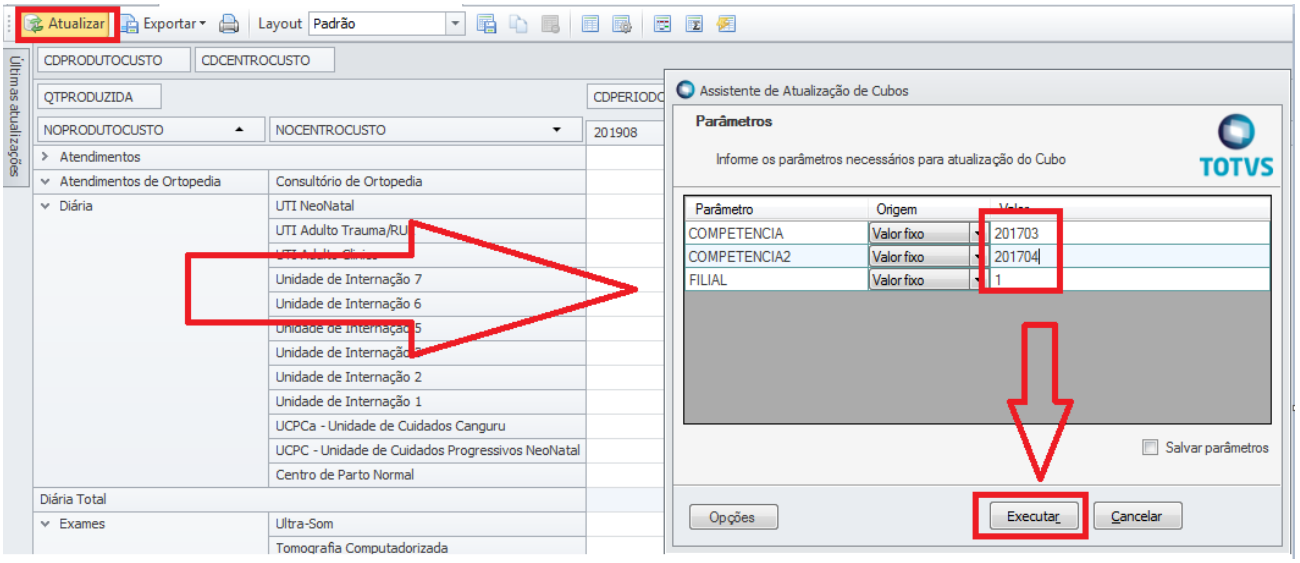
3° PASSO:

Dê um duplo clique em quantidade produzida, para visualizar seu relatório conforme imagem abaixo:



4° PASSO:

Para finalizar e pode visualizar seu relatório, vá em atualizar e insira as informações conforme orientações e imagem abaixo:

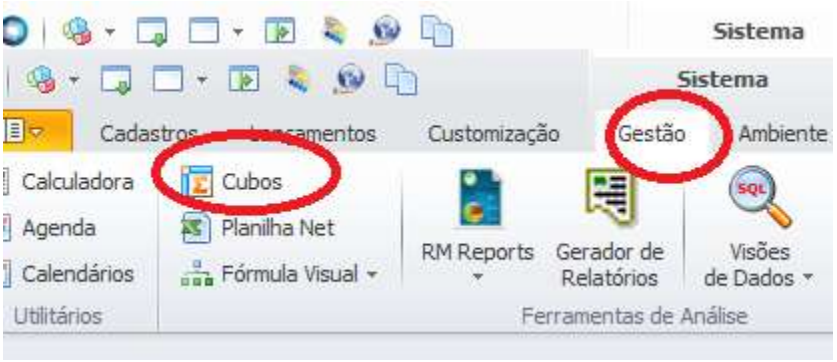


COMPETÊNCIA: sempre coloque os dois últimos meses sendo sempre o ano e depois o mês. EX: 201703
COMPETÊNCIA 2: sempre coloque os dois últimos meses sendo sempre o ano e depois o mês. EX: 201704
Filial: coloque o código de sua filial, sendo matriz n° 1

Relatório de Estatística:

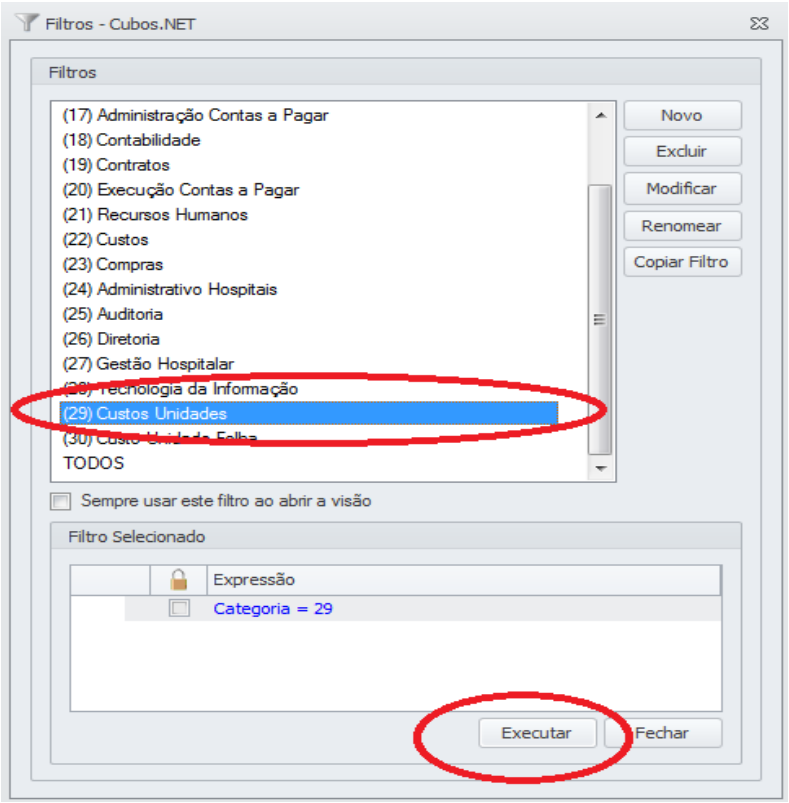
1° PASSO:

Selecione a aba de Gestão e em seguida, clique no ícone Cubos para dar início a geração do relatório individualizado por centro de custo, conforme a figura abaixo:



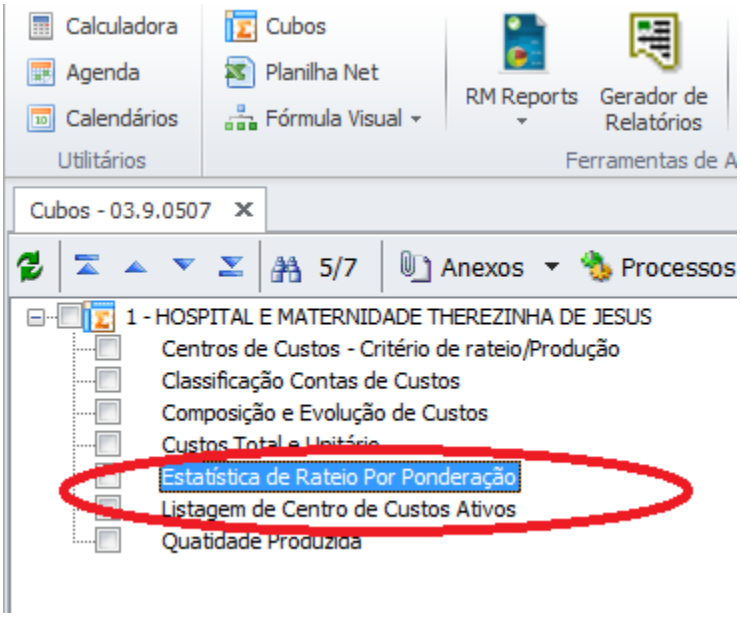
2° PASSO:

Clique no item 29 (Custos Unidades) e logo em seguida, clique em executar conforme figura abaixo:



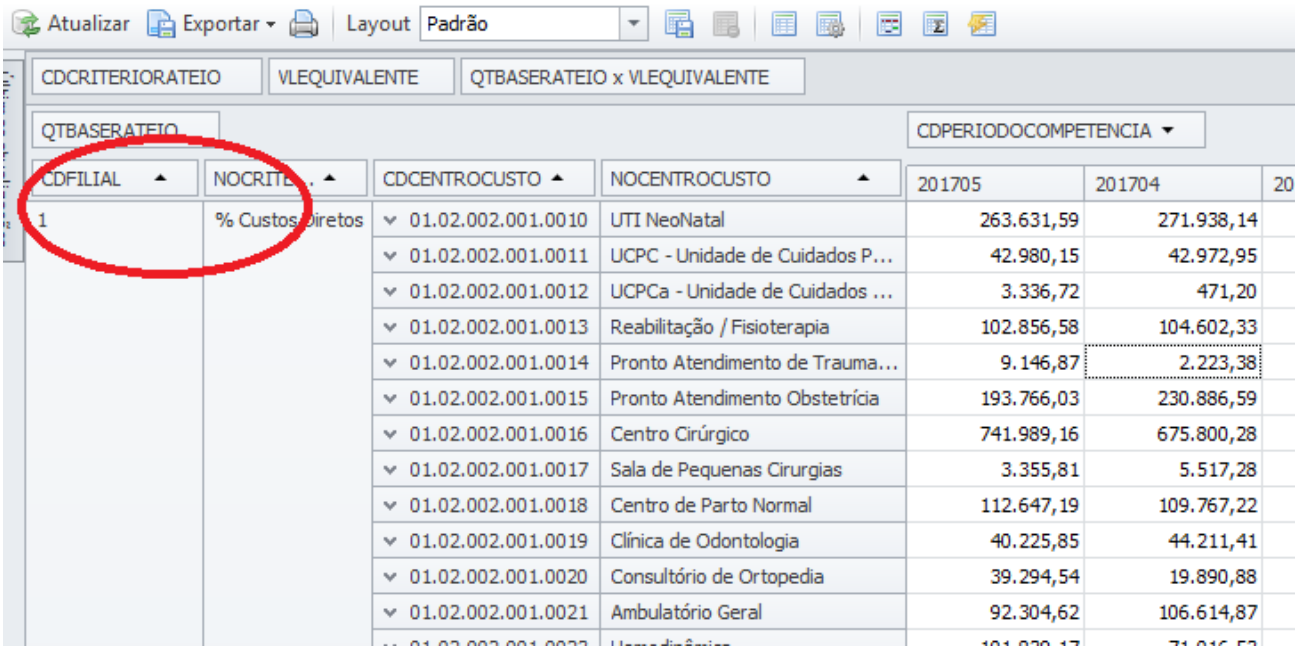
3° PASSO:

Dê um duplo clique em estatística de rateio por ponderação, para visualizar seu relatório conforme imagem abaixo:



4° PASSO:

Para finalizar e pode visualizar seu relatório, vá em atualizar conforme orientações na imagem abaixo e atualize sua filial:



Lançamento de Indicadores

1º PASSO:

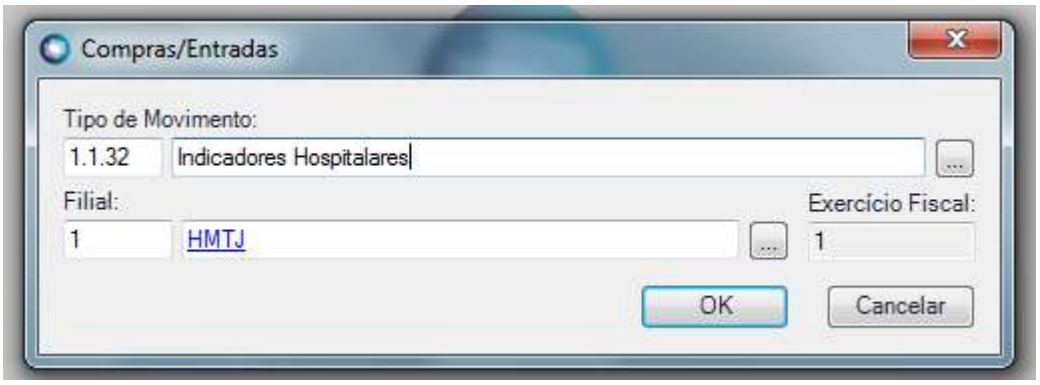
Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela. Após feito esse procedimento vá em BackOffice e clique em Gestão de Estoque, Compras e Faturamento.

1.1 º PASSO:

Ao abrir a tela vá em compras e selecione a opção de ordem de compra.

2º PASSO:

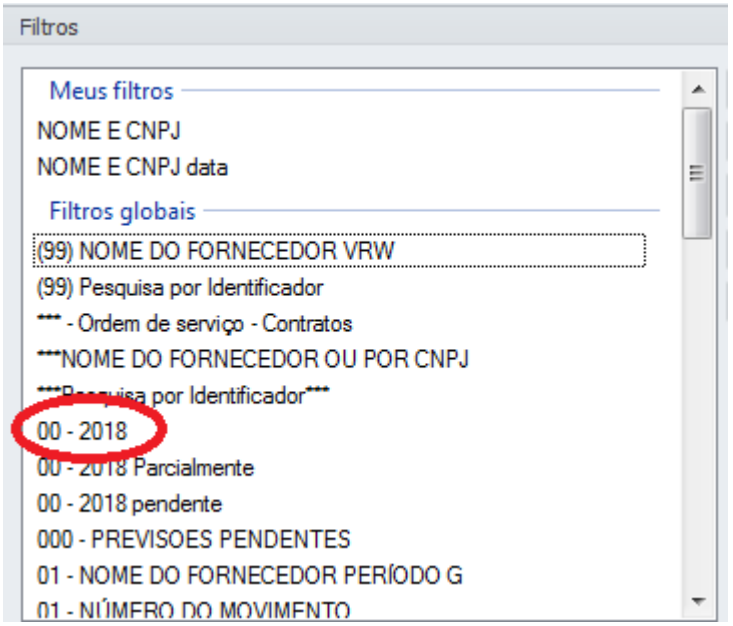
Insira o tipo de movimento 1.1.32 (Indicadores Hospitalares) e selecione a sua filial para dar continuidade no processo.



Obs: sempre atualize sua filial, para evitar de lançar errado em outra.

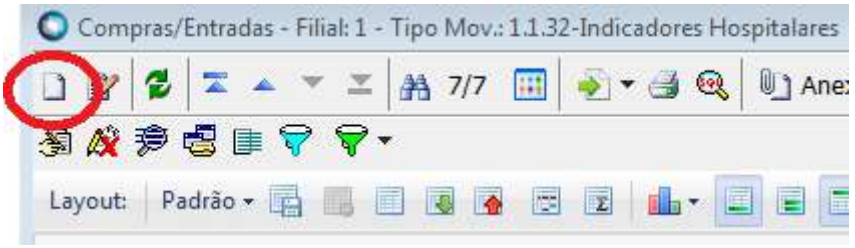
3º PASSO:

Nesse campo, você pode selecionar um ou outro de acordo com sua preferência de lançamento, para começar os lançamentos no sistema conforme a figura abaixo:



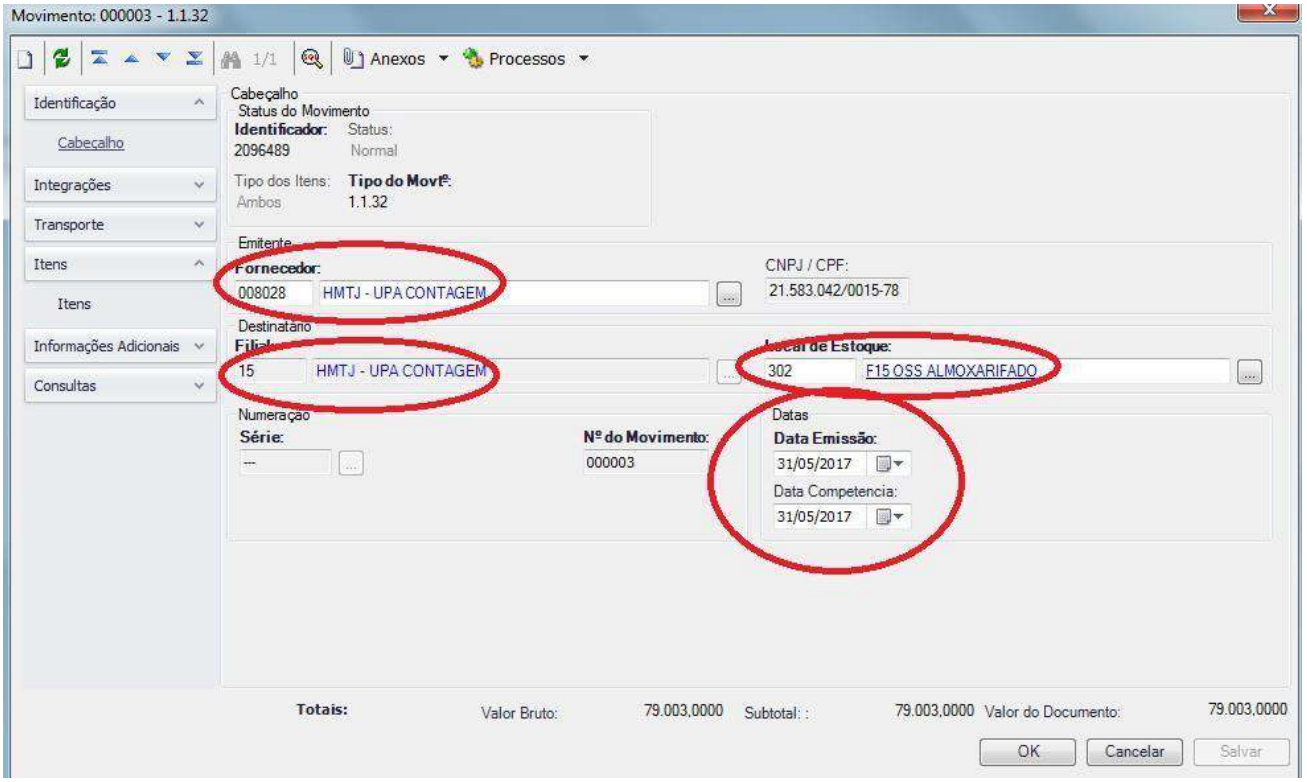
4º PASSO:

Nessa tela você já irá começar a fazer os lançamentos, selecione o item superior no canto esquerdo para incluir o seu lançamento como mostra a imagem abaixo:

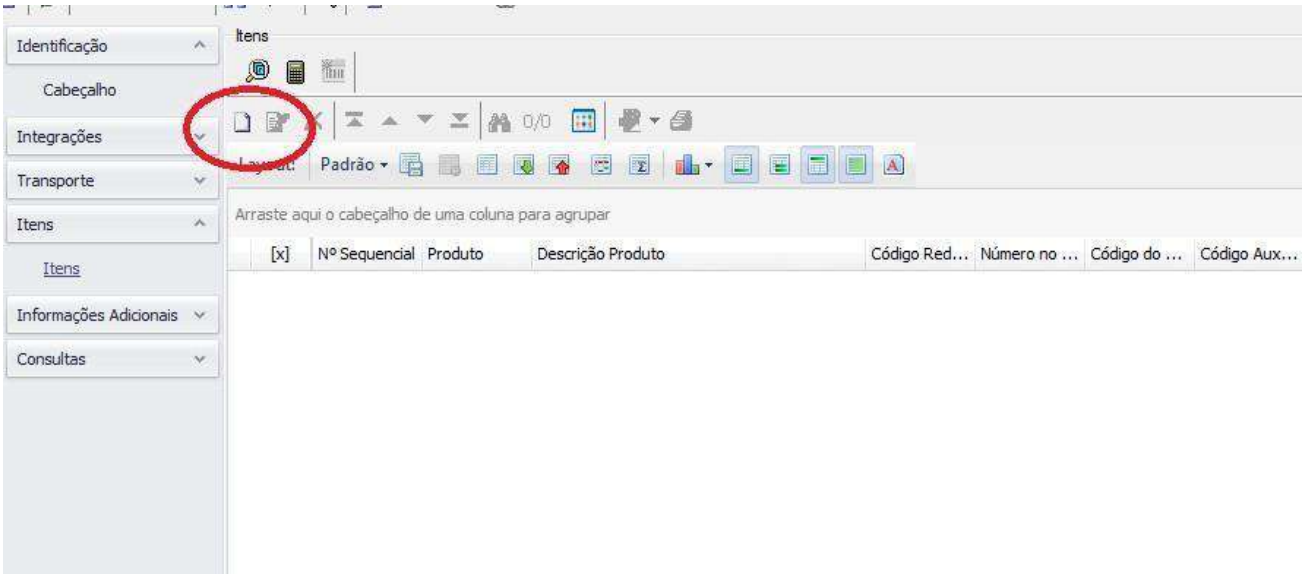


4.1 : Nessa opção será a capa do seu lançamento, onde você deve preencher conforme orientações abaixo:

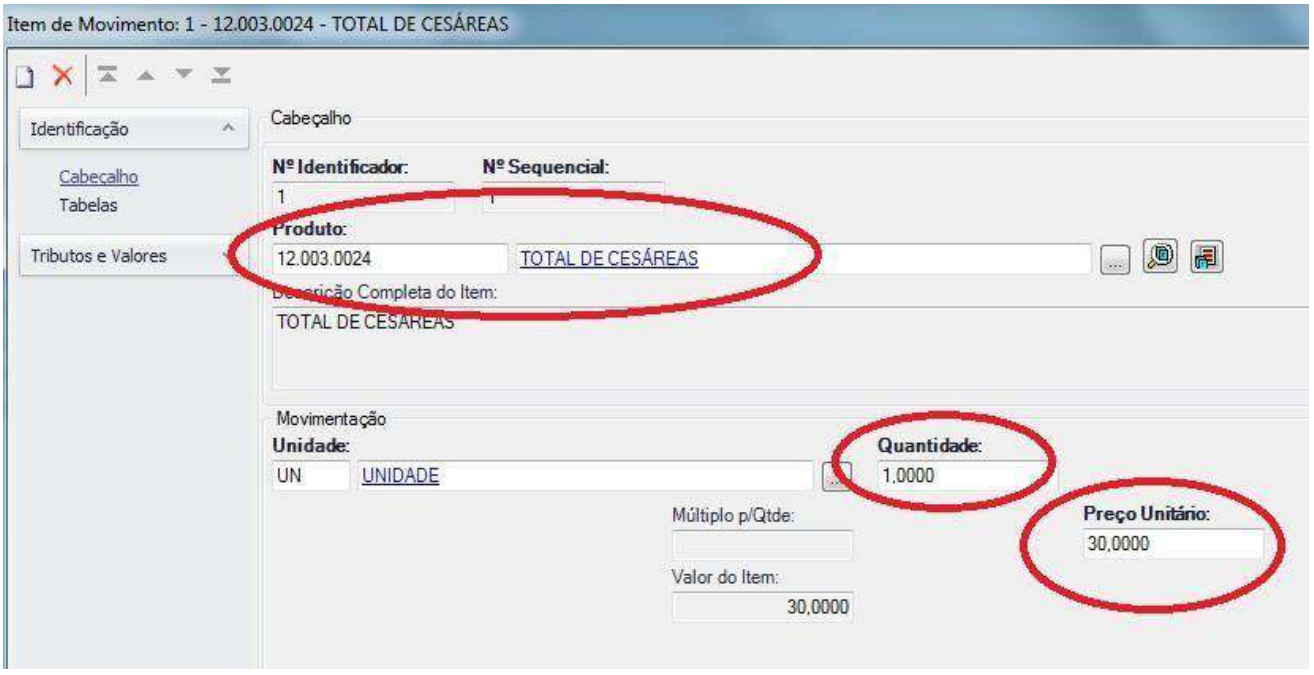
Fornecedor: Escolha a sua filial;
Local de Estoque: Matriz (001); Upa de Santa Luzia (007) e as demais unidades 302;
Data de Competência e Emissão: Colocar sempre o último dia do mês dos dados lançados.



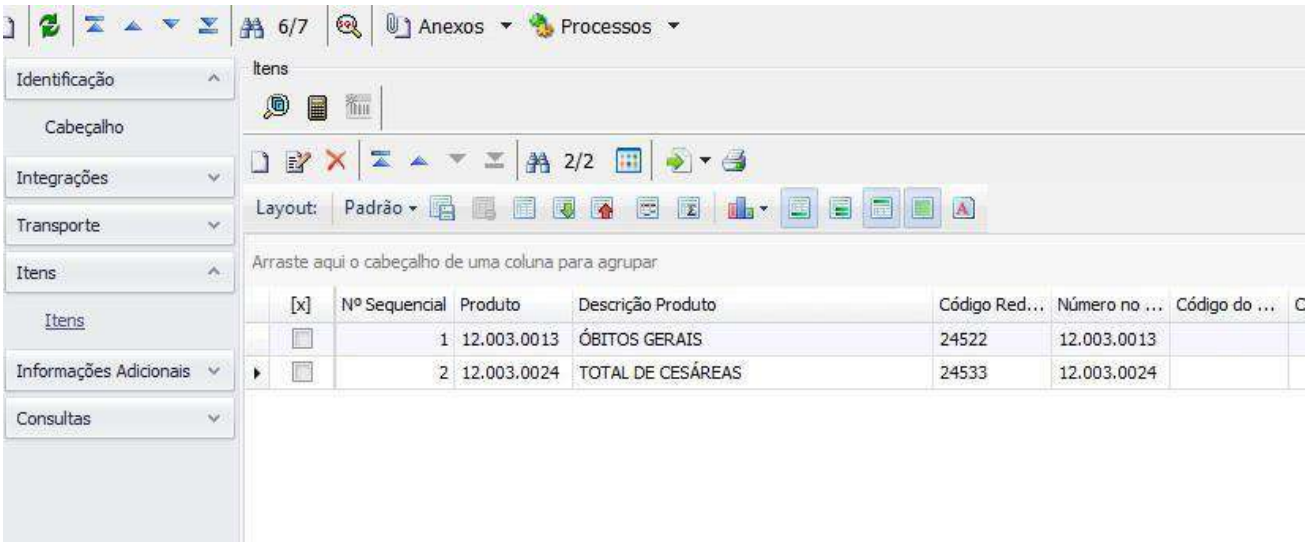
4.2 : Vá em itens para fazer a inclusão do seu lançamento, selecionando novo como mostra a figura abaixo:



4.3 : Insira o código de sua unidade (indicadores). Sendo que, a quantidade sempre vai ser 1 e o preço, é o total do que vocês estão lançando do item mencionado.

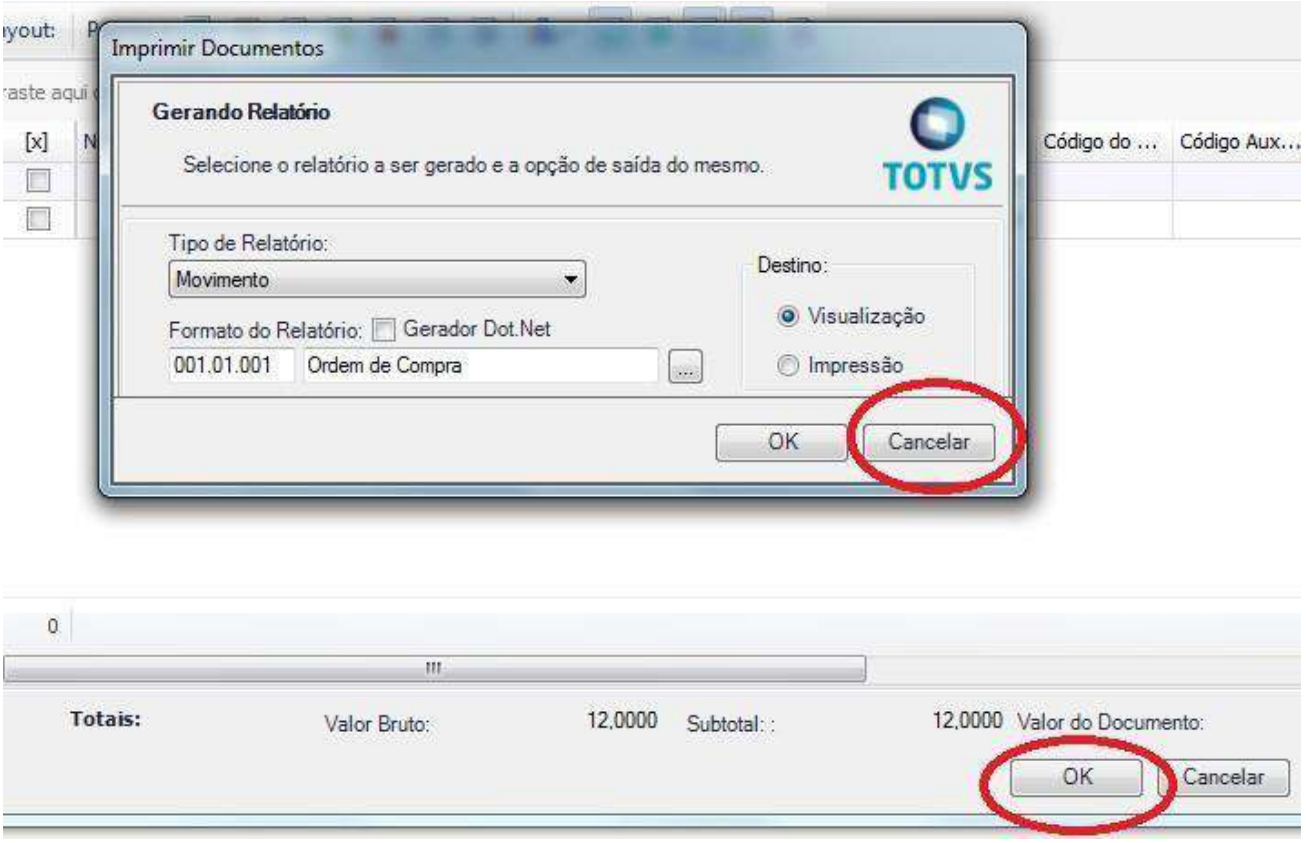


4.4 Faça os demais lançamentos da matriz de indicadores nos itens e depois clique em salvar.



5º PASSO:

Irá aparecer esta mensagem quando você finalizar o lançamento, com isso, clique em cancelar e depois ok.



V. Siglas e Definições

Sistema TOTVS RM (Sistema de gestão de custos)

VI. Anexos

Não se Aplica

VII. Bibliografia

Não se Aplica

I. Objetivos

Estabelecer processos para a correta inserção de ofícios no Fluig.

II. Materiais

Sistema Fluig (Site)

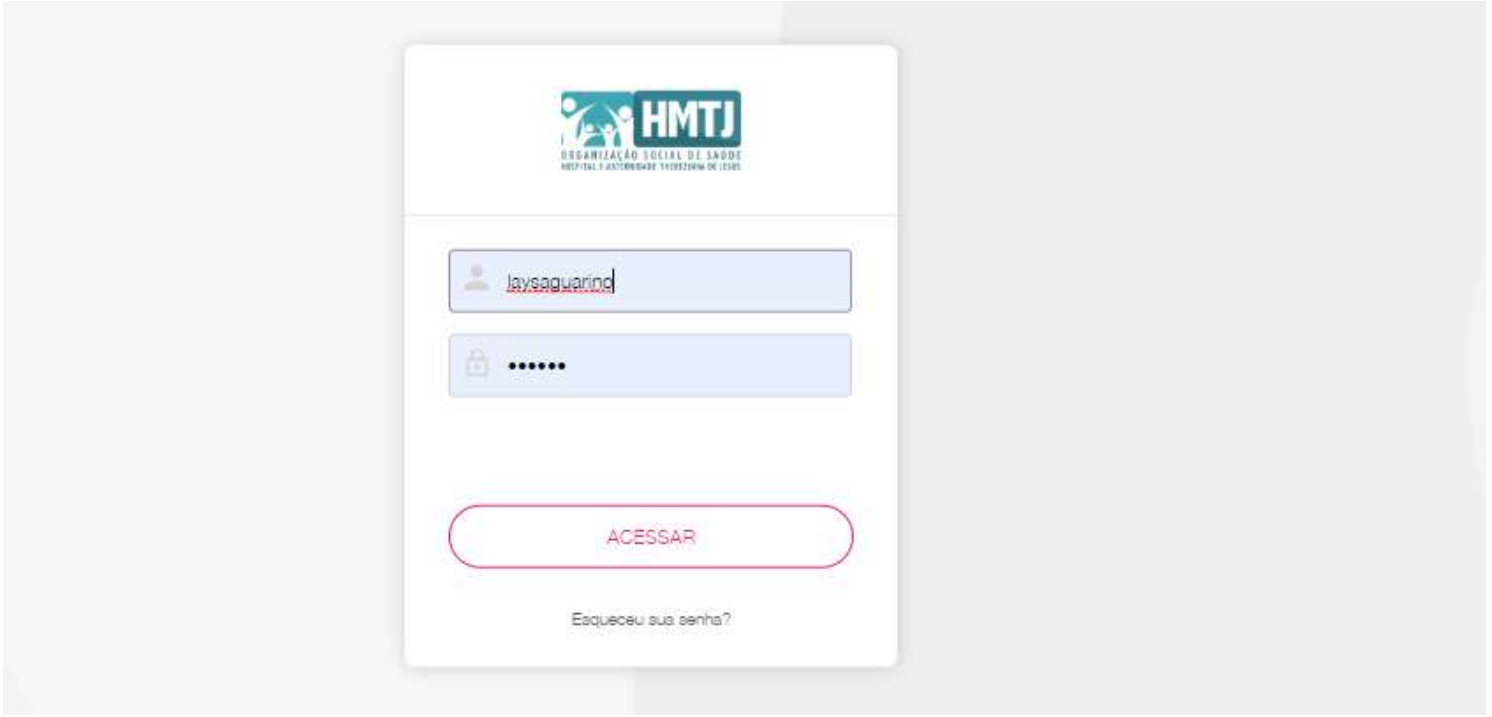
III. Descrição dos passos da atividade

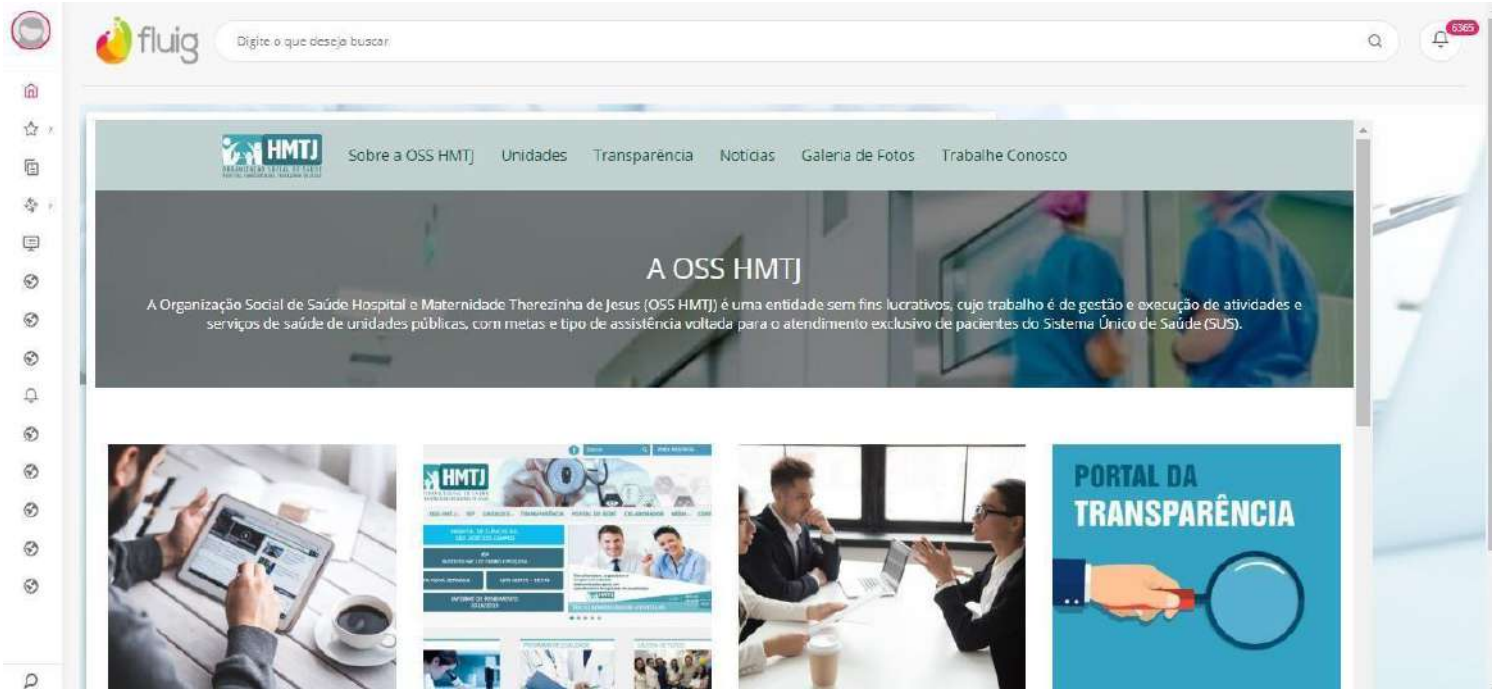
1 - Após a unidade receber o oficio a mesma tem o prazo de 1 dia para abrir processo no Fluig, a partir deste momento o setor de Custos/Prestação de Contas deverá realizar acompanhamento da solicitação até a publicação do protocolo.

O colaborador realizará o login na plataforma Fluig (http://hmtjfluig.dnsalias.com:8080/portal/home) e realizar a insersão do seu login e senha.

O processo a ser acompanhado compreende-se por sete etapas “Abertura de solicitação”, “Distribuição”, “Consolidação”, “Análise do jurídico”, “Consolidação – Assinatura”, “Anexar Protocolo” e “Publicar Protocolo”. Será descrito, abaixo em sequência as instruções direcionada ao setor responsável por manusear o sistema.

2 - Realize o Login na plataforma.





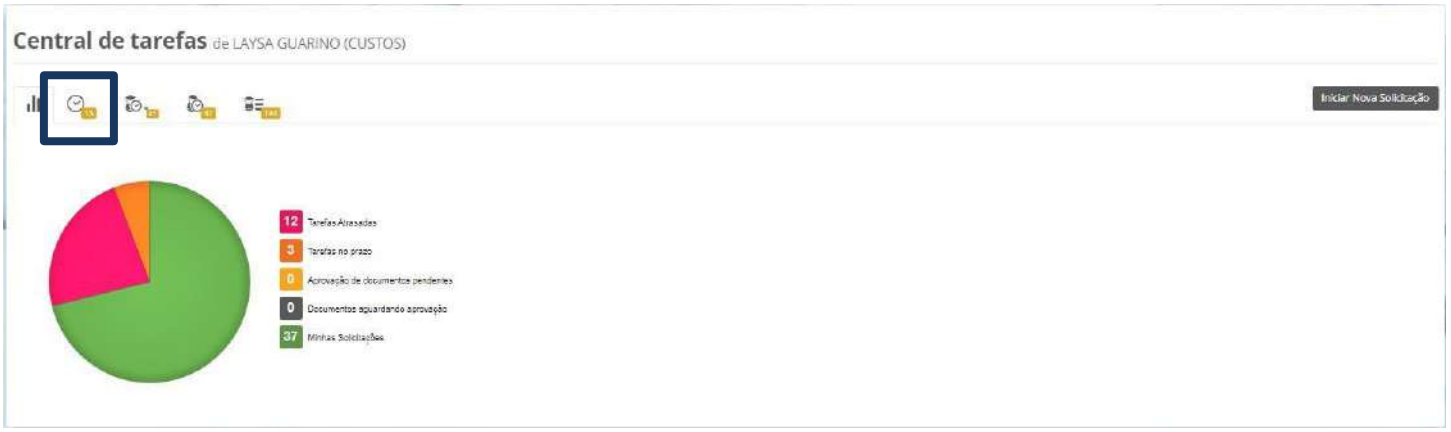
2.1- Depois clique em “Central de Tarefas”.

2.2- Em seguida clique em “Tarefas em pool” em seguida selecione o referente ao seu setor, no exemplo abaixo “Contabilidade”, neste cenário será apresentado todas as solicitações de responabilidade do respectivo setor.

Inicialmente importante ressaltar, que ainda que o usuário seja único, o mesmo compartilha de duas responsabilidades, como solicitante e recebedor de demanda, assim como qualquer outro usuário, e de administrador que distribui demandas e as administra.

Partindo deste princípio, observe que na página inicial da Central de Tarefas três ícones primordiais em baixo do dito “Central de Tarefas”:

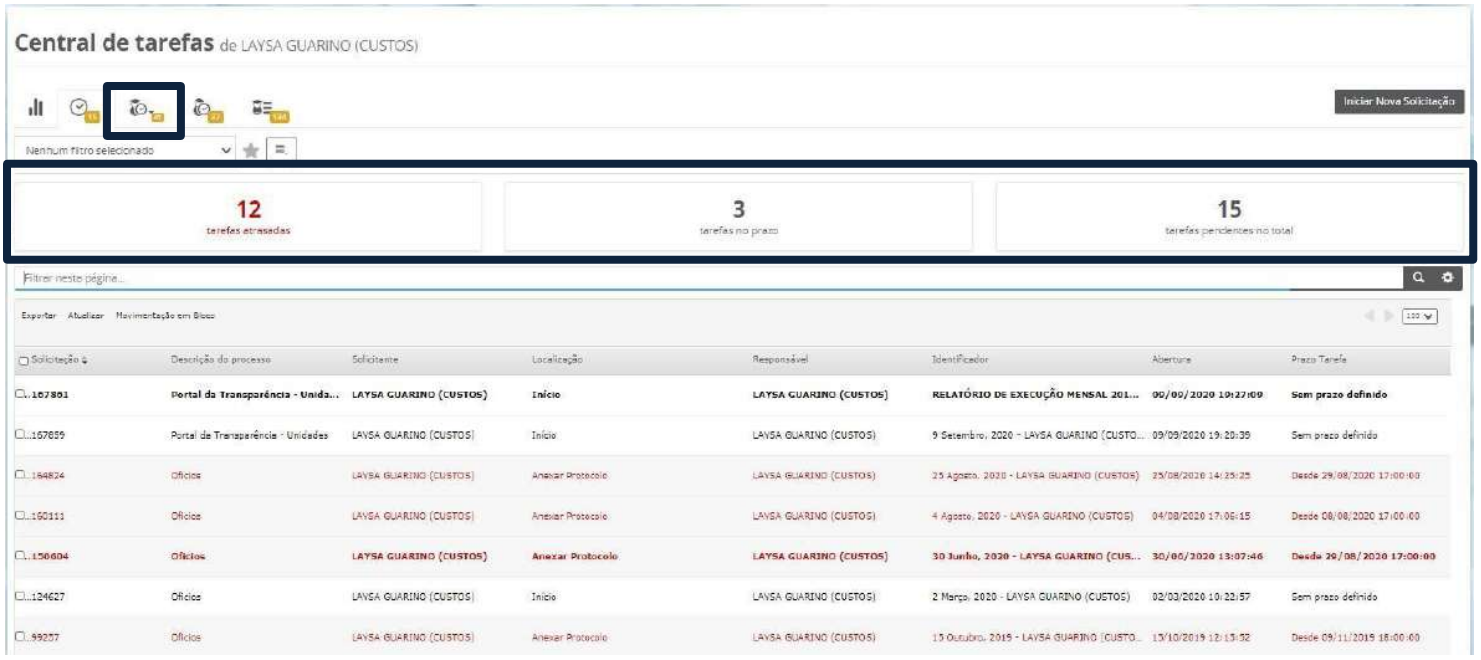
O primeiro consiste em Resumo de tarefas, em forma de gráfico e ao lado junto deste, pode se observado uma legenda, buscando facilitar ainda mais a compreensão.



2.3- Em seguida, ao lado de “ Resumo de tarefas”, há outro ícone, correspondente as “Tarefas a concluir”, ao clicar, aparecerá todas as solicitações, das quais podem ser sobre ofícios, ou qualquer outra demanda do fluig, como por exemplo, demanda do portal da transparência.

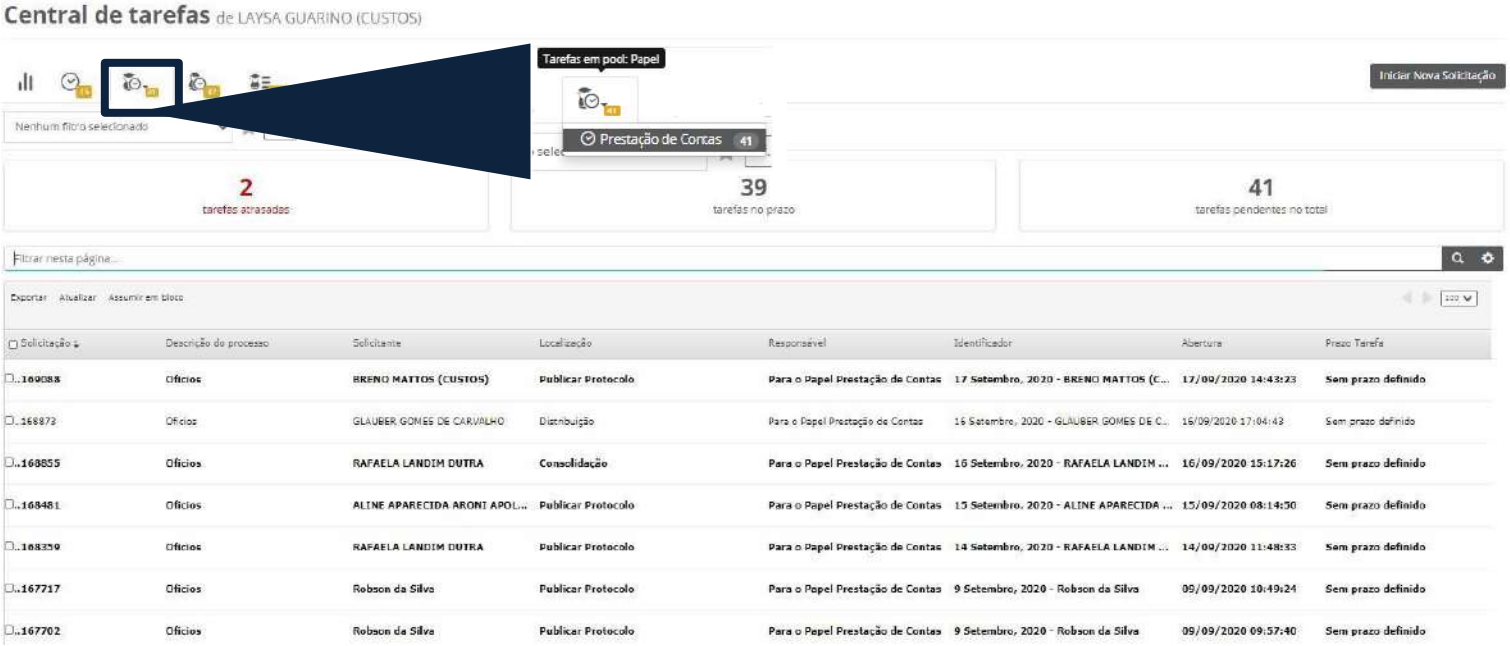
Desde que tenha sido demandado para o seu usuário ou aberta pelo seu usuário e ou que estão pendente de realização de alguma tarefa sob sua responsabilidade.

Conforme abaixo, poderá ter acesso aos quantitativos de itens, em atraso, 1 quadrado a esquerda. Em seguida, ao lado o 2 quadrado onde pode ser observado as tarefas no prazo, e em seguida a esquerda, as tarefas pendentes no total.

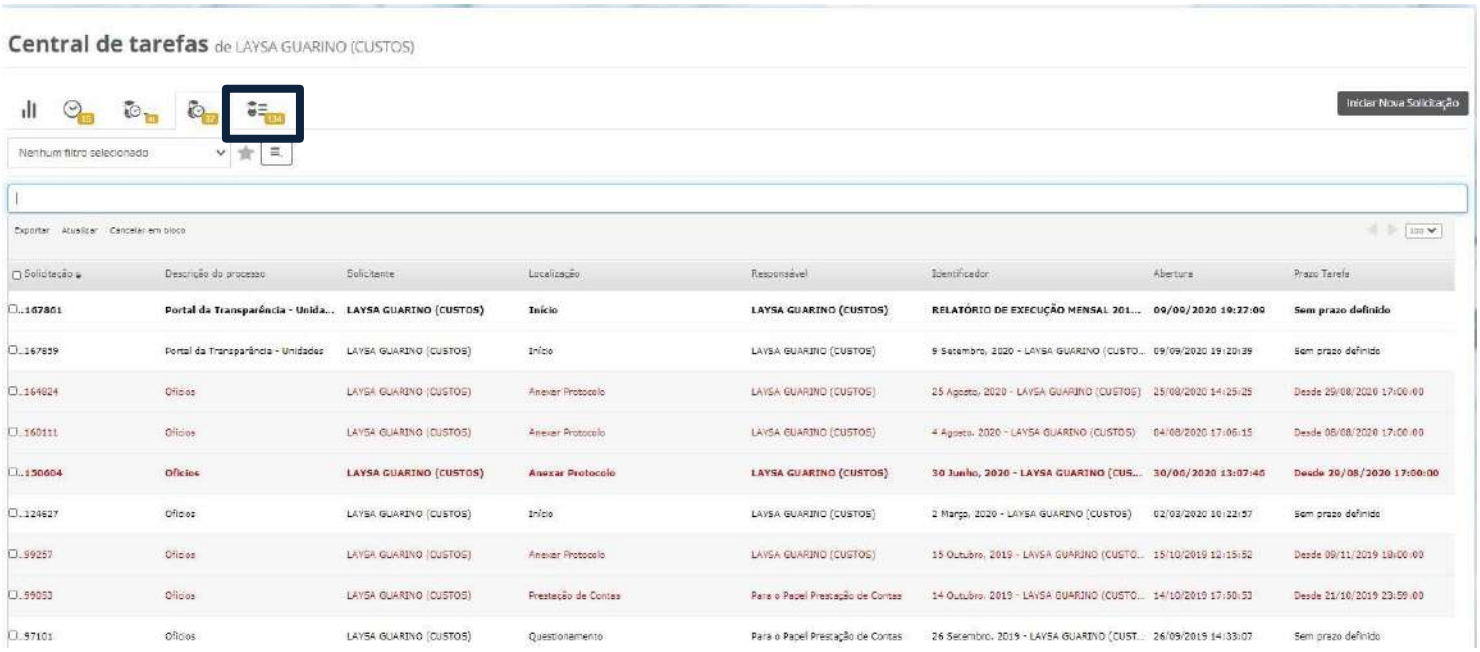


2.4- Em seguida, o ícone “Tarefas em pool:papel” que corresponde a todas as tarefas sob responsabilidade do setor de Custos Prestação de contas, neste cenário, poderá ser identificado todas as solicitações sobre ofícios, em todas as etapas, podendo acompanha-las e movimentar-las.

Conforme abaixo, poderá ter acesso aos quantitativos de itens, em atraso, 1 quadrado a esquerda. Em seguida, ao lado o 2 quadrado onde pode ser observado as tarefas no prazo, e em seguida a esquerda, as tarefas pendentes no total.



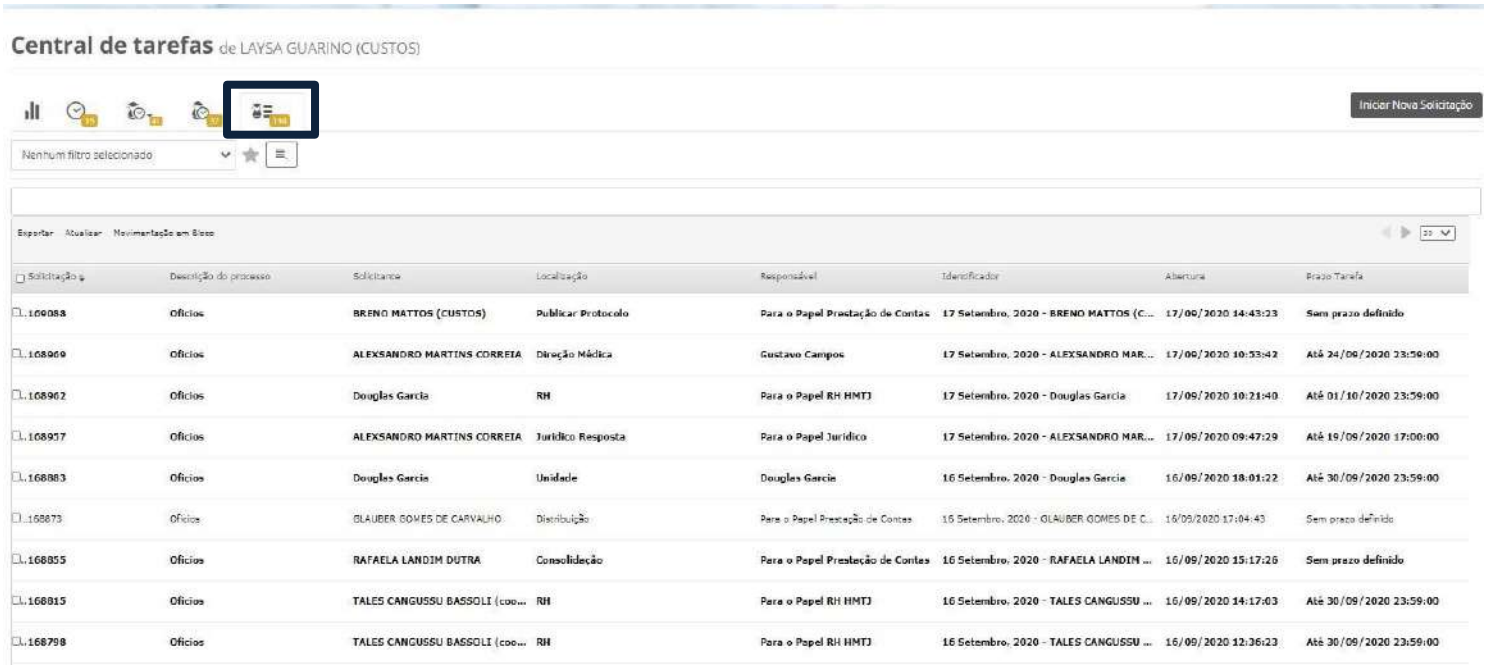
2.5- Em seguida, há o botão sobre “Minhas Solicitações”, neste poderá ser observado todas abertas pelo seu usuário, diferente de “Tarefas a concluir”, nese cenário também é apresentado as tarefas que encontram-se no prazo, e outras solicitações que não consistem necessiariamente sobre ofícios, como por exemplo; solicitação sobre demanda do portal da transparência.



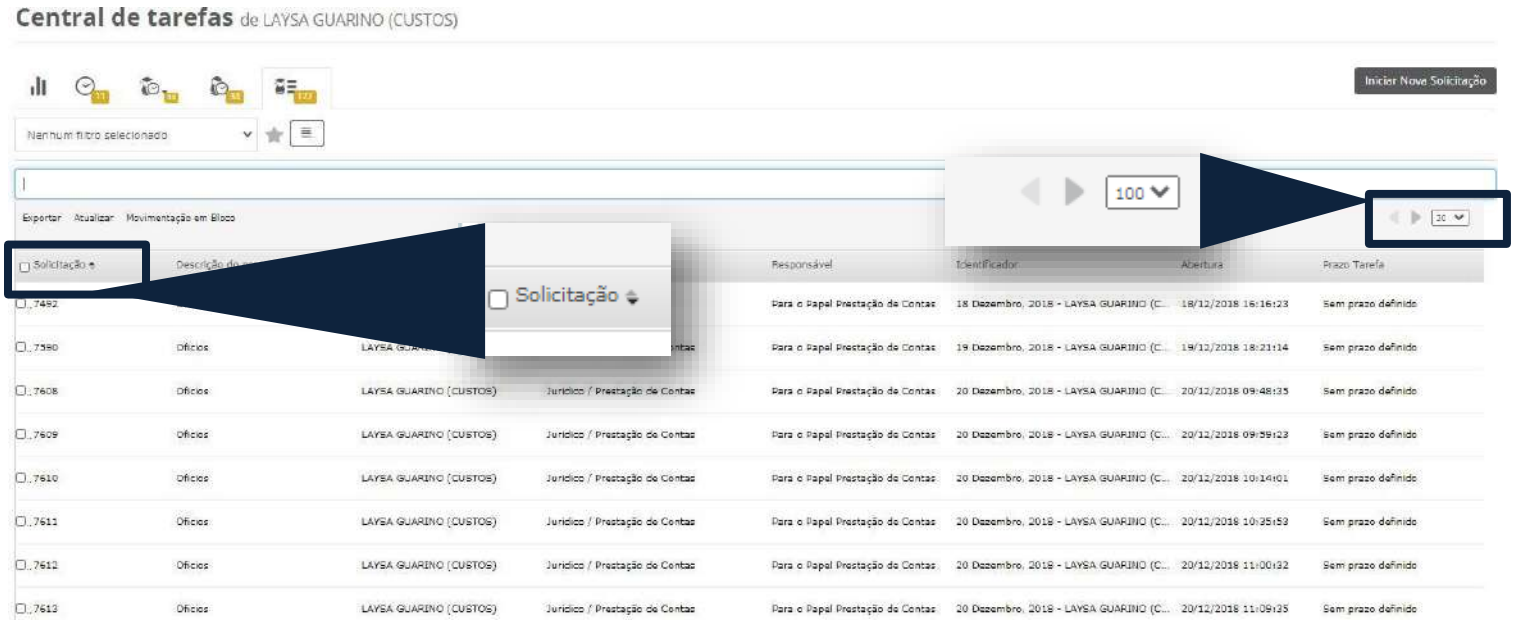
2.6- Em seguida, no último ícone pode ser observado todas as solicitações, em “Tarefas sob minha gerência”, neste cenário você poderá identificar todas as solicitações do setor e do usuário.

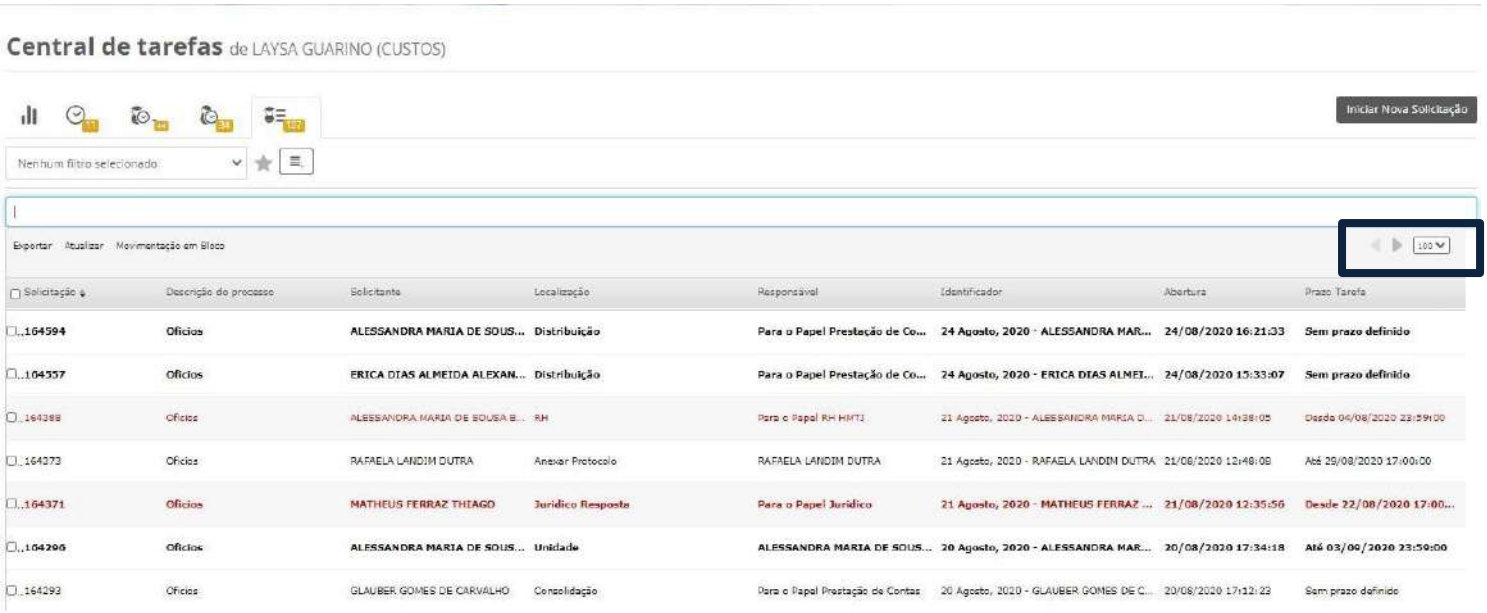
Poderá movimenta-las quando estiverem em qualquer tarefa.

Em resumo, neste item, será demonstrado um somatório de todos os anteriores.



OBS: Organize sempre sua tela da seguinte forma, das solicitações mais novas para mais atigas, e aumente o alcance de solicitações dessa forma em uma mesma página você terá acesso a mais solicitações:





2.7- Neste cenário o colaborador realizará o acompanhamento das solicitações buscando manter todas dentro do prazo estabelecido para resposta. Cada etapa compreenderá a um determinado responsável, ainda sim, afim de finalizar cada solicitação dentro do prazo, o colaborador não poderá deixar de acompanhar as solicitações de forma geral.

Em regra geral cada solicitação (para aquelas que não possuem prazo pré-determinado) deverá dura 10 dias até a etapa de anexar protocolo. Sendo distribuído da seguinte maneira:

ETAPA	DIAS
Início/Distribuição	1
Questionamento/Setores	2
Aprovação Coordenador Índigena/Aprovação Custos	1
Consolidação	3
Jurídico	1
Consolidação (Assinatura)	1
Anexar Protocolo	1
TOTAL DIAS:	**10**

Em caso de demandas com prazo pré estabelecido no próprio documento, a contagem será realizada de maneira com que a distribuição siga a mesma lógica da regra geral dita acima, buscando manter a mesma base de dias para cada setor, sempre com maior foco nas áreas com mais demanda, de modo a não ultrapassar a data de limite.

3- Etapas

3.1- Cada etapa conforme dito acima possuí seu prazo, e seu responsável, é dever do setor monitorar cada solicitação e alertar ao setor responsável ao prazo de cada uma delas, segue abaixo segue as descrições para melhor entendimento:

a) Início/Distribuição – Nesta etapa o usuário realiza a abertura da solicitação, encaminhando a mesma para distribuição, onde a mesma é recebida pelo setor de custos e prestação de contas, analisada e distribuida de acordo com suas respectivas necessidades.

b) Questionamento/Setores –Consiste no momento em que os setores que receberam a demanda, poderão cumprir com os pedidos destinados a estes.

c) Aprovação Coordenador índigena/Aprovação Custos/Prestação de Contas – Momento em que a coordenação índigena ou a coordenação do setor de custos/prestação de custos, elabore algum parecer sobre a demanda a estar sendo transitada na solicitação.

d) Consolidação e Consolidação assinatura – Conforme disposto no quadro acima, apesar de serem prazos distinos, consiste na mesma etapa, no entanto com funções diferente, após consolidação das informações pelo setor de custos/prestação de contas, e se aprovada a solicitação, a mesma passará pela coleta de assinatura.

e) Jurídico – Compreende no momento em que o setor jurídico análisa a demanda até o momento, sugerindo correções ou somente aprovação.

f) Anexar Protocolo – Momento em que o usuário de abertura realizará a inserção do protocolo, finalizando a solicitação.

3.2- Em qualquer caso dos estabelcidos no item 3.1, a Unidade ou o Setor solicitante deverá anexar a minuta do ofício a ser enviado a um orgão destinatário. Sendo a resposta de algum ofício ou não.

Observando o exemplo abaixo. Substituindo o numero do ofício gerado, de acordo com a Unidade de origem.

Juiz de Fora, 02 de Março de 2020.

Ref.: XXXXXXXXXX

A

Secretaria Municipal de Saúde XXXXXXX

Assunto: XXXXXXXXXXX

Prezado XXXXXXXXXXX,

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, gestora da Unidade XXXXXXXXXX, atráves da parceria firmada com a prefeitura por meio do contrato de gestão XXXXXX vem por meio deste expor a esta pasta

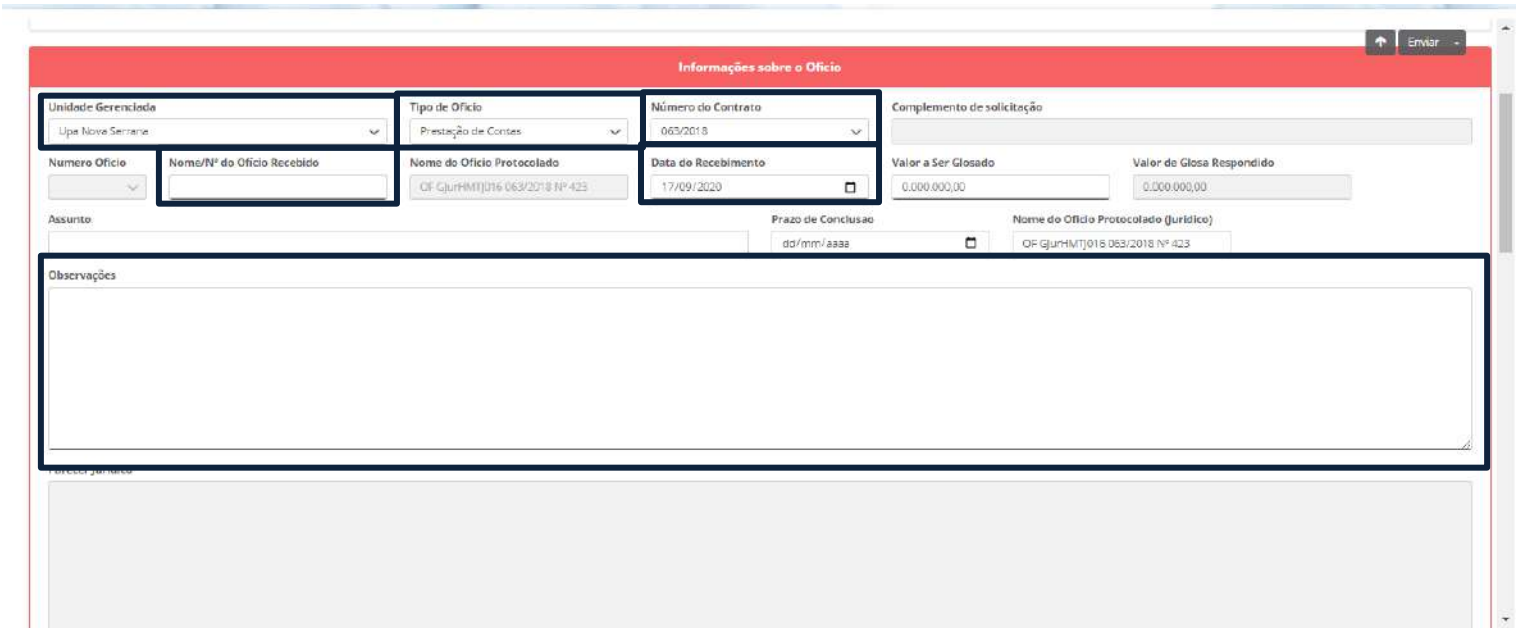
Atenciosamente,

Benedito Z. L Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ - OSS

3.3- Após carregar o anexo, volte para a tela de preenchimento clicando na seta ao lado da palavra “Anexos” e depois preencha os campos.

3.4- No campo “Observação”, o solicitante pode preencher, informando o que espera com as informações anexadas, acrescentar observações, informar quando for oficio para arquivamento e ou deixar em branco. Não é o campo onde se monta o corpo do ofício.

É obrigatório o preenchimento da unidade gerenciada, o tipo de ofício, o número do contrato referente a unidade, o nome e ou número do ofício recebido, quando não houver preencha com n/a, e a data de recebimento.



3.4.1 - Tipologia de ofícios:

a) Glosa: Tratam-se de ofícios onde possuem a indicação de glosa de um determinado valor do contrato, relacionado com a entrega da prestação de contas, só configurará esse tipo de documento quando já houver o valor estabelecido, a simples indicação que poderá ocorrer a glosa sem indicação de valor, não enquadra-se;

b) Questionamento: Podem ser, questionamentos partindo da OSS para o contratante bem como o contrário, trata-se de um documento apresentando dúvidas sobre determinadas asuntos, que cabe o esclarescimento do destinatário;

c) Trabalhista: Em regra, resume-se a processo judicial trabalhista, religiosamente ligado a ações judiciais, comunicados de sindicatos, cartas sidical. Necessiaramente precissa ter em seu corpo, matéria voltado a questões trabalhistas;

d) Assistêncial: Todo conteúdo voltado a rotina da assistência, questionamento assisencial, de fluxo, ou informações restrita a essa área, podem ser inseridas nessa modalidade. Por exemplo: condutas médicas informativas, novos fluxos de atendimentos;

e) Prestação de Contas: Envio de prestação de contas, mensal, quadrimestral e anual, são obrigatoriamente enviados por esta tipologia;

f) Notificação: Notificações de todas as naturezas, judicial, assistencial, algumas vezes da vigilância sanitária. Geralmente o documento tem o objetivo de notificar sobre algo, seja a sede da OSS notificando um fornecedor, contratante, ou algum orgão, bem como o contrário, a sede sendo notificado. Em regra não cabe resposta a esse tipo de documentação, somente ciência e providência;

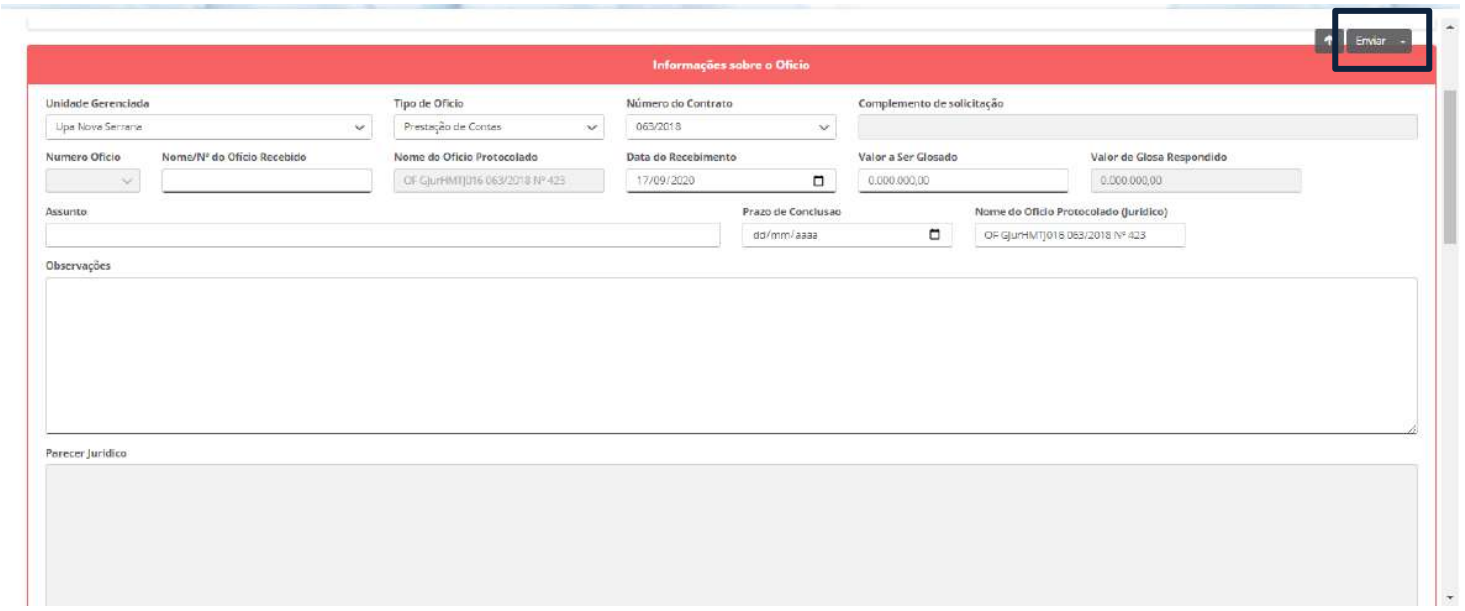
g) Solicitação: Trata-se de documento de pedido, solicitando algo, solcitando compra de equipamentos, de contratação de colaboradores, solicitação para realizar tal atividade. Trata-se sempre, literamente de pedidos. Podendo partir da sede da OSS, bem como de outros orgãos;

h) Arquivamento de Ofício: São ofícios que chegaram até o conhecimento da sede com um único intuito, de conhecimento, de ciência. Ou quando há desistêcia no envio de determinado arquivo. O arquivamento auxilia no armazenamento de informações;

i) Diária Indígena: Obrigatoriamente o teor do documento deverá compreender ao pedido ou qualquer outro tipo de informação acerca de pedido de pagamento de ajuda de custos índigenas. Esse tipo de ofício aplica-se somente a esse teor;

j) Ouvidoria: Trata-se das avaliações e ou respostas de ouvidorias abertas por usuários do sistema de saúde de alguma unidade gerenciada pela OSS HMTJ. Podendo ser a primeira ouvidoria, ou a análise solicitada pela prefeitura de uma resposta ja desenvoldida. Religiosamente, o teor do documento precisa ser condicionado a uma ouvidoria.

3.5- Preenchido os campos, anexado a minuta de resposta e/ou ofício a ser enviado, clique em enviar:



3.6 - Após clicar em enviar, aparecerá em tela a imagem abaixo. O usuário deve somente clicar em cima do número de solicitação em vermelho, ou em “Ir para central de Tarefas” grande e terá concluído a abertura da solicitação.

Feito esta etapa, o ofício é encaminhado ao Setor de Custos e Prestação de contas, para a etapa “Distribuição” Este setor fica responsável por validar as informações e realizar as análises de acordo com a demanda, e distribui-lo para demais setores acrescentar informações quando houver necessidade. O setor tem o prazo de 1 dia para realizar essa atividade.

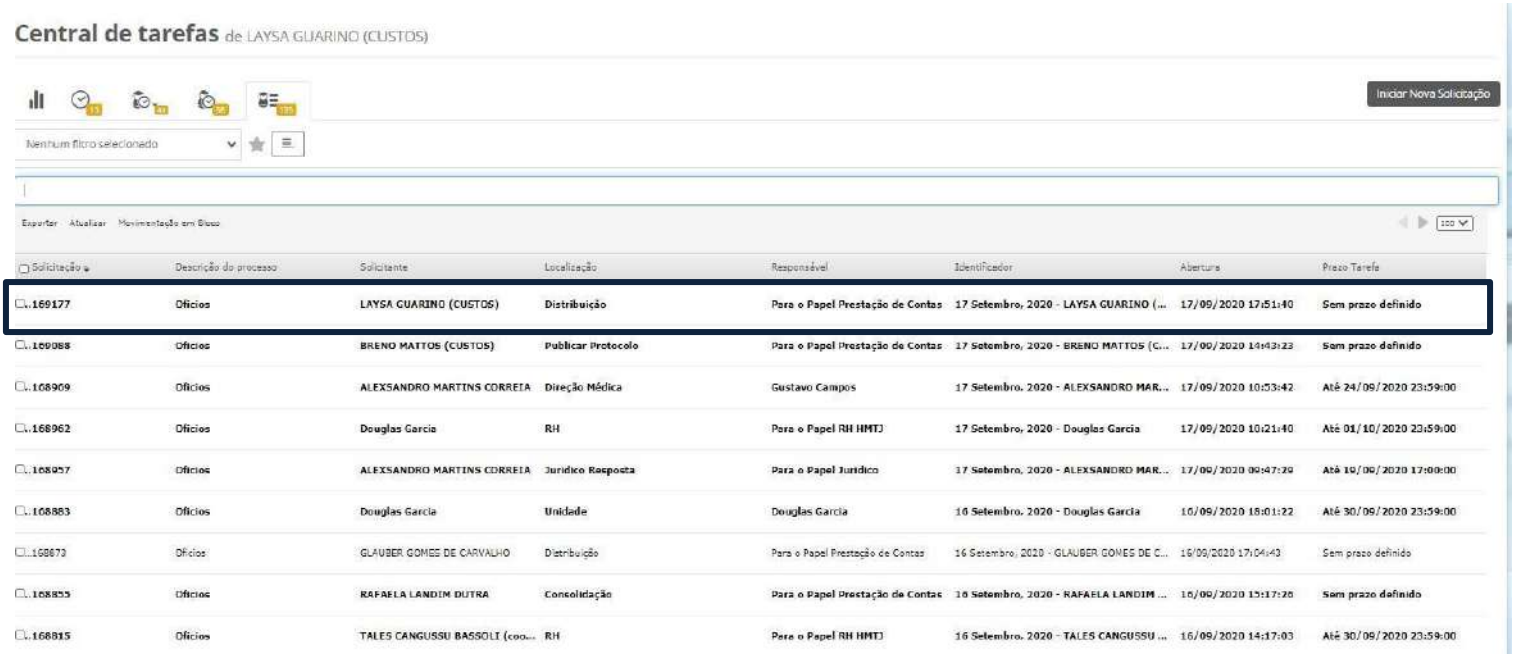
Se, a solicitação estiver no formato incorreto, faltando informação da unidade, ou qualquer outro tipo de inconsistência, esta será devolvida a Unidade.

OBS: Importante ressaltar que mesmo que tenha que retornar a tarefa a unidade, o prazo inicial estipulado por tarefa e/ou geral da solicitação continua correndo, uma vez que é de responsabilidade dos envolvidos promover informações para que seja sanada a solicitação dentro do prazo estipulado.

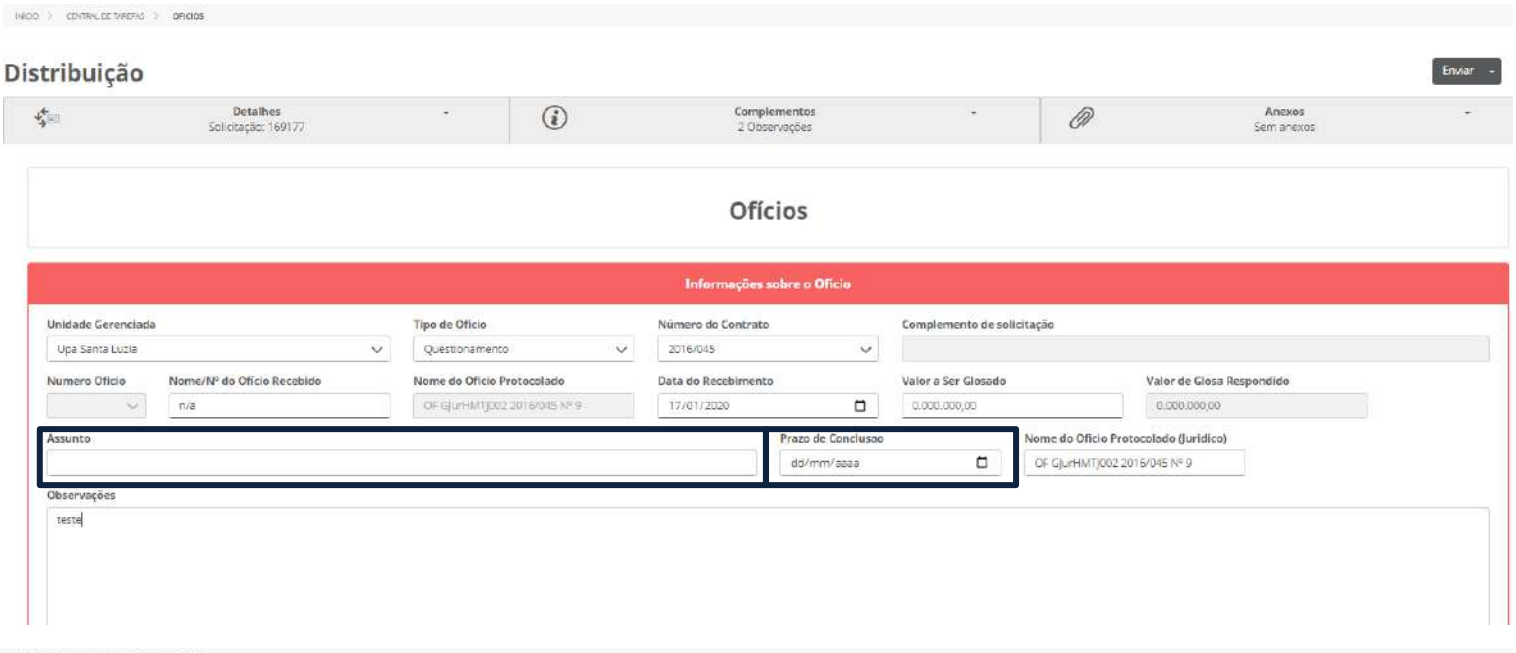
Solicitação 150230 iniciada com sucesso.
Você pode acessar os detalhes, os anexos e os complementos desta sua solicitação.
Acessar solicitação #150230
O que você deseja fazer?
Iniciar nova solicitação com base nesta.
Iniciar nova solicitação em branco.
Ir para a tela de iniciar solicitações.
Ir para a central de tarefas.
VOLTAR

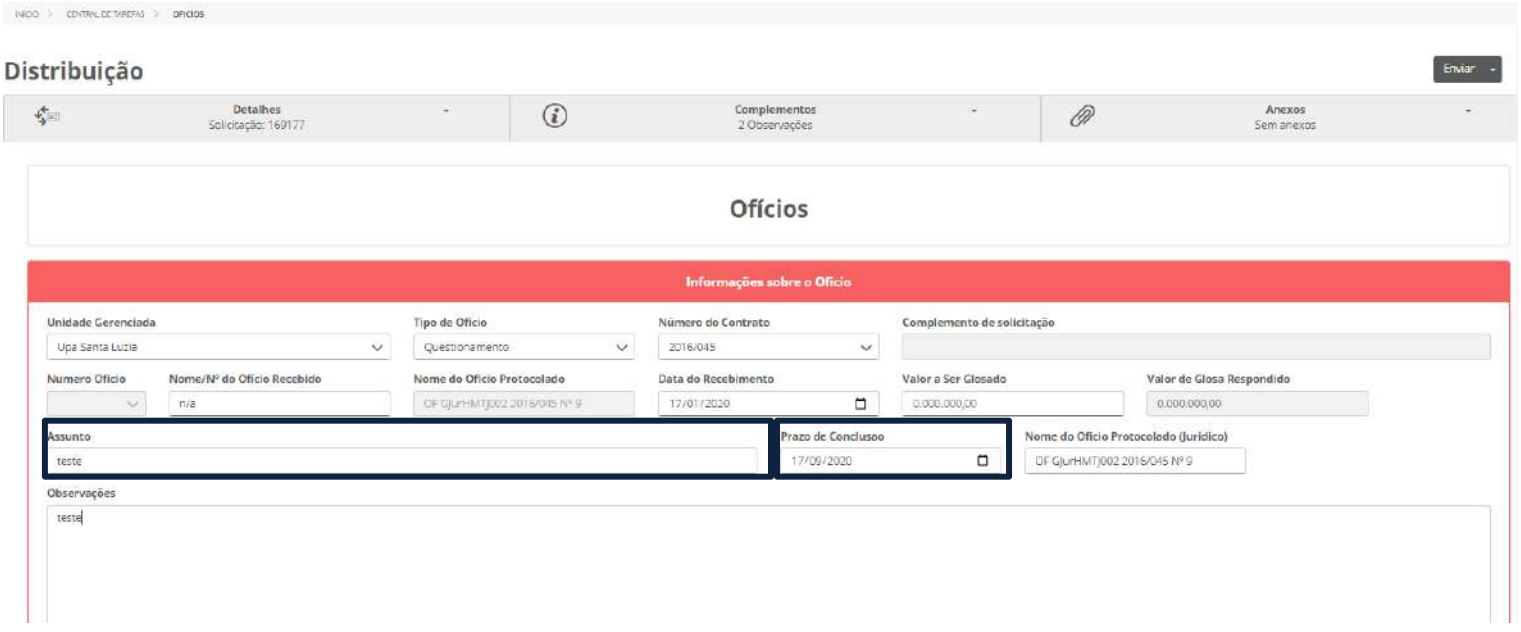
4- Distribuição

Nesta etapa, o setor deverá assumir a tarefa identificada pela central de tarefas em “Taferas sob minha gerência”:

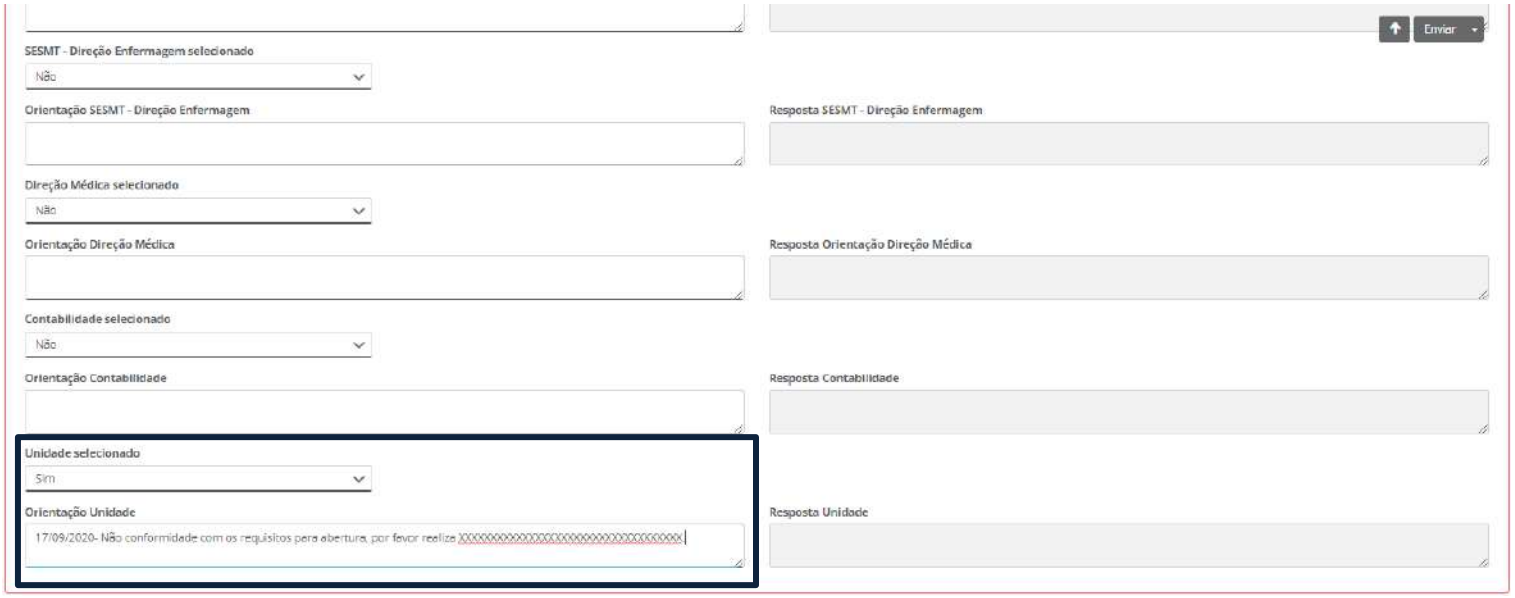


Após entrar na solicitação, o setor deverá observar se o o usuário que iniciou a solicitação atendeu todos os requisitos citado nos itens; 2.7,3.1,3.2,3.3,3.4,3.4.1,3.5 e complementar as informações de responsabilidade deste, sendo estes; assunto e prazo de conclusão. Ambos deverão ser de acordo com as informações inseridas pelo setor no campo de observação, ou inseridas por meio de um documento nos anexos. Obedencendo o teor do documento, bem como os prazos estabelecidos no item 2.7.

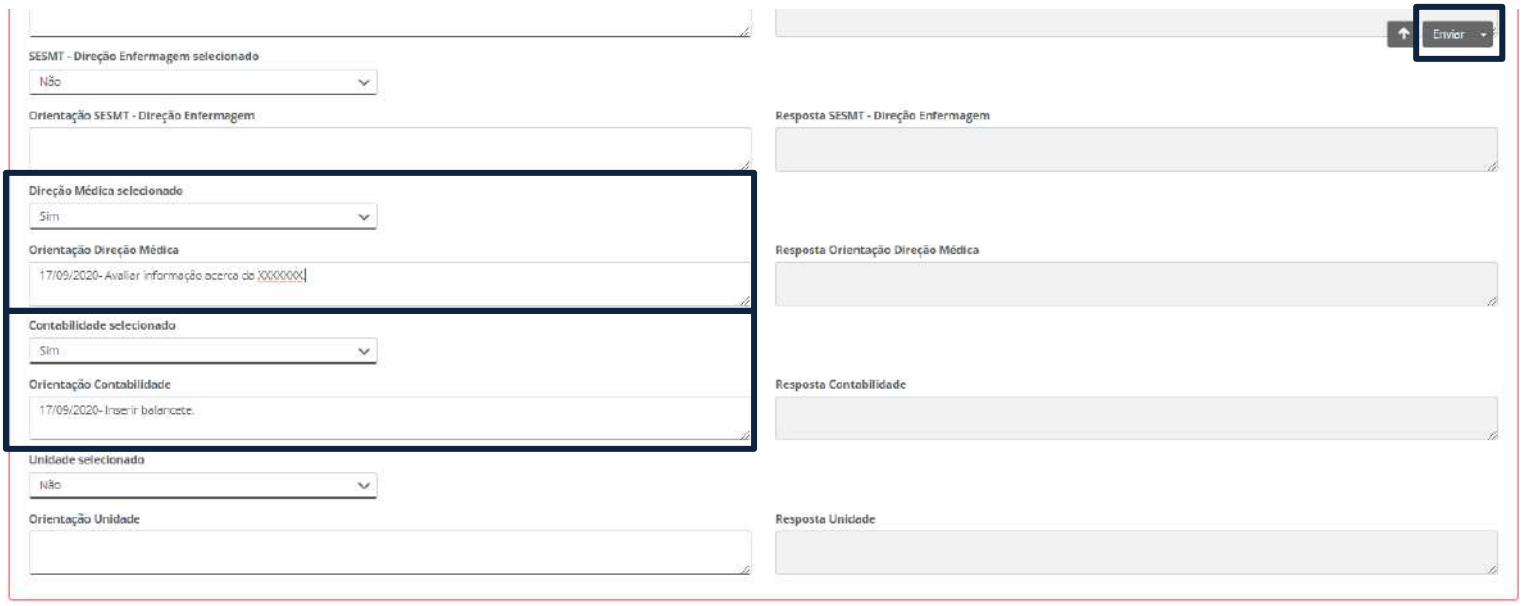




4.1- Em caso de não atendimento dos requisitos, a solicitação deverá retornar ao usuário solicitante. No canto inferior do lado esquerdo, há um campo de seleção de setor “Unidade Selecionado” e em baixo “orientação unidade”. O setor, deverá selecionar “sim” na primeira opção, e embaixo inserir o texto de orientação para correção da solicitação.



4.2- Se positivo a avaliação, e a solicitação demandar a necessidade de avaliação de outros setores, deverá selecionar os tais do lado esquerdo da tela, em “sim” e inserir a orientação no campo abaixo e dar enviar.



4.3- Aperecerá a seguinte tela:

Essa tela destinará a qual atividade a solicitação irá, são as opções:

a) Questionamento, deverá ser optada sempre que houver demandas para outros setores;

b) Inicío, não deve ser ultilizada, sempre que houver necessidade, contactar a TI;

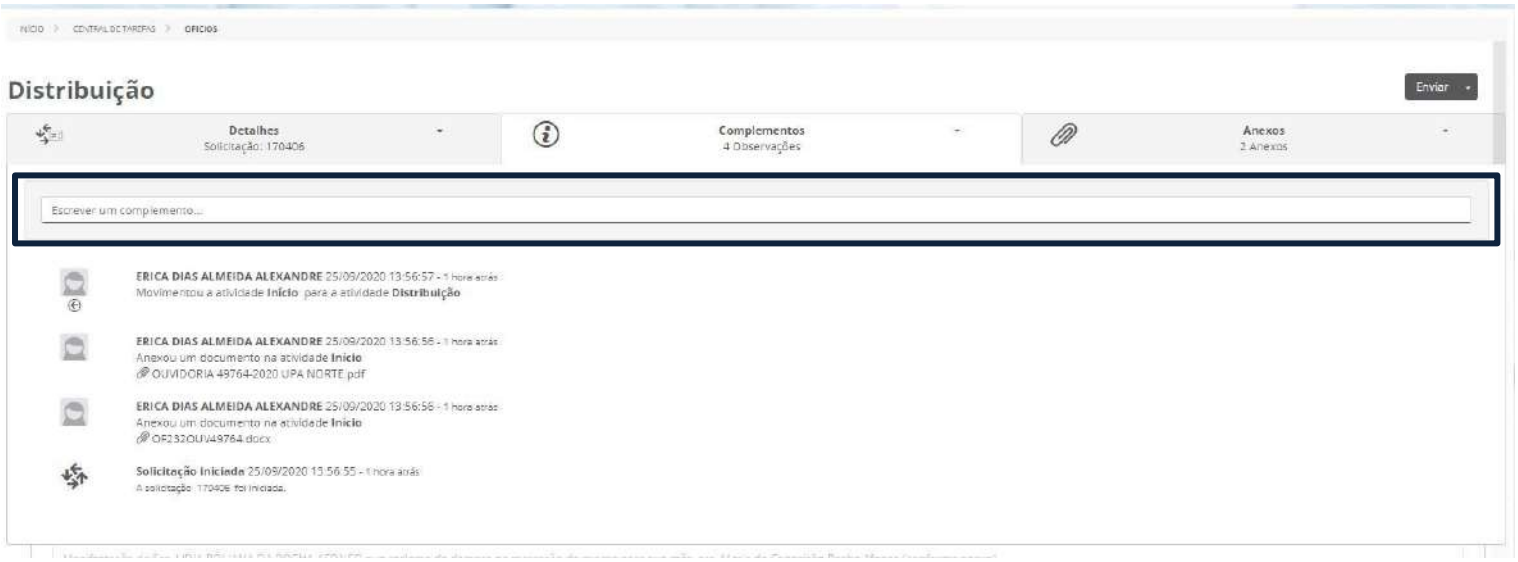
c) Coordenador saúde índigena, deverá ser enviada sempre que tratar de demanda indígena, toda demanda indígena deve ser aprovada pela coordenação de projeto I, e religiosamente antes da aprovação do setor jurídico. Documento algum poderá ser protocolado sem aprovação deste.

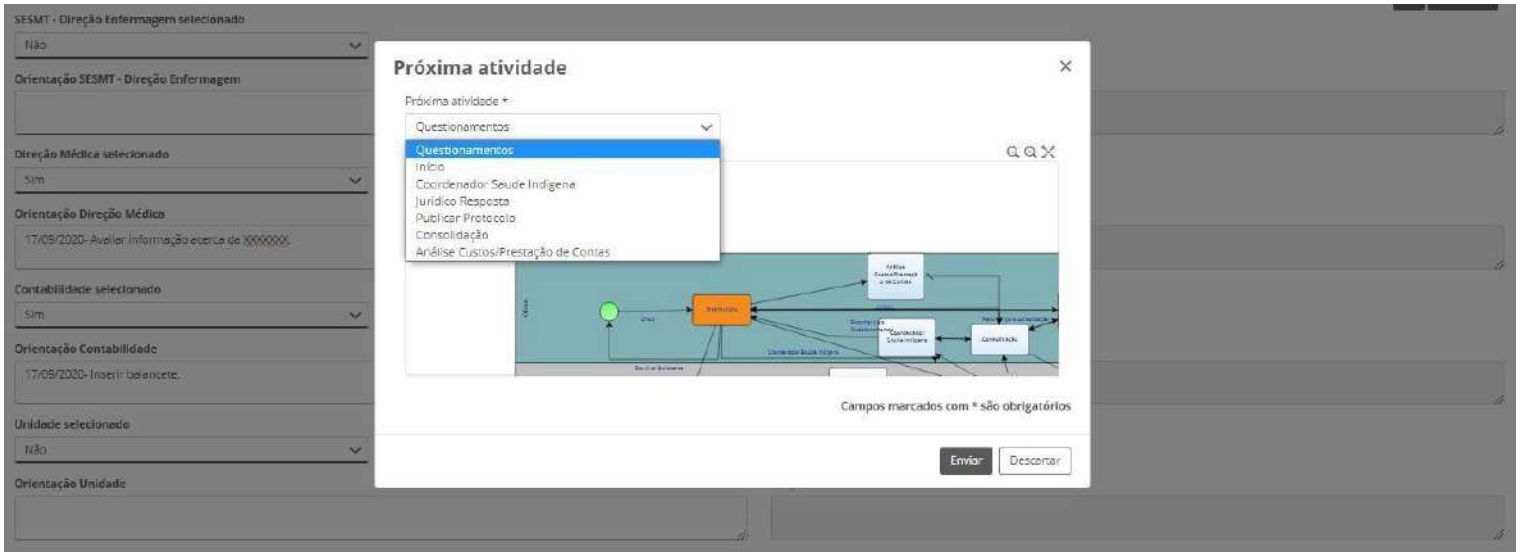
d) Jurídico Resposta, todas as demandas devem ser direcionadas ao jurídico para aprovação do mesmo, ante o protocolo, salvo os ofícios padrões, como por exemplo: Laudos AIH.

e) Consolidação, geralmente, após conclusão das tarefas feitas pelos setores, aprovado pelo jurídico e coordenação índigena quando necessário, as demandas automaticamente irá pra consolidação, essa etapa, o setor de custos e prestação de contas deverá consolidas as informações recebidas, montas a resposta dentro do documento padrão, inserir para validação do jurídico, e em seguida, o jurídico retornará novamente a solicitação para a mesma etapa, autorizando coleta de assinatura ou instruindo sobre correção necessária.

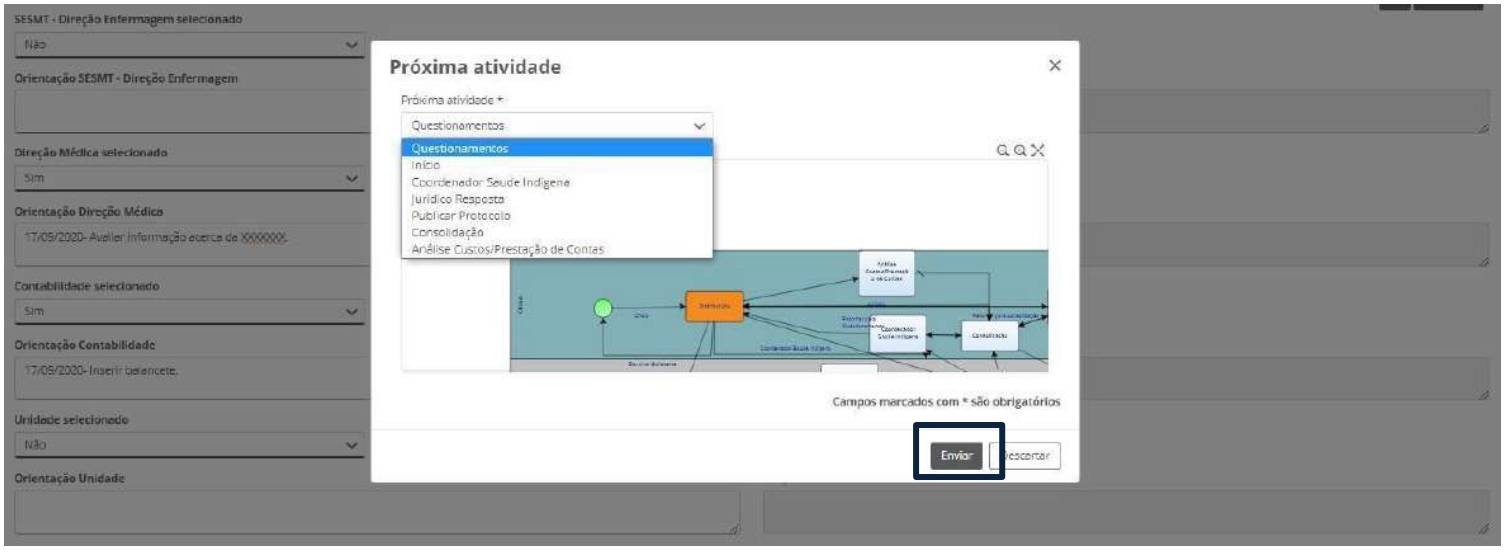
f) Análise de Custos/Prestação de contas, é ultizado sempre que houver necessidade de análise de outro colaborador do setor que precise análisar uma demanda especifica.

OBS1: Os pareceres emitidos nas etapas Coordenador ìdigena e Análise de Custos/Prestação de contas, são sempre inseridas no campo de complemento, bem como do usuário responsável pela gestão da demanda.





Ao optar por uma das opções descritas acima, selecione enviar.

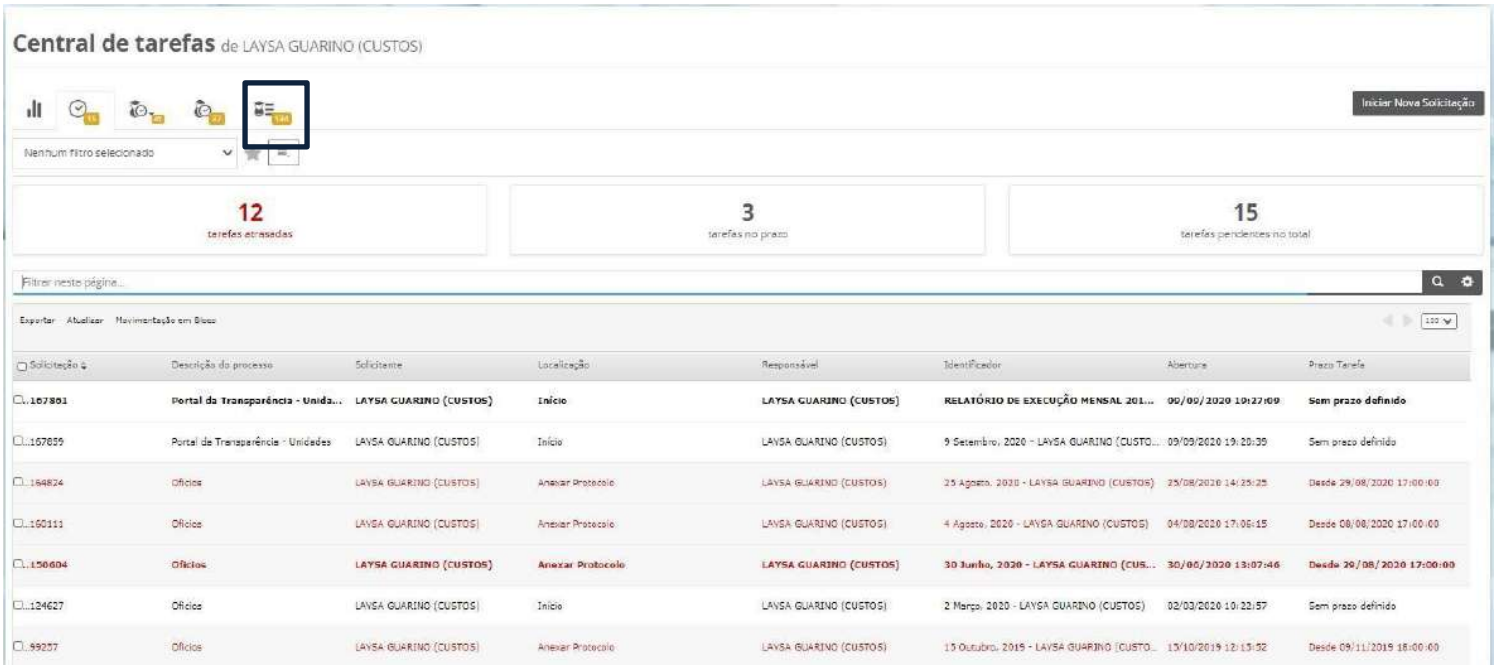


5- Processo de resposta do setor e acompanhamento de solicitação.

5.1- O setor responsável pelo respectivo ofício irá realizar o login no sistema FLUIG conforme disposto no item 1.1. Em seguida o usuário deve selecionar o ícone em forma de “telinha”, Central de Tarefas, a esquerda da tela do seu computador.

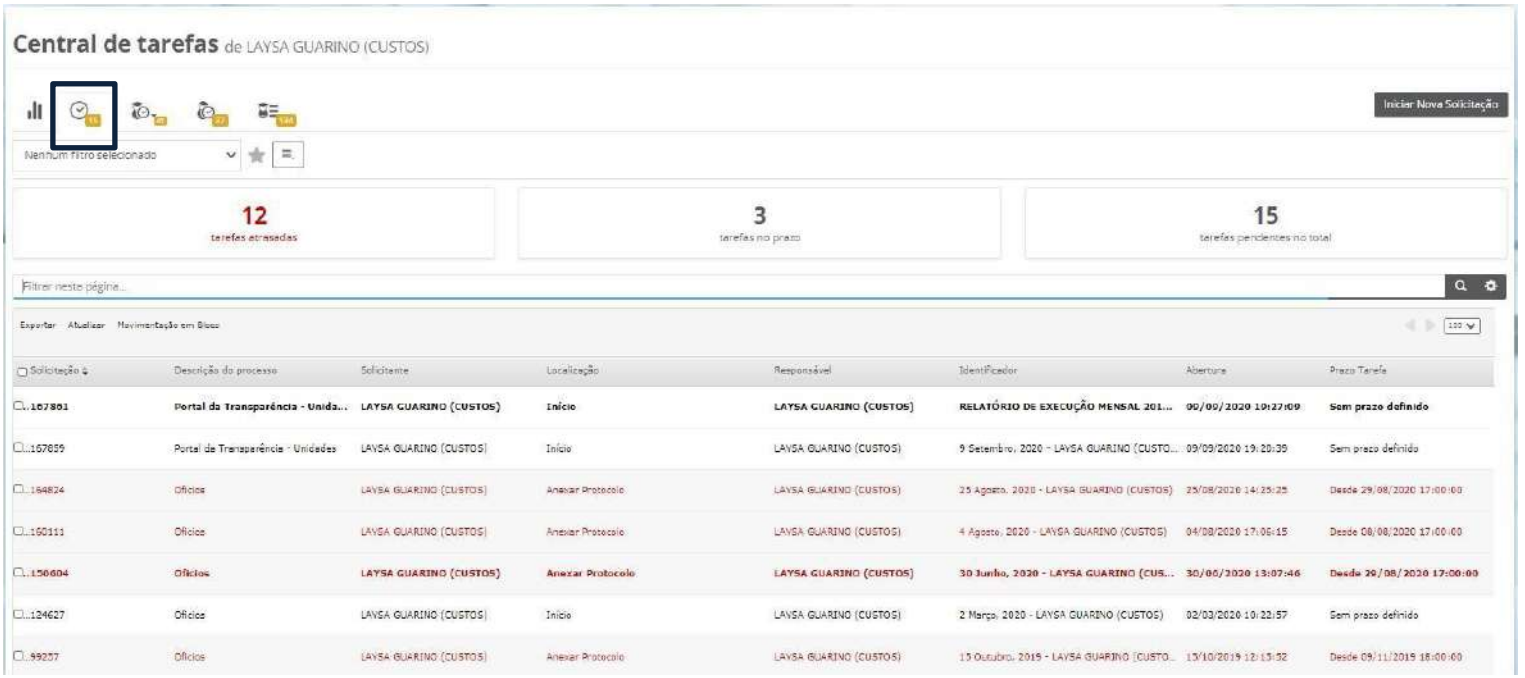
5.2 - Aparecerão 2 ícones primordiais.

5.2.1- Conforme citado no item 2.5 acima, clique em “Solicitações sob minha gerência” onde poderá acompanhar a situação em que se encontra a sua solicitação.

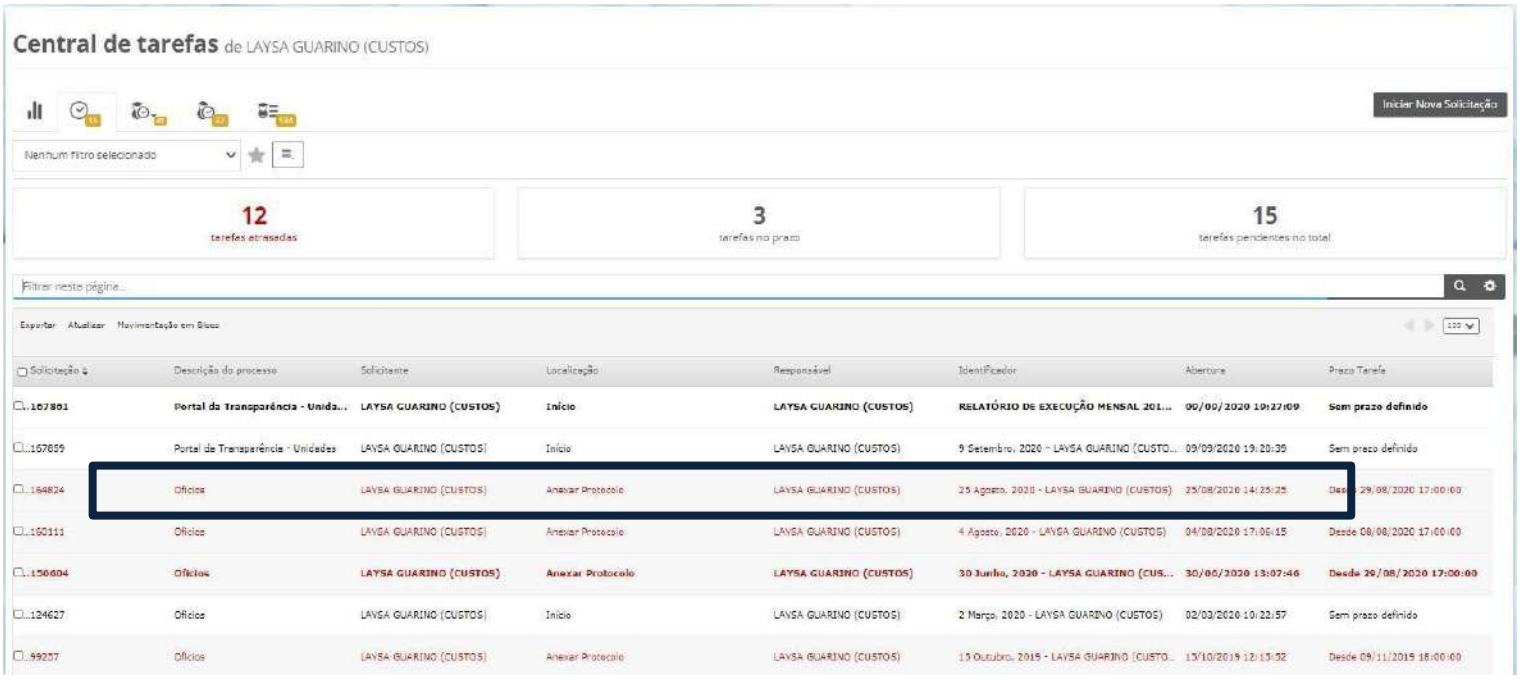


Obs.: No ícone “localização” é onde pode-se visualizar o status da solicitação, se a solicitação estiver nesse campo, com o nome da unidade, do setor, ou de uma respectiva pessoa, ou “Anexar Protocolo” significa que este deve assumir a tarefa, pois a mesma encontra-se pendente de movimentação. Em caso de “anexar protocolo” basta somente inseir cópia do ofício entregue ao destinatário, devidamente protocolado, com carimbo, assinatura e data. Exemplos abaixo:

5.3- No ícone “Tarefas em Pool: Papel” o usuário terá acesso a todas as solicitações que foram direcionadas ao seu setor, podendo responde-las.



5.4- Em “tarefas em pool: Papel” localize a solicitação desejada e realize um “clique” na mesma:



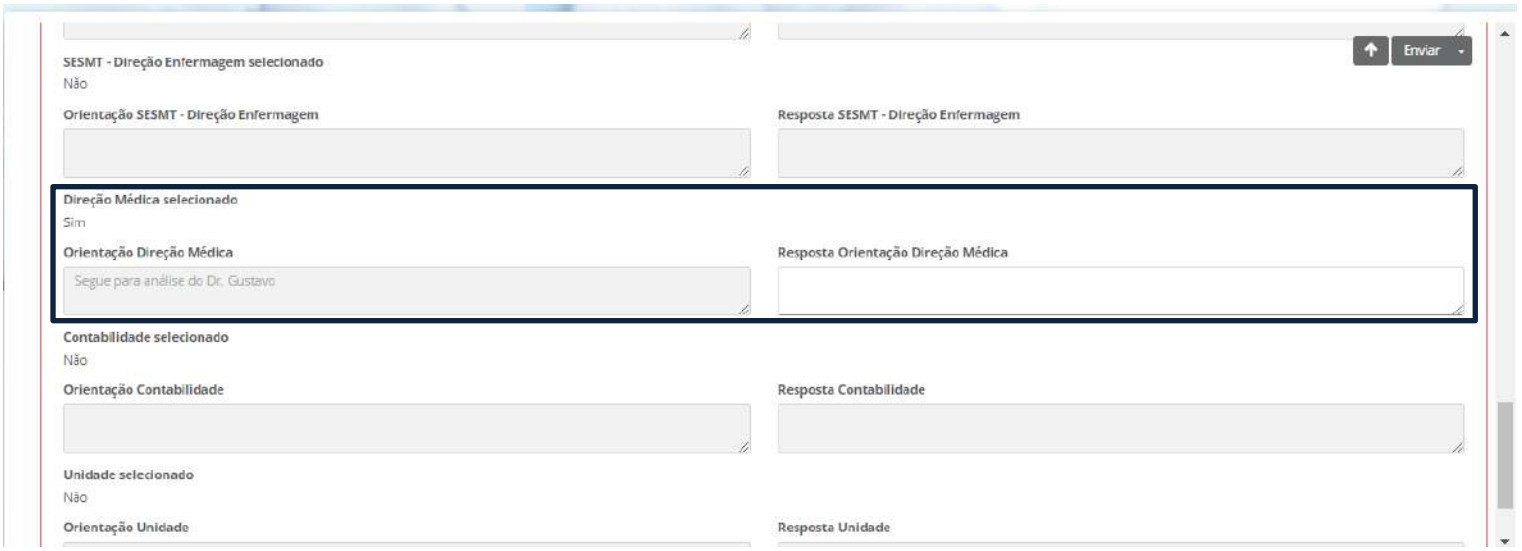
5.5- Após selecionar a solicitação, em uma nova tela que surgirá, selecione “assumir tarefa”.

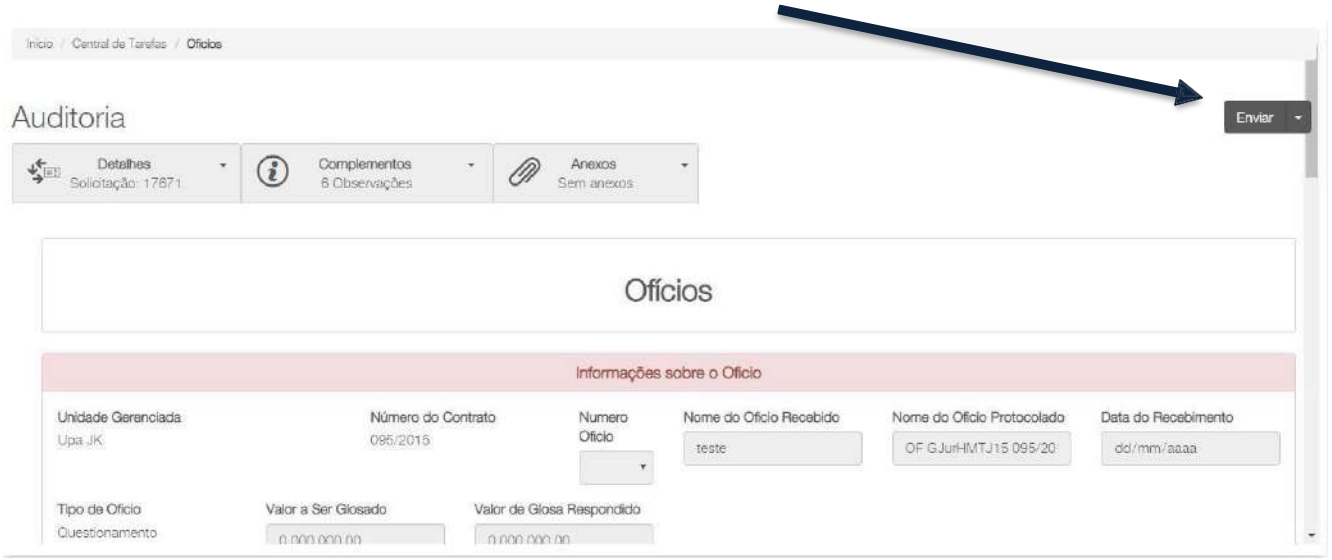
5.6- Após assumir tarefa , o usuário terá acesso a solicitação. Atráves da barra de rolagem a direita da tela, o usuário deve buscar pelo campo “orientação” que fizer menção ao seu setor. O setor ou Unidade, a qual tiver recebido a tarefa deverá-á seguir conforme orientado no campo “Orientação XXXXXXXXX”, é importante ressaltar que é ideal que no campo

"Resposta Orientação" o setor, cientifique ali, também o anexo de algum documento, se este for o caso, e ainda o anexo deverá conter como título o nome do arquivo, acrescentado de "resposta- setor XXXXXX".

Ex: Folha de ponto- Maria da Silva- Resposta setor RH

Este setor tem o prazo de até 2 dias para concluir sua tarefa. Feito isso, o usuário poderá dar enviar, para seguir a próxima etapa.

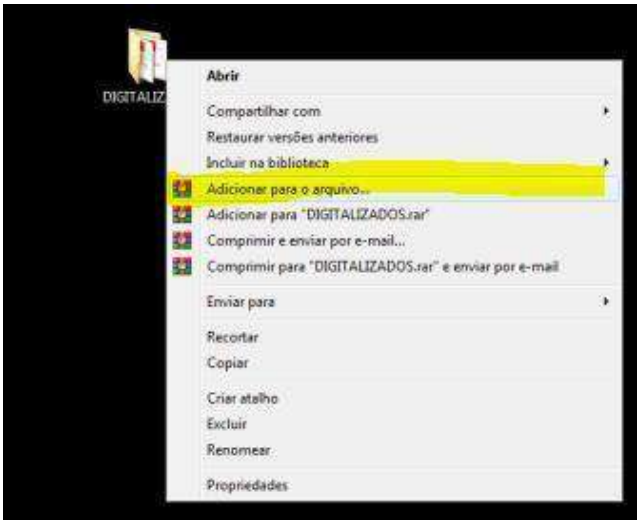




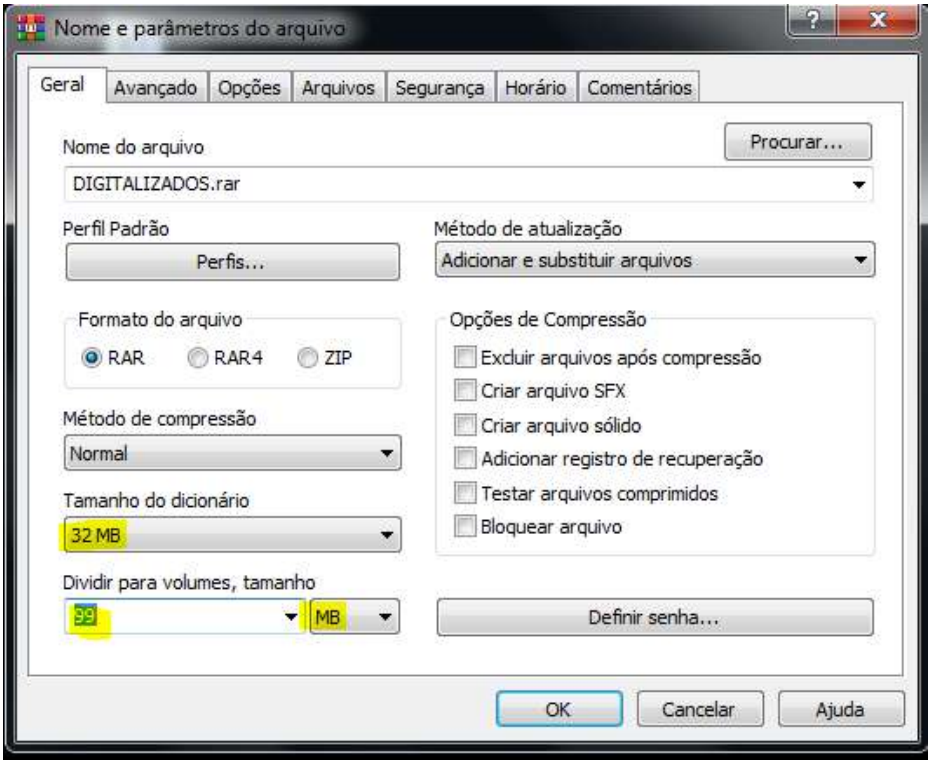
OBS1: A quantidade de arquivos anexados não pode ser superior a 20 arquivos. Sendo assim, se houver um quantitativo superior

a este, a recomendação é realizar a redução de alguma forma. Dentre eles, segue o exemplo do arquivo zipado.

OBS1.1: Clique com o botão esquerdo em cima da pasta e selecione a opção “Adicionar para o arquivo...”.

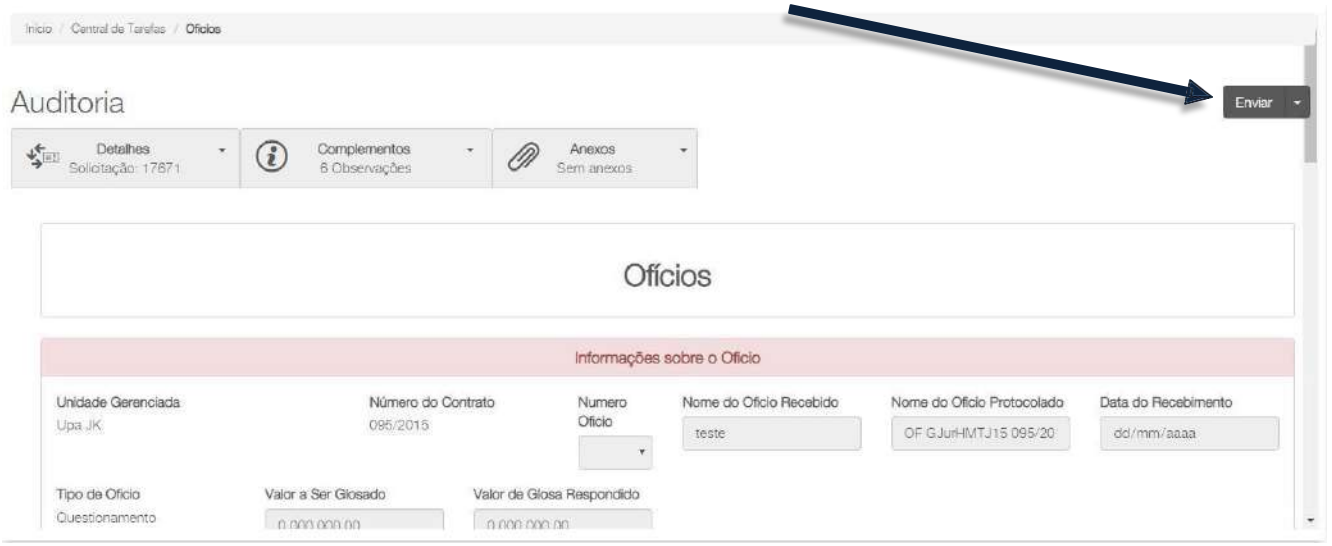


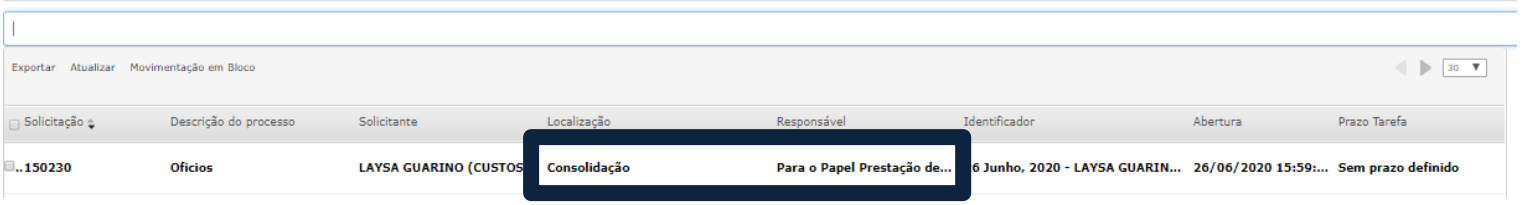
OBS1.2: Aparecerá uma janela com opções para parâmetrizar os aquivos a serem gerados. Na opção “ Tamanho do dicionário”, selecione a opção “32 MB”, na opção “Dividir para volumes, tamanho” selecione “99 MB”. Os tamanhos devem ser respeitados os citados acime uma vez que é o tamanho permitido para inserção no fluig.



OBS1.3: Ao fim do carregamento gerará este arquivo abaixo, que estará apto a ser inserido no fluig.

5.7- Após “enviar” aparecerá novamente em tela, o número de solicitação. Após clicar em cima do número a solicitação terá sido respondida. A solicitação será enviada para o setor de custos /Prestação de Contas, novamente, para a etapa “Consolidação” para realizar a análise e consolidar todas as informações. O setor possui o prazo de 3 dias para concluir a tarefa:





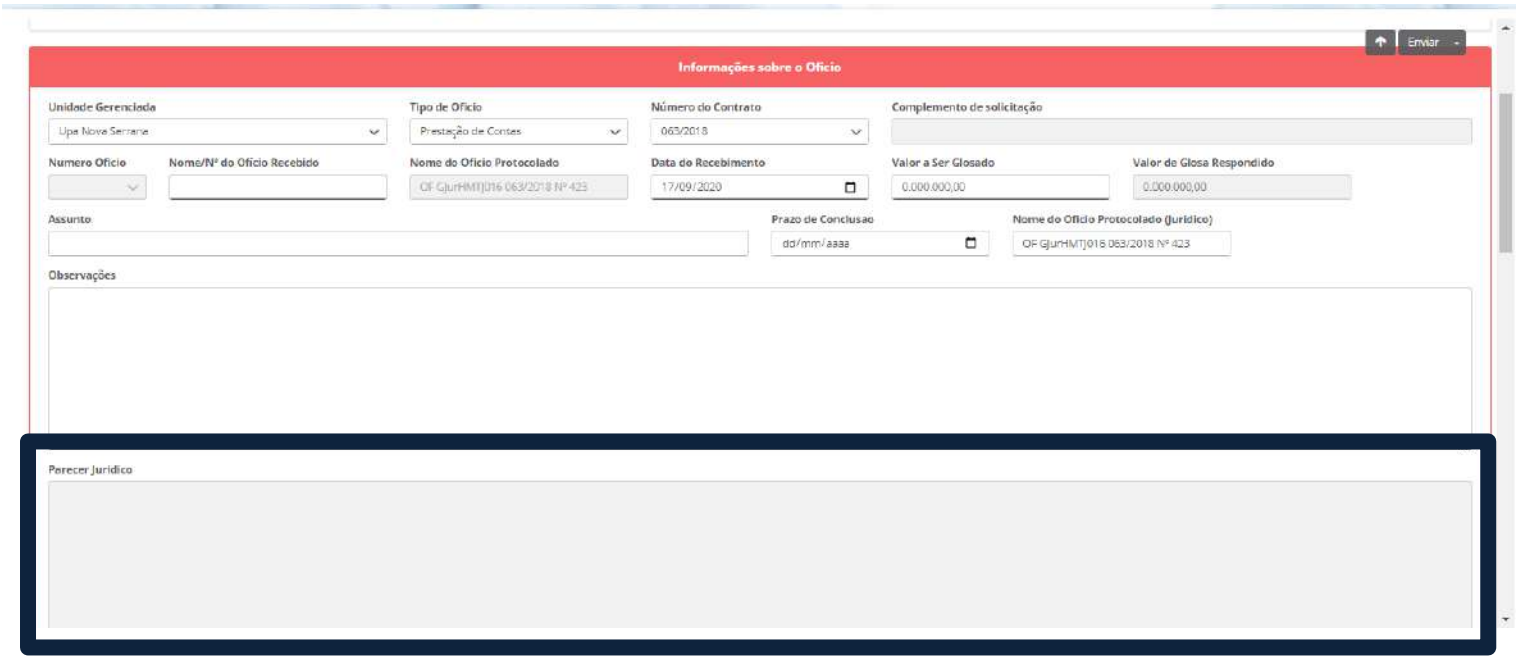
5.8- Em seguida, se o setor de Custos/Prestação de Contas avaliar positivo, e não houver nenhuma intercorrência, será enviada ao o setor jurídico para análise e aprovação.

Se a solicitação não for aprovada pelo Setor jurídico voltará para o setor de custos, para a etapa de “Distribuição”, contendo a informação acerca do não aceite, a solicitação será ecaminhada ao responsável pela tarefa que tiver sido insatisfatória. Qualquer informação do setor jurídico será inserida no “campo jurídico”;

O setor Jurídico possui o prazo de 1 dia para concluir a tarefa.

Se aprovado a solicitação se encaminhará para “Consolidação” novamente, para que o setor de Custos colha a assinatura do documento, prazo de 1 dia , e então será enviado para “Anexar protocolo”.

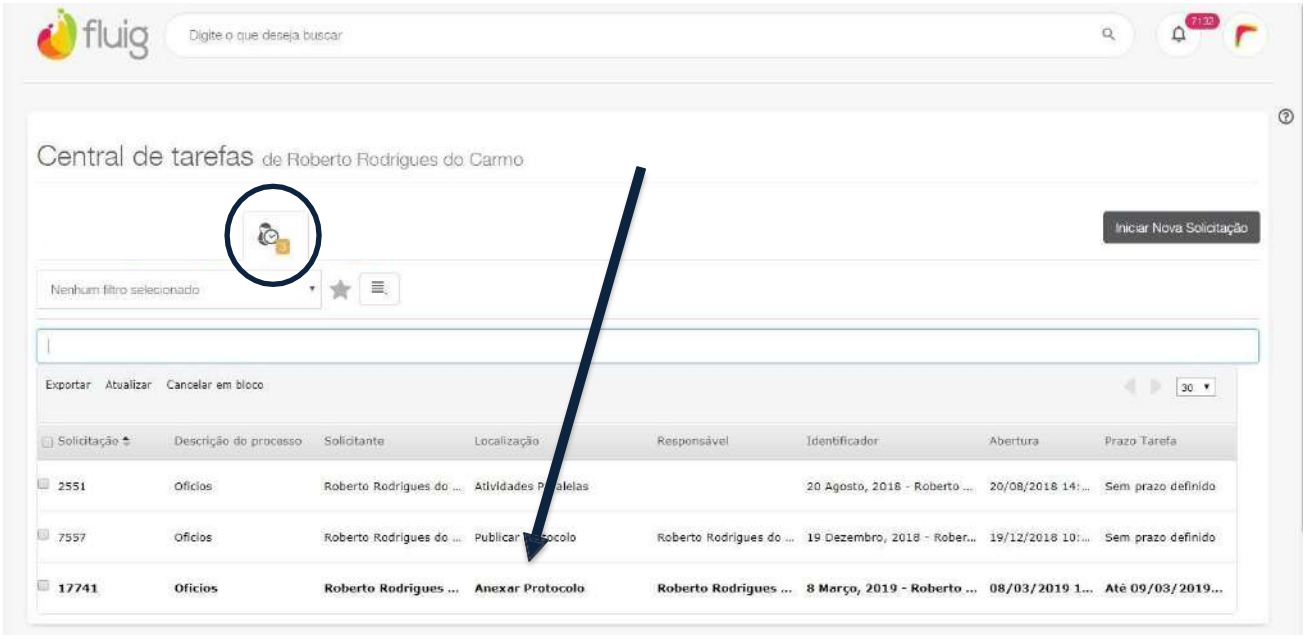
Em caso da assinatura ser do coordenador da própria Unidade, a solicitação irá direto para “Anexar Protocolo”. No entanto, de qualquer forma a solicitação irá passar pela etapa de “Consolidação”, uma vez que o setor de custos que irá verificar essa informação.



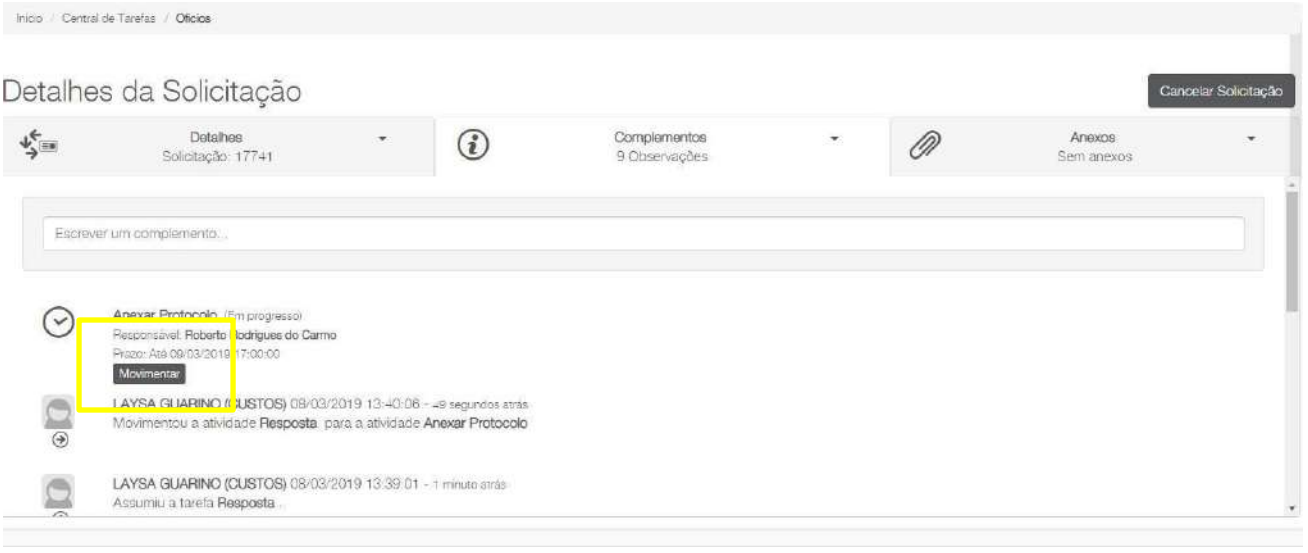
6- Anexar Protocolo.

O usuário solicitante, torna-se responsável pela finalização da solicitação, por isso é muito importante que seja realizado diariamente o controle de entrada e acompanhamento das suas solicitações. Após o solicitante ter aberto a solicitação, respondido chega a hora de, de fato finalizar a solicitação, isso acontece na fase de “Anexar Protocolo”.

O usuário deve ir em “minhas solicitações”, localizar a solicitação que estiver em fase de “Anexar Protocolo”. O responsável pela solicitação possuí 1 dia para realizar o protocolo e anexa-lo no fluig.



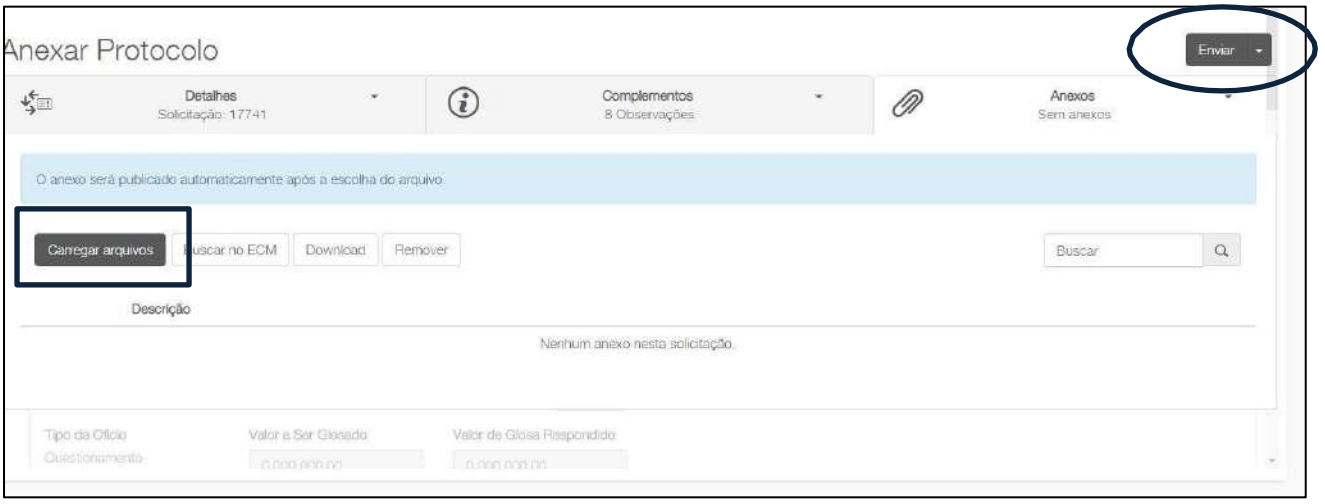
6.1- Selecione “movimentar”.



6.2- Em “Anexos” carregue o Protocolo, este pode ser, uma cópia entregue do ofício de resposta, ou ofício elaborado, ao Órgão destinatário, devidamente assinado e datado acompanhado do CPF do responsável que recebeu o documento.

6.2.1- Em casos especiais de print de procedimento. É imprescindível que esse documento seja anexado, juntamente aos outros dentro do sistema, sob responsabilidade do solicitante da solicitação.

Lembrando que, o protocolo deve possuir o carimbo ou o escrito de “recebido” juntamente a data, e assinatura do responsável que recebeu o mesmo.



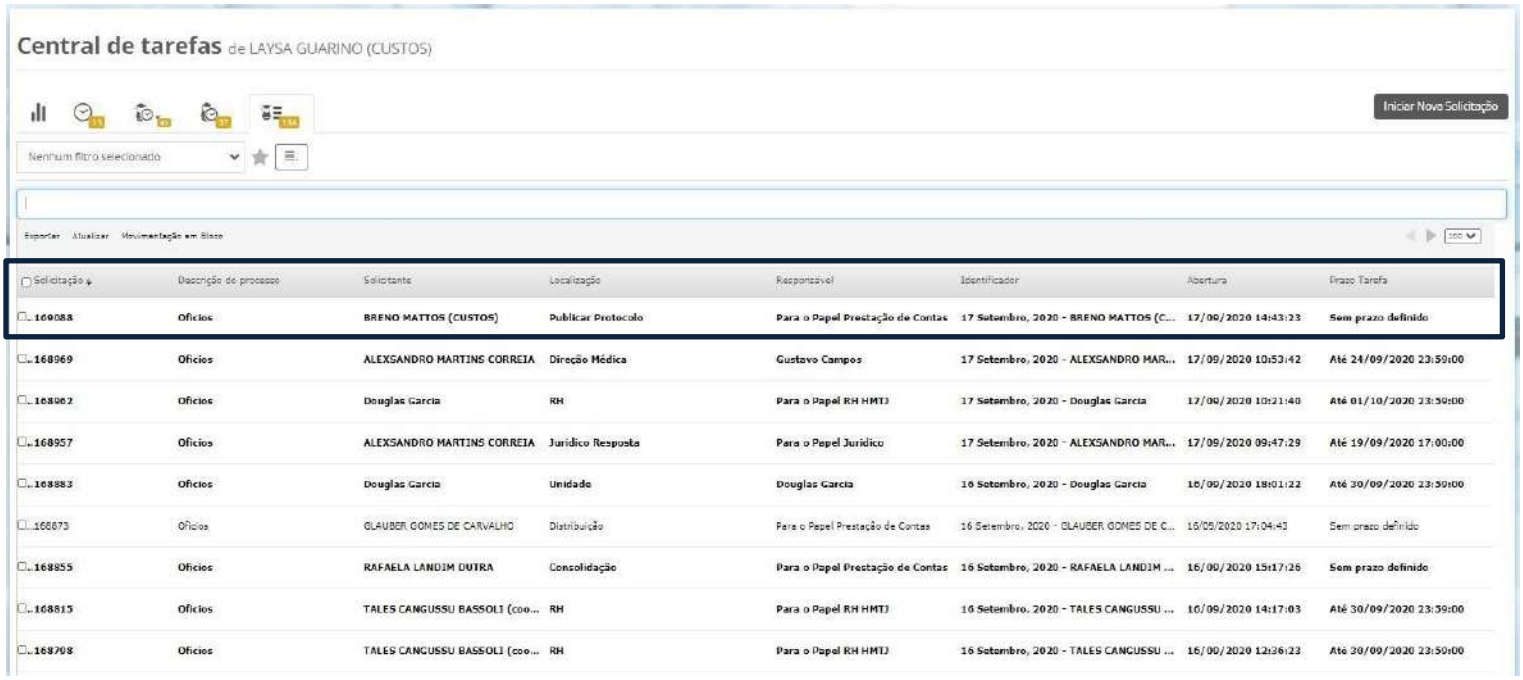
6.3- Após o envio, apareça essa tela abaixo. O usuário deve clicar em cima no número grande, referente a solicitação, e pronto. Sua solicitação está finalizada.

7- Publicar Protocolo:

Nessa etapa, consiste em da publicidade aos documentos, de maneira literal. Cada vez que uma solicitação chega ao seu fim, que ocorre quando é inserido o protocolo pelo usuário solicitante, esses documentos precisam ser pulicados e finalizada a solicitação para que ela se retire da contagem de solicitações do setor.

Essa publicidade, só deverá ocorrer quando o protocolo da solicitação tiver sido inserido, em caso da falta deste, a solicitação deverá ser novamente encaminhada para “anexar protcolo” com a orientação de anexar devidamente a documentação incorreta, e só então, poderá prosseguir com a demanda.

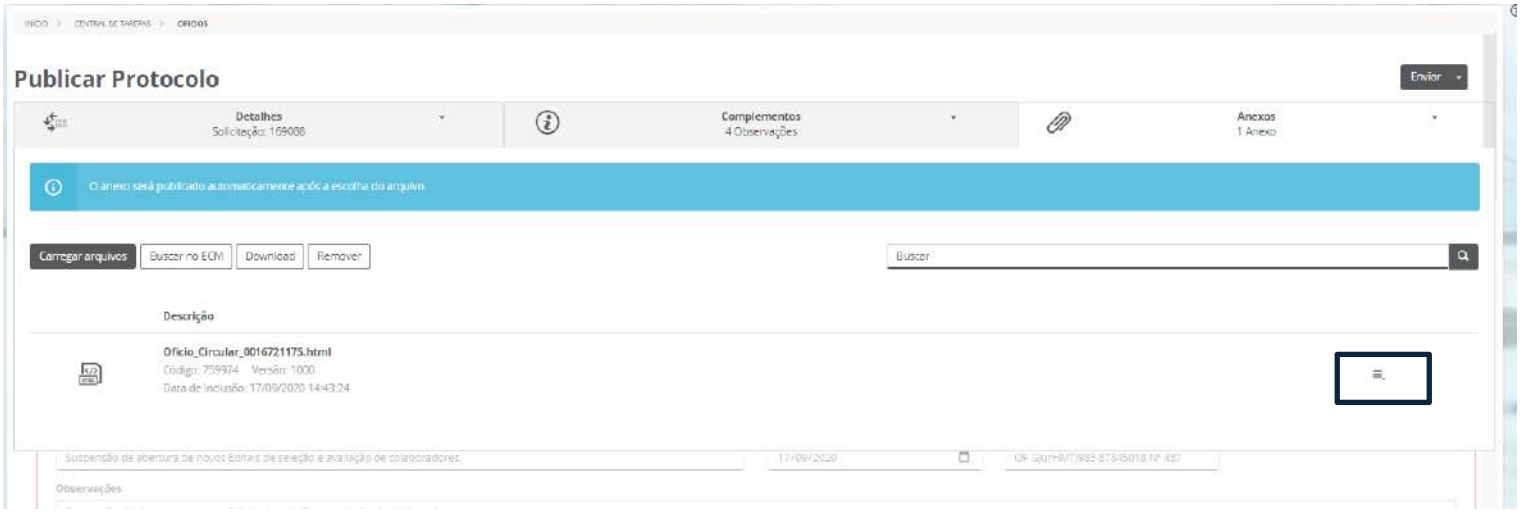
O setor de contas e prestação de contas, deverá selecionar a solicitação que estiver em sua localização, o status de “publicar protocolo”.



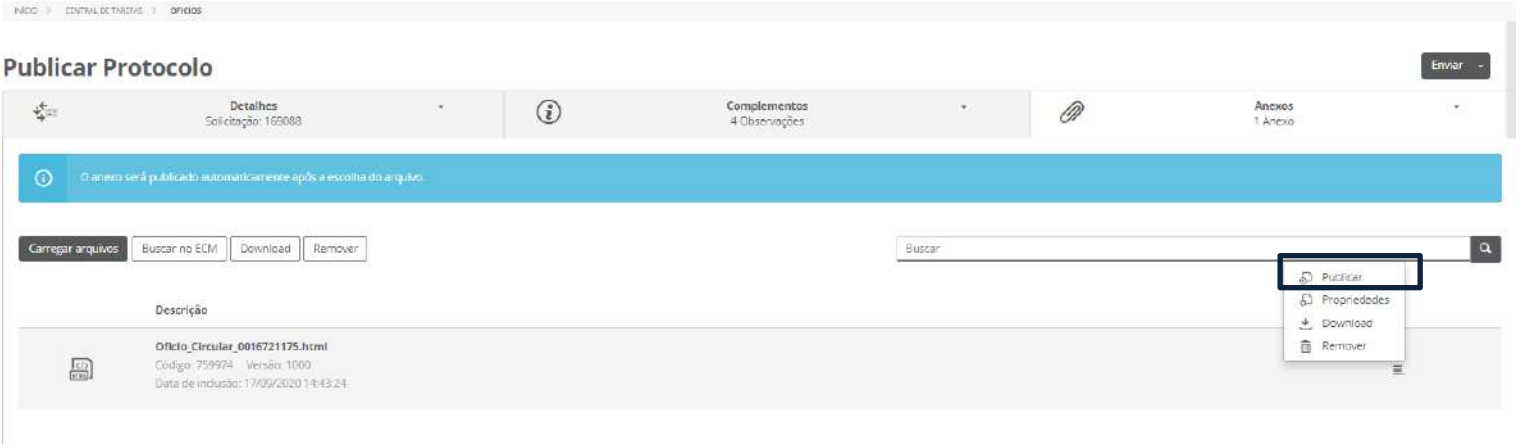
Em anexo, observe se há a documentação correta.

OBS: Em caso de ser um ofício para arquivamento, não há necessidade da observância dos critérios acima (protocolo), basta somente a documentação inserida inicialmente.

Clique nos três tracinhos a direita:

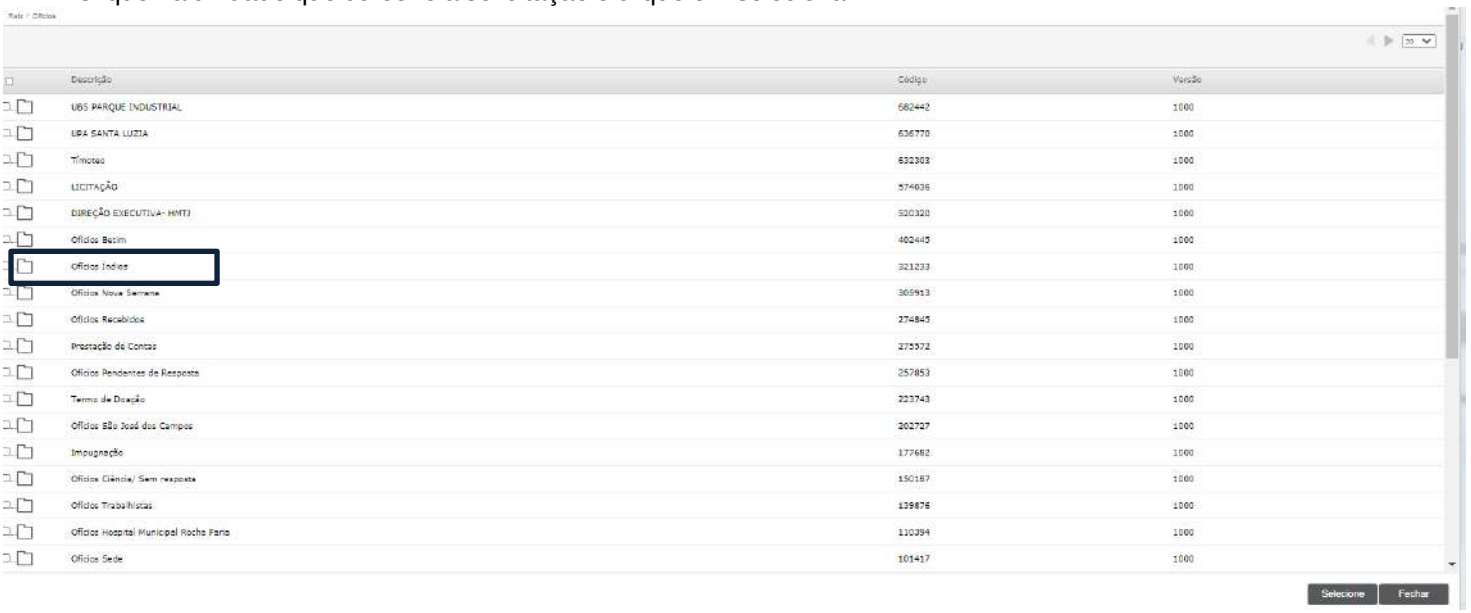


Selecione a opção publicar:

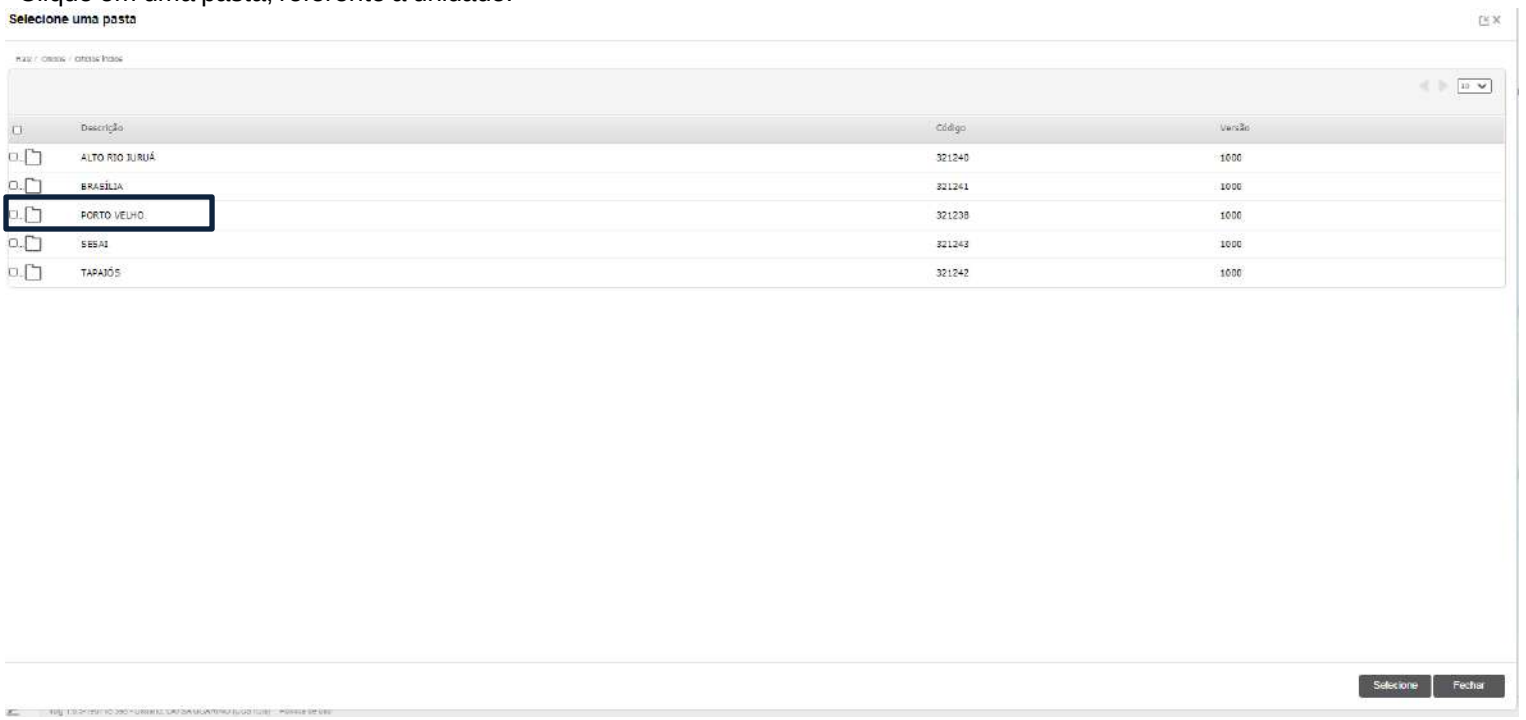


Aqui, o setor indicará em qual pasta poderá ser inserido o documento. Clique na pasta principal, ofícios:

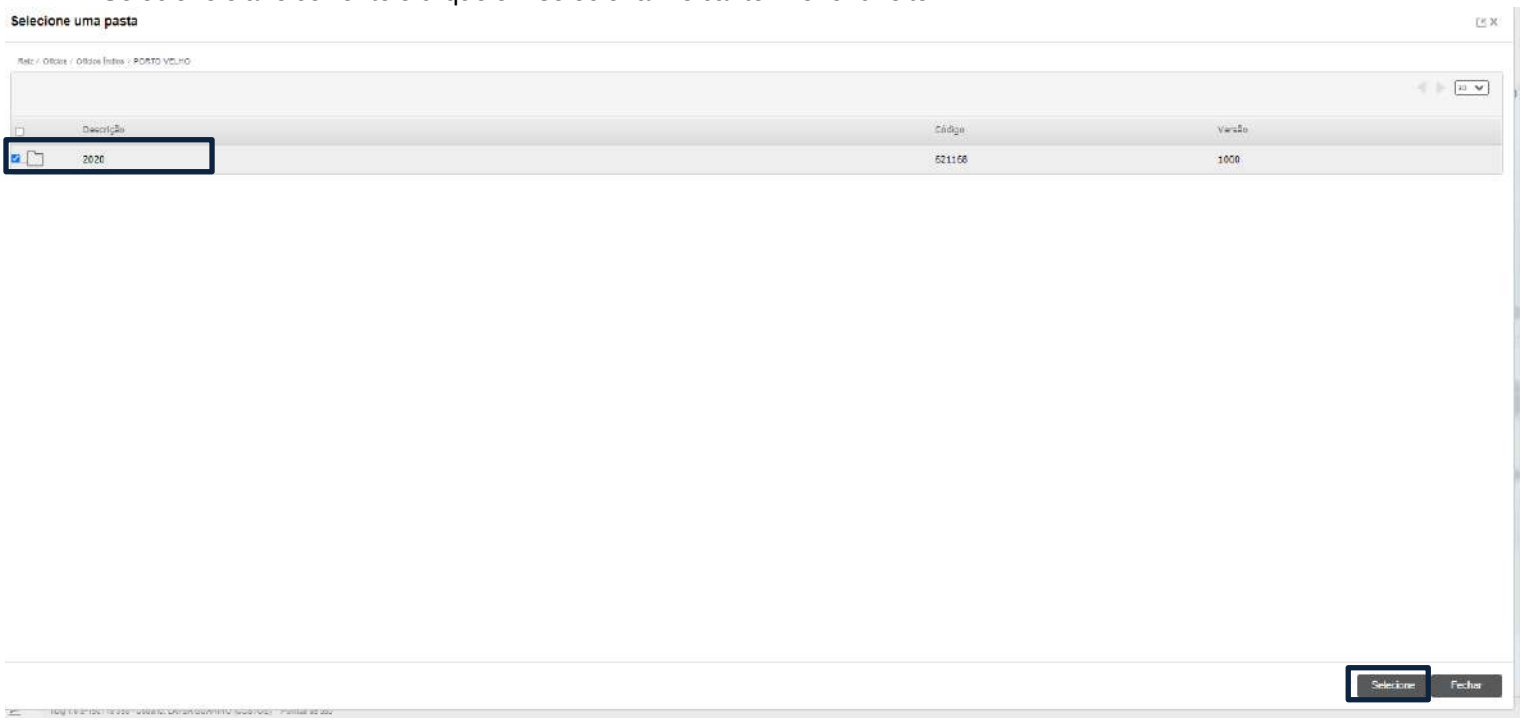
Clique na unidade que corcene a solicitação e clique em selecionar:



Clique em uma pasta, referente a unidade:

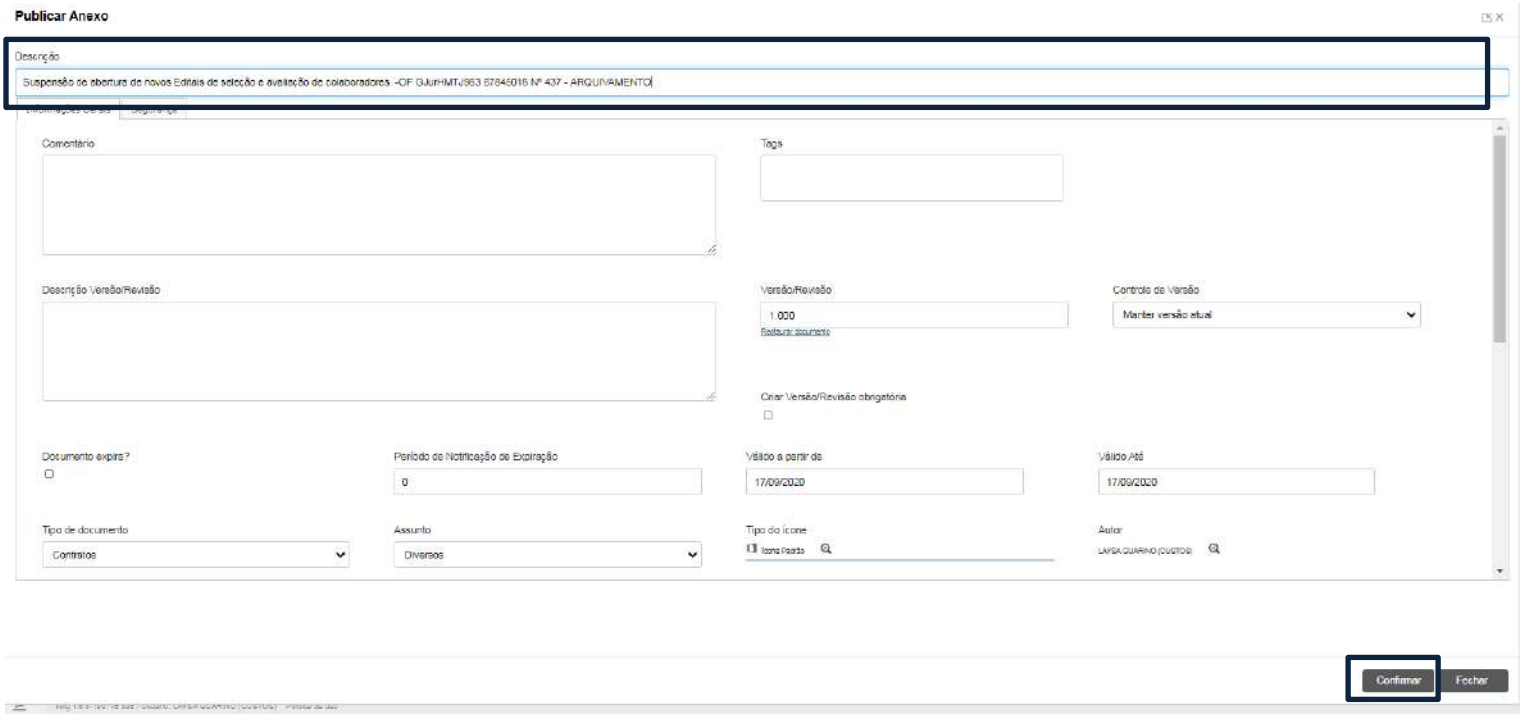


Selecione o ano corrente e clique em selecionar no canto inferior direito:

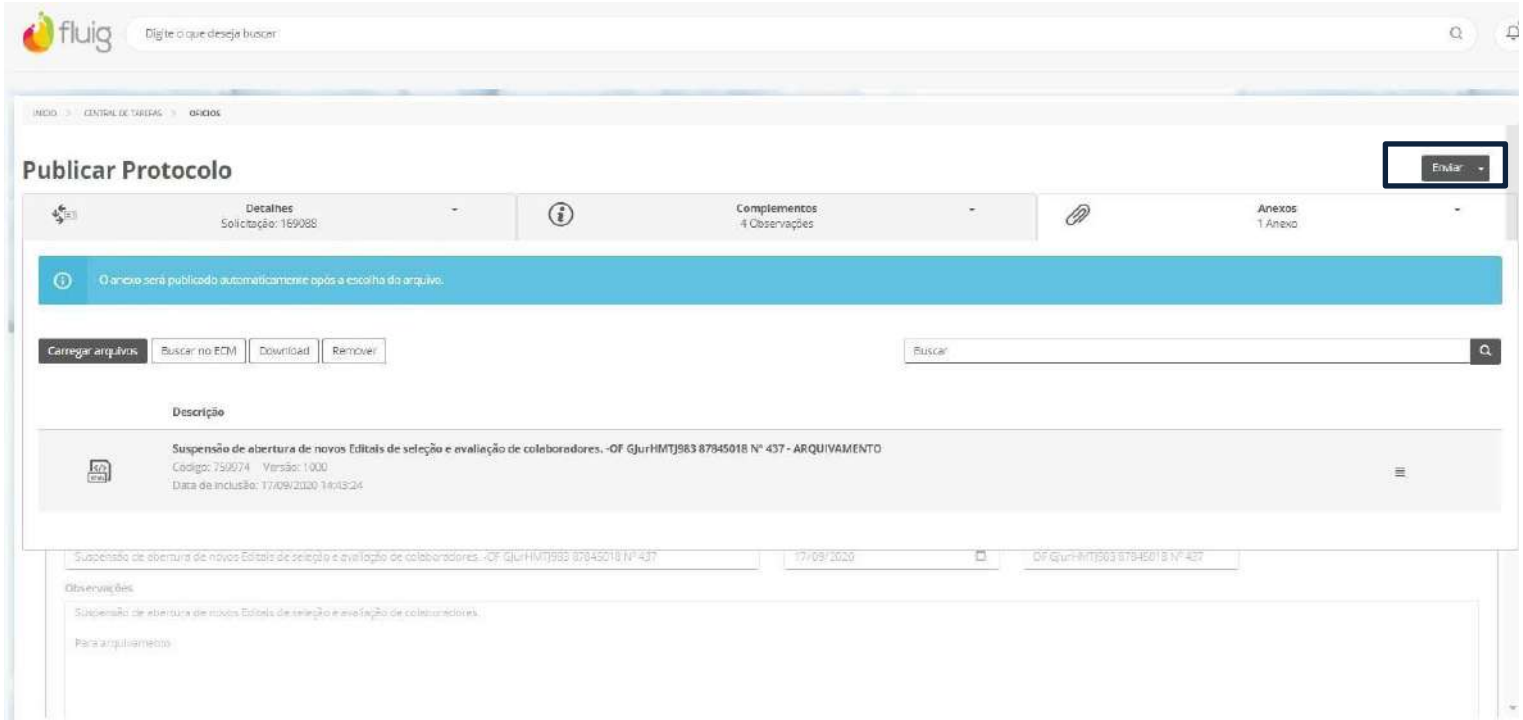


Nesta janela seguinte, em descrição, insira o assunto, junto do número gerado por esta solicitação, número de ofício, e em seguida informe uma “palavra-chave” para identificação futura do ofício. Por exemplo, neste caso, arquivamento, em caso de uma solicitação comum, onde há protocolo, no arquivo referente ao protocolo, obdece-a a mesma regra sobre assunto e número gerado pelo fluig com acréscimo do “protocolo” no fim.

Em seguida, selecione confirmar no canto inferior direito:



Ao clicar em confirmar, aprecerá a tela incial do anexo novamente, selecione enviar, e sua solicitação terá sido finalizada.



I. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

II. Anexos

N/A

III. Referências

N/A

I. Objetivos

Alimentação dos gráficos no Fluig e controle de justificativas do custeio das unidades.

II. Materiais

Sistema Fluig (Site) e Sistema Totvs.

III. Descrição dos passos da atividade

Segue o passo a passo para inserção dos valores nos gráficos e justificativas.

1º Passo

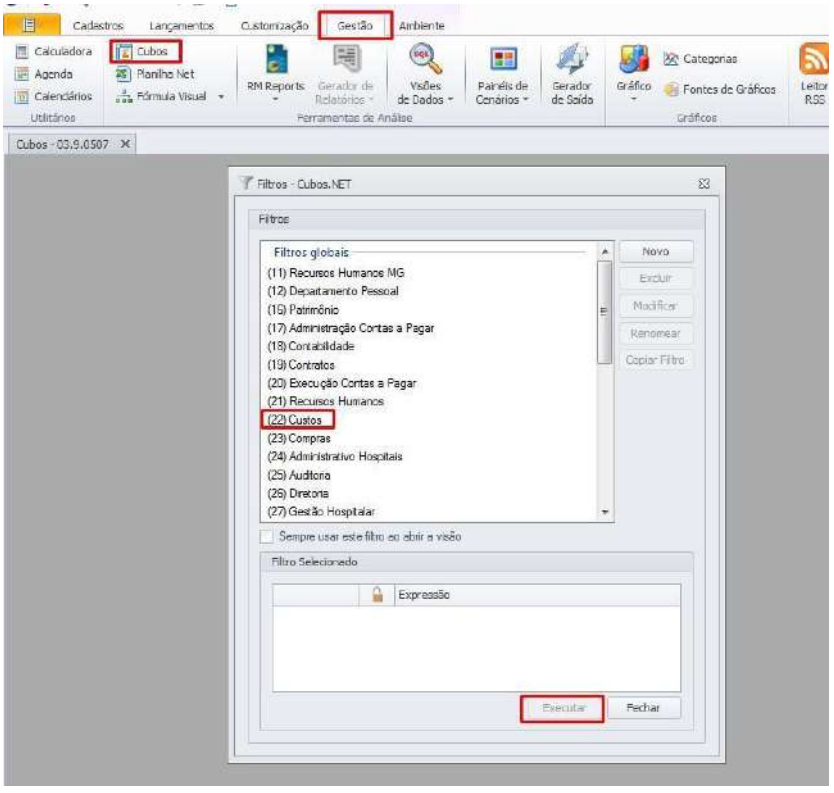
Acessar o Sistema Totvs

2º Passo

Acessar o módulo de Custos.

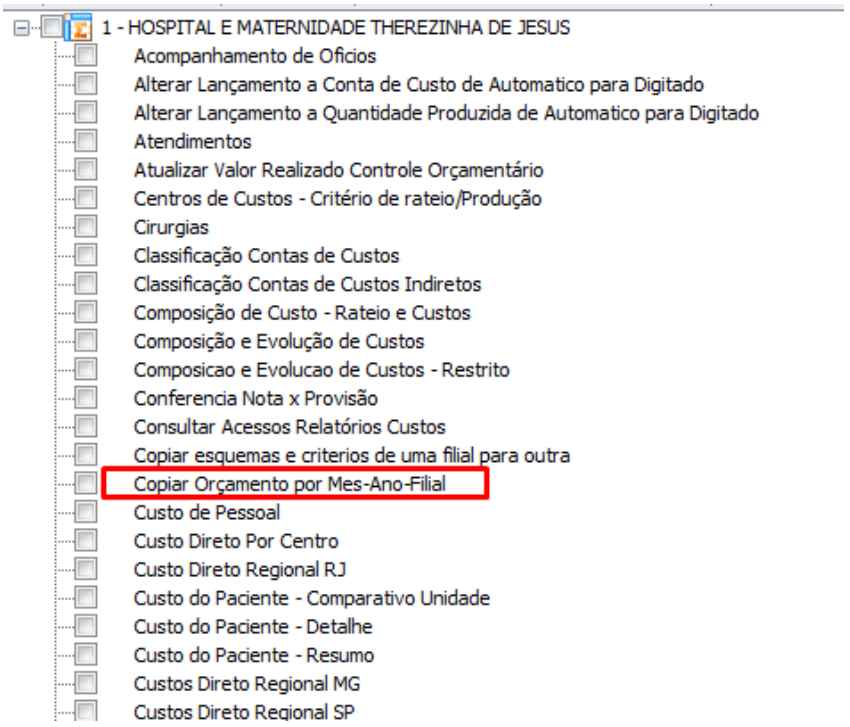
3º Passo

Acessar o módulo de cubos e escolher no filtro o (22) Custos.

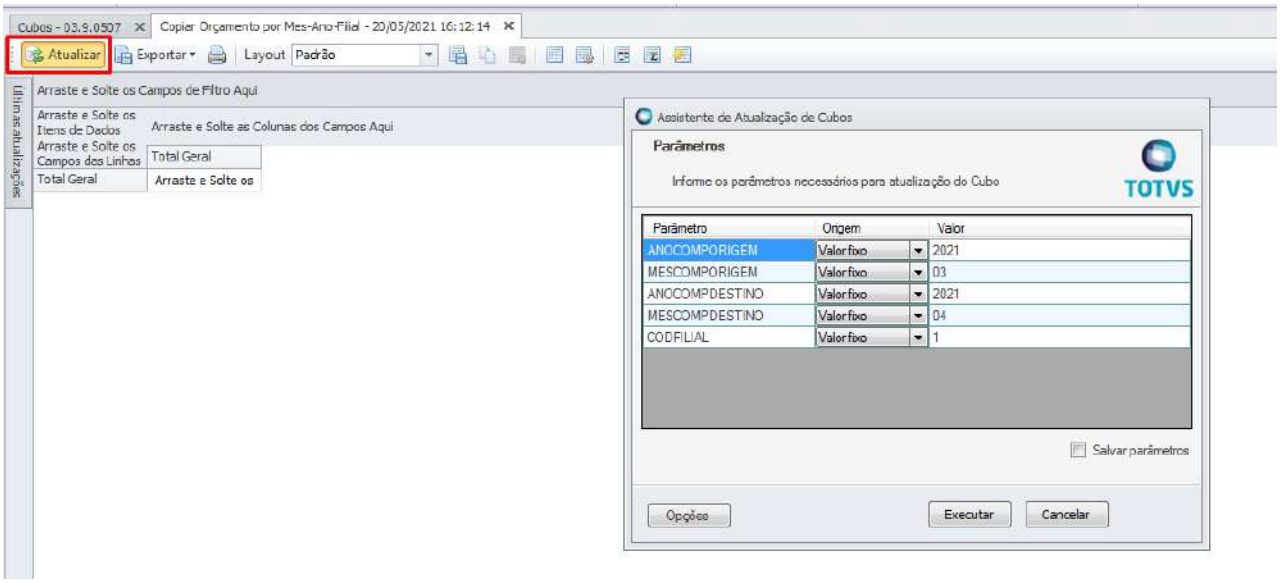


4º Passo

Primeiro, será necessário entrar no cubo "Copiar Orçamento por Mes-Ano-Filial"

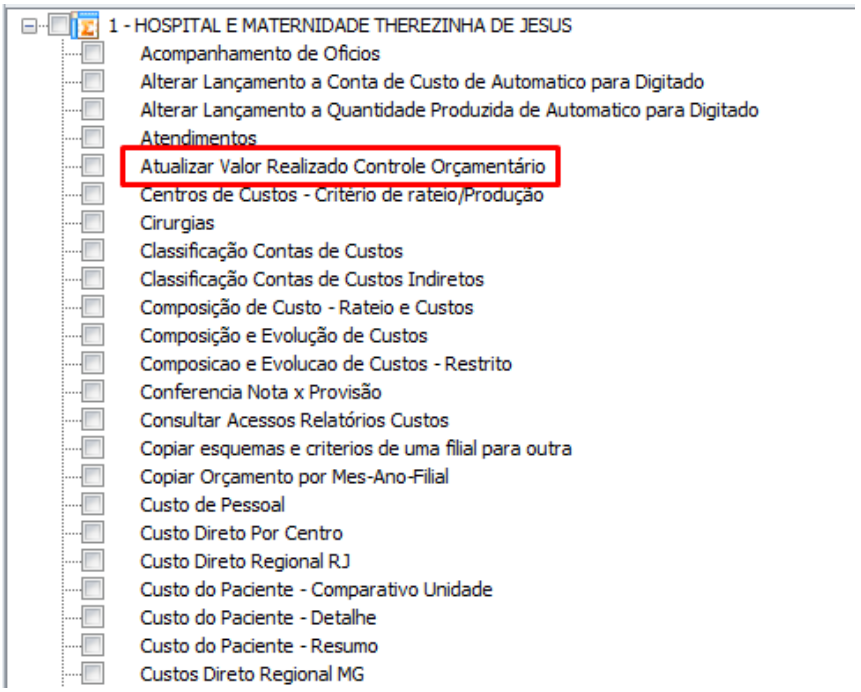


Ao acessar, clique em atualizar para abrir a janela na qual precisa ser colocado a unidade e mês que será utilizado como base para cópia. Para finalizar, clique em "Executar".

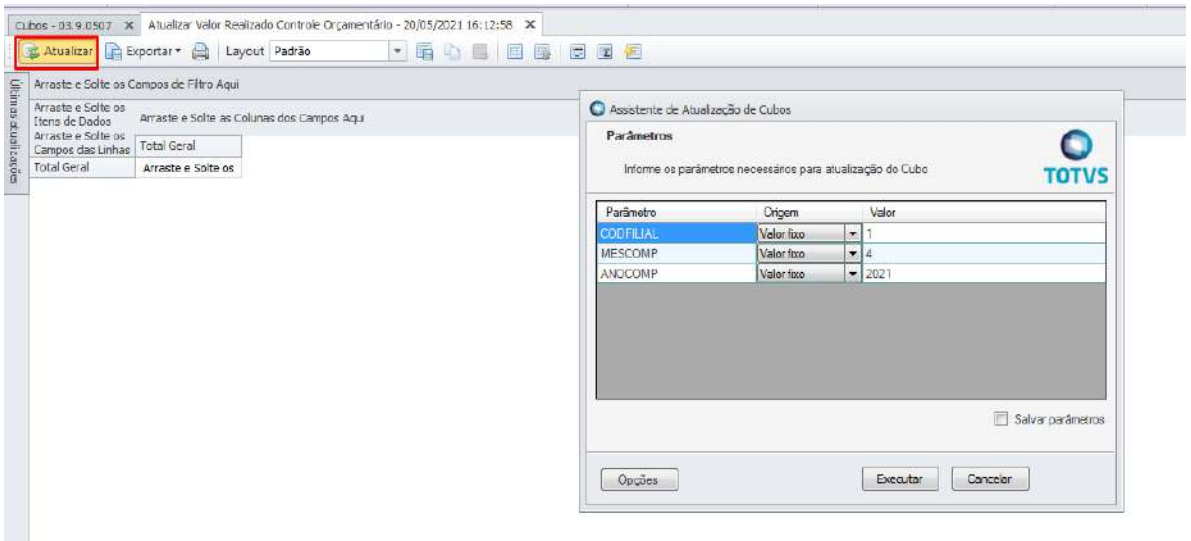


5º Passo

Após copiar a base, será necessário acessar o cubo “Atualizar Valor Realizado Controle Orçamentário”.

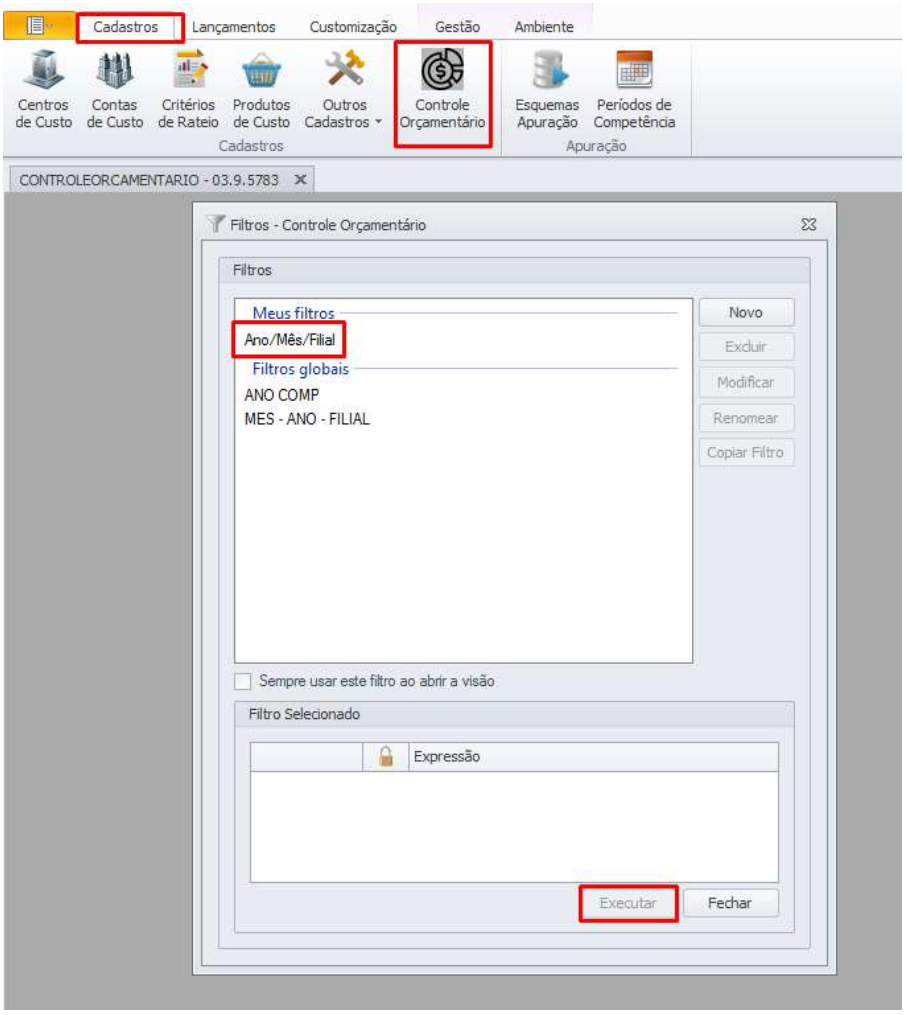


Ao acessar, clique em atualizar para abrir a janela na qual precisa ser inserido a unidade e mês para poder atualizar o valor realizado da competência escolhida. Vale ressaltar que os valores são provenientes do cubo “Composição e Evolução”. Para finalizar, clique em “Executar”.

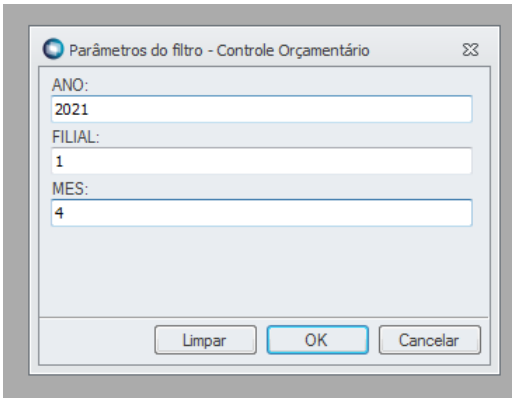


6º Passo

Após acessar os dois cubos citados anteriormente, vá para Controle Orçamentário e escolha o filtro Ano/Mês/Filial.



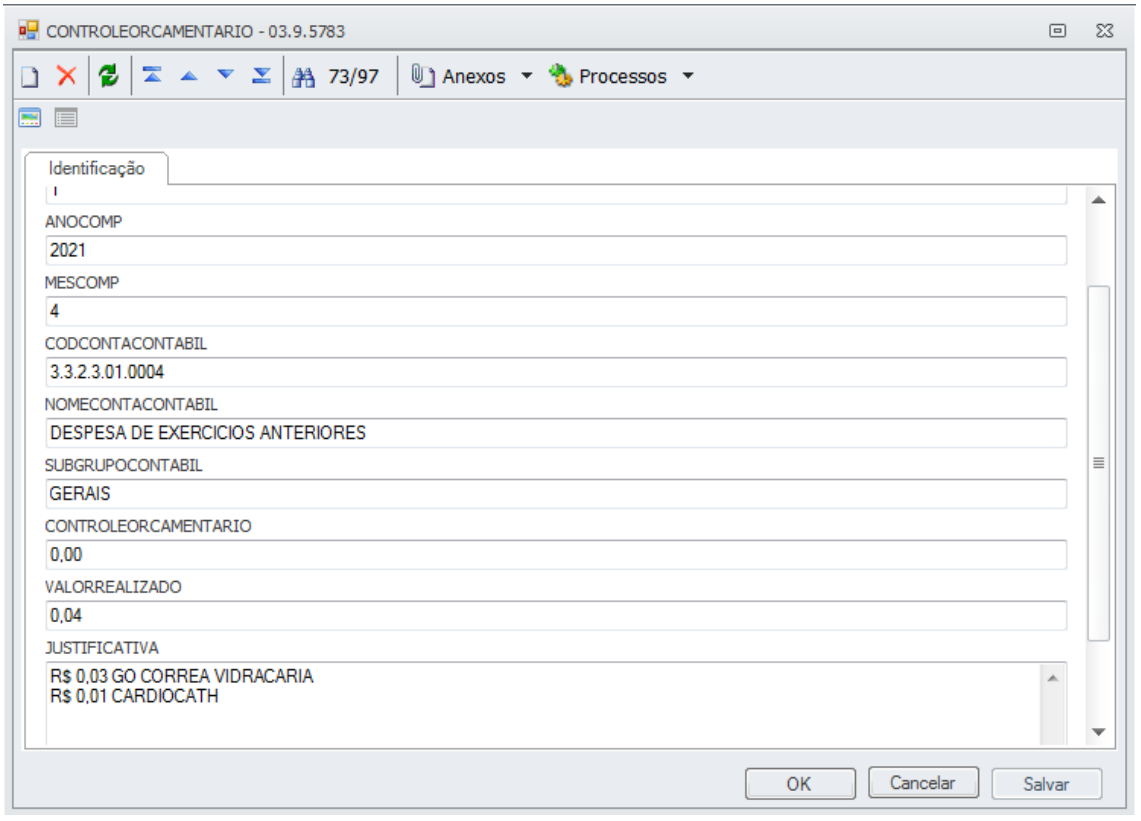
Após Executar, aparecerá uma janela com o campo de Ano, Filial e Mês. Após digitar, clique em “OK”.



Agora aparecerá uma nova página, contendo as colunas ordem, codfilial (Código filial), anocomp (Ano competência), mescomp (Mês competência), codcontacontabil (Código da conta contábil), subgrupocontabil (Grupos do Controle Orçamentário), controleorcamentrario (Valor do orçamento de acordo com o contrato firmado com a SMS), basezero (Valor do orçamento de acordo com o base zero), valorrealizado (Valor do custo na competência) e justificativa (Análise do custo realizado na competência).

ORDEM	CODFILIAL	ANOCOMP	MESCOMP	CODCONTACONTABIL	NOMECONTACONTABIL	SUBGRUPOCONTABIL	CONTROLEORCAMENTARIO	BASEZERO	VALORREALIZA...	JUSTIFICATIVA
23	1	2021	4	3.3.2.3.01.0004	DESPESA DE EXERCICIOS ANTERIORES	GERAIS	0,00	0,00	0,04	R$ 0,03 GO CORREA VIDRACARIA

Para inserir uma justificativa, selecione a rubrica com dois cliques e aparecerá a seguinte janela. Após descrição, clicar em “OK” para finalizar o processo. Vale ressaltar que é necessário justificar todas as rubricas.

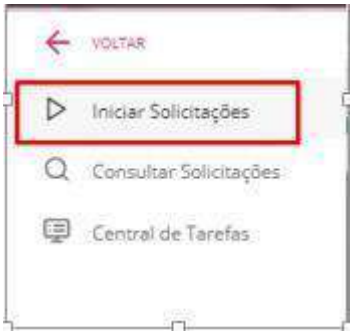


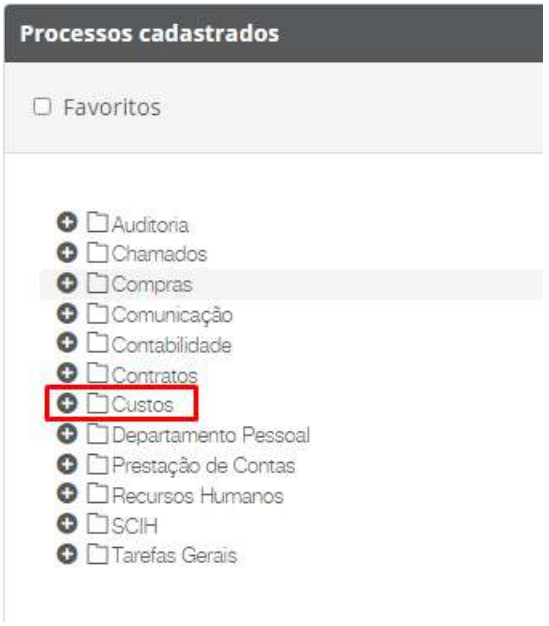
Passo 07

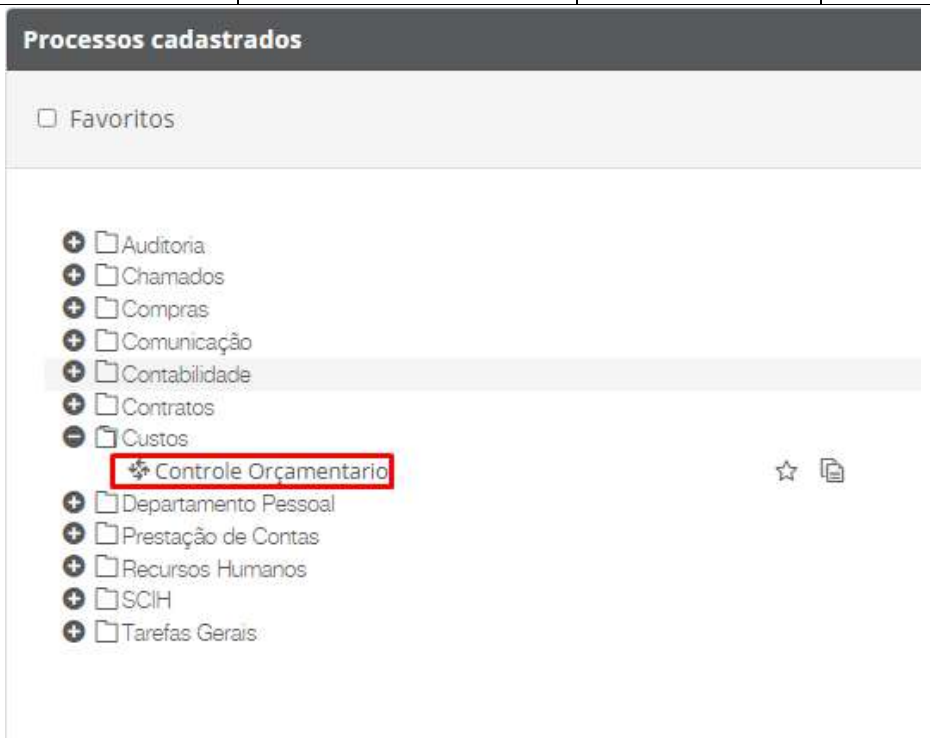
Após finalizar todos os passos anteriores, será necessário acessar o Fluig para podermos visualizar os gráficos.

Site - http://hmtjfluig.dnsalias.com:8080/portal/p/1/home

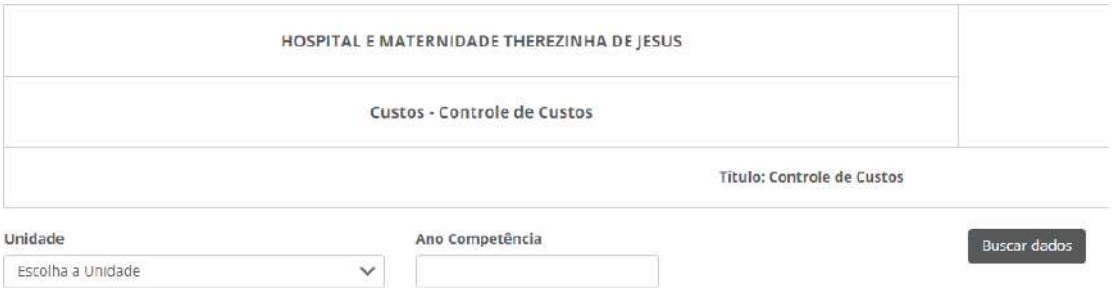
Home
Documentos
Processos
Central de Tarefas
Gerador de QR-Code


VOLTAR
Iniciar Solicitações
Consultar Solicitações
Central de Tarefas


Processos cadastrados
Favoritos
Auditoria
Chamados
Compras
Comunicação
Contabilidade
Contratos
Custos
Departamento Pessoal
Prestação de Contas
Recursos Humanos
SCIH
Tarefas Gerais

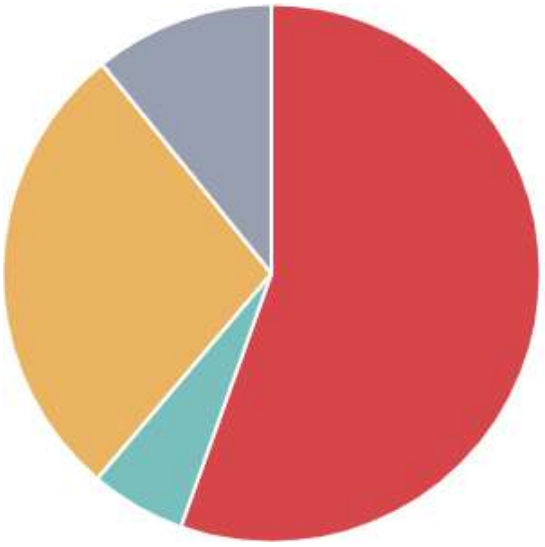


Agora será necessário escolher a filial e o ano que deseja visualizar e clicar em “Buscar dados”.

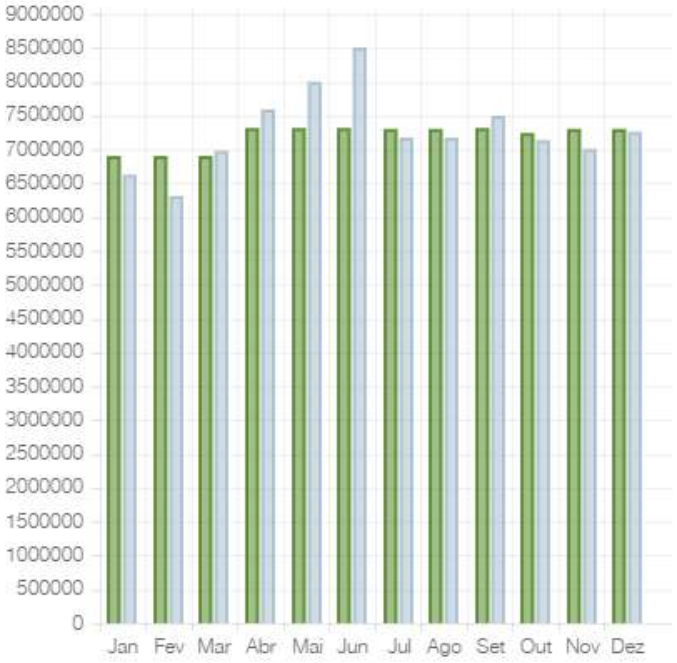


Ao selecionar filial e competência, aparecerá os gráficos de Orçado x Realizado Acumulado no período, acumulado por grupo e Orçado x Realizado por mês no Fluig.

Orçado x Realizado Acumulado	
Orçado Acumulado	86.439.001,98
Realizado Acumulado	87.280.258,09
Base Zero	67.454.505,46



Grupos	
Pessoal	48.411.563,85
Materiais	24.407.511,85
Gerais	9.454.210,09
Indiretos	5.006.972,3



Orçado x Realizado por Mes		
Mes	Orçado	Realizado
Janeiro	6.902.174,92	6.626.591,07
Fevereiro	6.902.521,26	6.309.473,92
Marco	6.902.348,22	6.984.646,79
Abril	7.318.516,7	7.593.733,73
Maio	7.318.516,7	8.004.121,26
Junho	7.318.042,44	8.508.543,55
Julho	7.302.943,39	7.174.505,76
Agosto	7.305.517,27	7.177.916,64
Setembro	7.317.915,67	7.493.889,42
Outubro	7.240.439,11	7.137.728,17
Novembro	7.304.916,24	7.007.470,64
Dezembro	7.305.150,06	7.261.637,14

IV. Siglas e Definições

N/A

V. Anexos

N/A

VI. Referências

N/A

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES DA AUDITORIA

I. Objetivos

Este documento tem por objetivo instruir o viajante acerca do preenchimento do relatório de solicitação de adiantamento de viagens no Fluig.

II. Materiais

Computador ou smartphone.

III. Abrangência

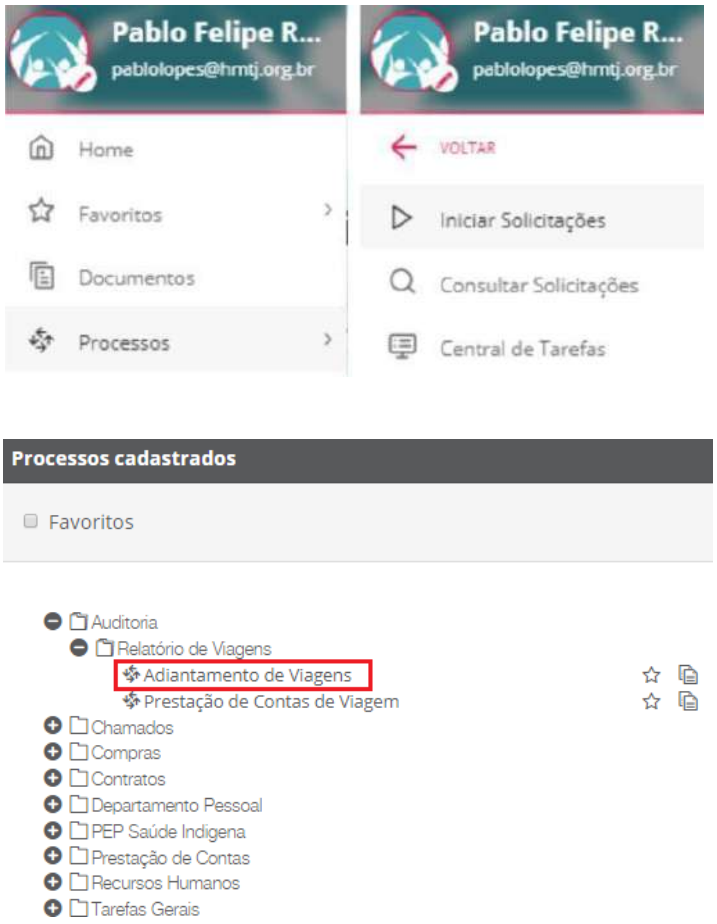
Todos os colaboradores que realizarem viagens pela empresa.

IV. Descrição dos passos da atividade

O prazo para solicitação de adiantamento de viagem é de, no mínimo, 05 (cinco) dias úteis anteriores à data da viagem. Tal prazo não é obrigatório, mas é necessário para que todas as aprovações sejam efetuadas no Fluig. Solicitações fora deste prazo podem ser realizadas, ficando o viajante ciente do risco de não receber o adiantamento antes do início da viagem.

Nos casos em que a viagem for imprevista ou prevista com prazo menor do que o mínimo estabelecido acima, a Auditoria Interna dará prioridade à análise e liberação do adiantamento, desde que o viajante entre em contato por e-mail justificando a necessidade de prioridade e o motivo por não ter feito a solicitação em tempo hábil.
O formulário de adiantamento de viagens tem por objetivo o adiantamento de valores para a realização de viagens às unidades, em atenção às demandas exigidas pela instituição.

Para solicitar o adiantamento, acessar o ***Fluig*** → ***Processos*** → ***Iniciar Solicitações*** → ***Auditoria Interna*** → ***Relatório de Viagens*** → ***Adiantamento de Viagens.***



Os campos do formulário deverão ser preenchidos conforme modelo em imagem 1:

IMAGEM 1

Ao preencher, o solicitante deverá atentar-se a algumas observações:

- Conferir dados bancários (se houver divergência, contatar o setor de Auditoria Interna);
- Selecionar período inicial e final de viagem, bem como as cidades de origem e destino;

- Selecionar unidade de destino (ex: Hospital de Clínicas Sul)*****;
- Selecionar motivo de viagem e valor estimado para gastos.
- Descrever o resumo da viagem em campo destacado. Ao final, clicar em ENVIAR.

*****OBS:*** *Em caso de viagem para mais de uma unidade (ex: Upa Nova Serrana e Upa Betim), as solicitações de adiantamento deverão ser feitas em formulários separados.*

OBSERVAÇÕES:

- O prazo para solicitação de adiantamento de viagem é de, no mínimo, 05 (cinco) dias úteis anteriores à data da viagem;
- Não está inclusa hospedagem com faturamento direto;
- O valor referente à diária de alimentação é de R$ 45,00, não sendo necessária a apresentação de cupom ou nota fiscal.
- Em casos específicos de trabalho fora das unidade, a diária de alimentação passa a ser de R$ 90,00.
- Nas viagens superiores a 04 (quatro) horas de deslocamento, a diária de alimentação nos dias de início e retorno de viagem serão de R$ 90,00.
- O reembolso dos gastos com carro próprio (incluindo combustível) é de R$ 0,88 por quilômetro rodado.
- O acerto de viagem é individual.
- Em casos de viagem a mais de uma unidade/local, as solicitações de adiantamento deverão ser feitas separadamente (inserir valor estimado para cada destino).
- As diárias de hotel só serão permitidas na mesma cidade em que houver unidade gerida pela OSS HMTJ, salvo em casos em que não houver unidade no local. Os demais casos deverão ser autorizados pela direção da OSS HMTJ.
- Em casos de não utilização do adiantamento, os valores deverão ser devolvidos ao HMTJ.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A.

I. Objetivos

Este documento tem por objetivo instruir o viajante acerca do preenchimento do relatório de solicitação de reembolso de viagens no Fluig.

II. Materiais

Computador ou smartphone;

Scanner (ou smartphone);

III. Abrangência

Todos os colaboradores que realizarem viagens pela empresa.

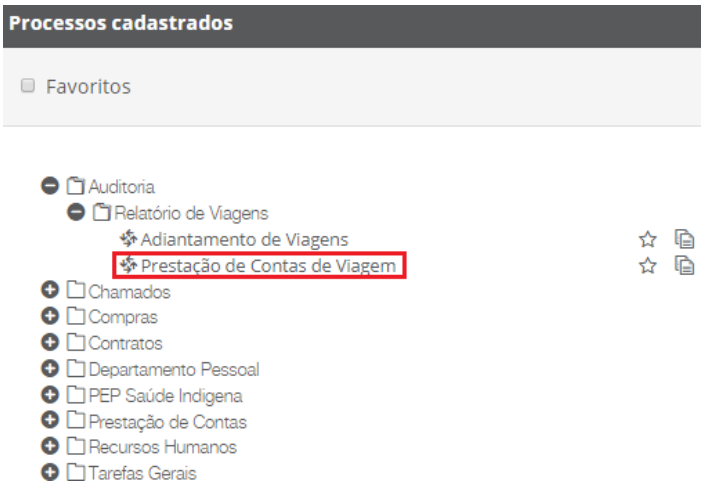
IV. Descrição dos passos da atividade

O prazo para prestação de contas de viagem é de 02 (dois) dias úteis, contados após data de retorno de viagem. Vencido o prazo mencionado, o reembolso não será autorizado.

Ex: Se o retorno de viagem ocorrer em 02/01/2020, o prazo para prestação de contas será até 04/01/2020.

O formulário de solicitação de reembolso de viagens tem por objetivo a prestação de contas das atividades desenvolvidas em viagem, bem como a prestação de contas de valores gastos com alimentação, hospedagem, transporte, etc.

Para solicitar o adiantamento, acessar o ***Fluig*** → ***Processos*** → ***Iniciar Solicitações*** → ***Auditoria Interna*** → ***Relatório de Viagens*** → ***Prestação de Contas de Viagens.***



Os campos do formulário deverão ser preenchidos conforme modelo em imagem 1:

IMAGEM 1

De acordo com o motivo de viagem, o Fluig solicitará algumas informações necessárias para a prestação de contas, conforme imagem 2. Os motivos são:

- **OBJETIVOS:** informar objetivos gerais da viagem;
- **MOTIVOS/JUSTIFICATIVAS:** descrever justificativas ou fatos que motivaram a necessidade da viagem;
- **LOCAL:** informar local onde as ações propostas serão aplicadas;
- **RESPONSÁVEIS:** informar partes envolvidas/responsáveis pelas ações e pelo controle;
- **PLANO DE AÇÃO:** descrever quais medidas foram tomadas para resolução das questões;
- **TEMPO:** descrever tempo necessário para aplicação e/ou monitoramento das ações propostas;
- **GASTOS:** Descrever estimativa de gastos ou investimentos, se necessários, para realização das ações.

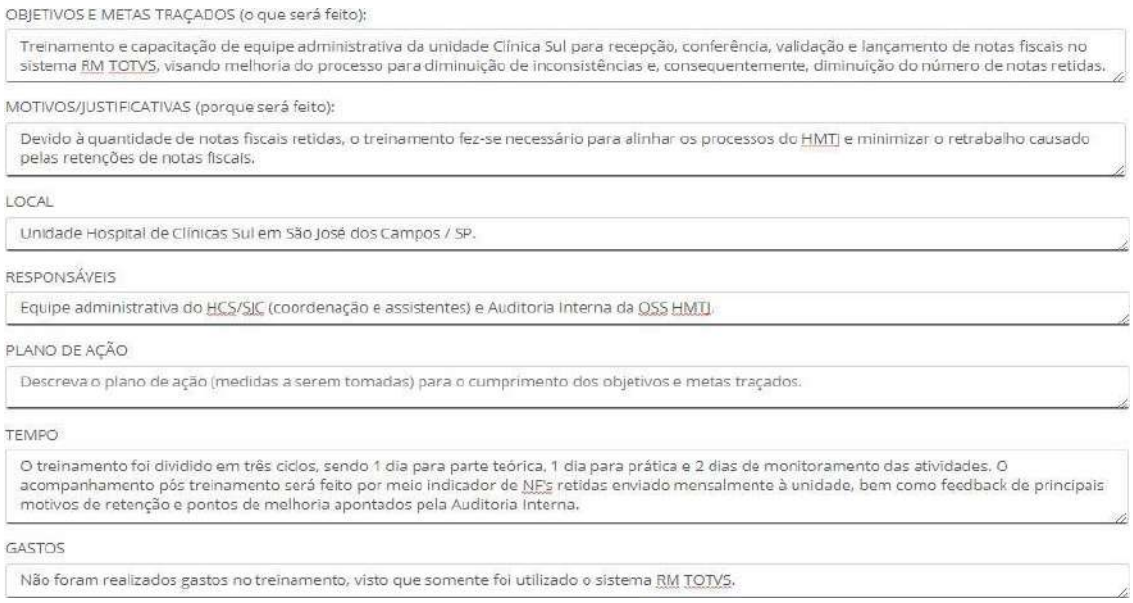


IMAGEM 2

IMPORTANTE: O preenchimento dos campos solicitados é obrigatório e a descrição das informações de prestação de contas da viagem serão analisadas. Informações insuficientes, incompletas ou inconsistentes serão passíveis de negativa, devendo o viajante detalhar melhor as atividades desenvolvidas. Vale ressaltar que a descrição das atividades desenvolvidas em viagem é de extrema importância para prestação de contas e tem por objetivo deixar clara a motivação da viagem junto aos nossos contratantes (SMS, SES, etc.), com o intuito de tornar o mais transparente possível.

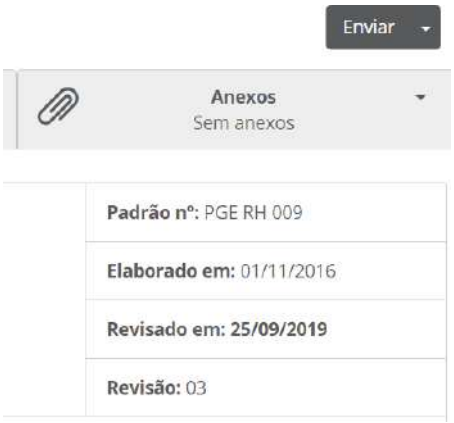
Por fim, deverão ser apontadas todas as despesas de viagem, conforme imagem 3:

IMAGEM 3

OBS: Se houver adiantamento desta viagem, o Fluig irá vincular automaticamente ao reembolso de viagem. Por isso, em caso de viagem para mais de uma unidade, é de extrema importância que os adiantamentos e reembolsos sejam feitos separadamente.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser anexados na solicitação do Fluig e serão conferidos pela Auditoria Interna. Em caso de divergências, a Auditoria irá devolver a solicitação ao viajante para correções.

Os comprovantes fiscais deverão ser inseridos nos anexos do Fluig, conforme imagens abaixo:



ANEXOS NO NAVEGADOR DE COMPUTADOR

INCLUSÃO DE ANEXO PELO SMARTPHONE

OBSERVAÇÕES:

- O prazo para prestação de contas de viagem é de 02 (dois) dias úteis após retorno de viagem. Solicitações fora do prazo não serão reembolsadas;
- Não está inclusa hospedagem com faturamento direto;
- O valor referente à diária de alimentação é de R$ 45,00, não sendo necessária a apresentação de cupom ou nota fiscal.
- Em casos específicos de trabalho fora das unidades, a diária de alimentação passa a ser de R$ 90,00.
- Nas viagens superiores a 04 (quatro) horas de deslocamento, a diária de alimentação nos dias de início e retorno de viagem serão de R$ 90,00.
- A hospedagem do viajante deverá ser efetuada na mesma cidade em que a unidade gerida pela OSS HMTJ se encontra, salvo casos em que não houver unidade no local. Demais casos deverão ser previamente autorizados pela direção da OSS HMTJ.
- O reembolso dos gastos com carro próprio (incluindo combustível) é de R$ 0,97 (noventa e sete centavos) por quilômetro rodado.
- O acerto de viagem é individual.
- Em casos de viagem a mais de uma unidade/local, as solicitações de reembolso deverão ser feitas separadamente.

- Nos casos em que o viajante solicitou adiantamento, e houve sobra de valores, o comprovante da devolução dos valores deverá ser anexado junto à solicitação do Fluig.
- Não serão aceitos reembolsos de despesas para a mesma cidade de lotação do viajante, salvo prévia autorização da direção.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A.

I. Objetivos

Estabelecer o processo de conferência e validação das informações lançadas pelo Departamento Pessoal no sistema TOTVS.

II. Materiais

Computador;
Material de Escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

1. RECEPÇÃO DOS DOCUMENTOS:

O setor de Departamento Pessoal (DP) realiza o lançamento dos documentos a pagar dentro do sistema TOTVS, e as imagens dos documentos são anexadas no GED. Quando o processo estiver concluído, o setor de Auditoria Interna verifica se o lançamento foi realizado de forma coerente com as informações que constam no documento.

Segue abaixo os lançamentos que são realizados pelo DP:

CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS ENVIADO PELO DP.		
DOCUMENTOS	**ITENS**	**PRAZO DE ENVIO**
FOLHA DE PAGAMENTO	FOLHA ANALÍTICA	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
PENSÃO ALIMENTÍCIA	RELATÓRIO DE PENSÃO	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
IMPOSTOS	GUIAS DE RECOLHIMENTO	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
RESCISÕES	TERMO DE RESCISÃO	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
FÉRIAS	RELATÓRIO LÍQUIDO DE FÉRIAS	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
RPA	RELATÓRIO LÍQUIDO DE RPA	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
VALE TRANSPORTES	RELATÓRIO LÍQUIDO DE VALE TRANSPORTES	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
SINDICATO	RELATÓRIO LÍQUIDO DE SINDICATO	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO
VALE REFEIÇÃO	RELATÓRIO LÍQUIDO DE VALE REFEIÇÃO	2 DIAS ANTES DO VENCIMENTO

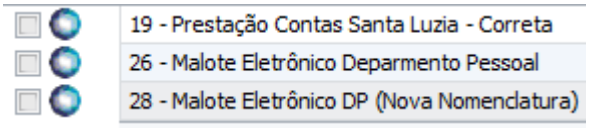
Todos os documentos deveram ser anexados no fluig, juntamente com os relatórios que demonstram de forma detalhada a composição do valor final. A Folha de Pagamento, férias, 13º salário e as rescisões, deveram apresentar o arquivo "txt".

2. CONFERÊNCIA:

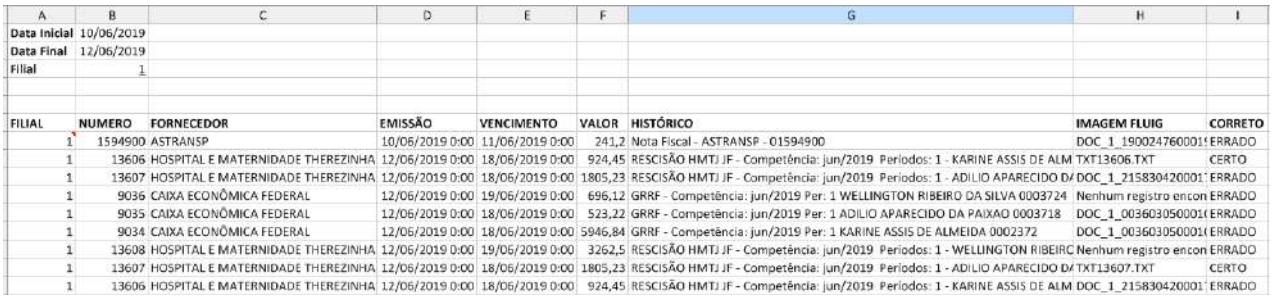
Todos os dias os colaboradores do setor de Auditoria Interna acessam o relatório de lançamentos do DP, onde são demonstrados todos os lançamentos realizados pelo setor de DP. A busca é realizada através do seguinte caminho: BackOffice – Gestão Financeira – Gestão – Planilha Net – Todos – Malote Eletrônico DP (Nova Nomenclatura) (vide figura 1, 2 e 3).

Após seguir todos os passos o colaborador deve informar a data dos lançamentos procurados (início e fim), sendo sempre dois dias antes da data atual (exceto se o dia for segunda-feira, onde deverá ser considerado quatro dias antes). Seguindo estes passos visualizará todos os lançamentos realizados pelo DP para pagamento. Cada lançamento deve ser analisado com suas devidas particularidades.

(Figura 1)



(Figura 2)



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Data Inicial	10/06/2019							
2	Data Final	12/06/2019							
3	Filial	1							
4									
5									
6	FILIAL	NUMERO	FORNECEDOR	EMISSÃO	VENCIMENTO	VALOR	HISTÓRICO	IMAGEM FLUIG	CORRETO
7	1	1594900	ASTRANSP	10/06/2019 0:00	11/06/2019 0:00	241,2	Nota Fiscal - ASTRANSP - 01594900	DOC_1_190024760001	ERRADO
8	1	13606	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA	12/06/2019 0:00	18/06/2019 0:00	924,45	RESCISÃO HMTJ JF - Competência: jun/2019 Períodos: 1 - KARINE ASSIS DE ALM	TXT13606.TXT	CERTO
9	1	13607	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA	12/06/2019 0:00	18/06/2019 0:00	1805,23	RESCISÃO HMTJ JF - Competência: jun/2019 Períodos: 1 - ADILIO APARECIDO DA	DOC_1_215830420001	ERRADO
10	1	9036	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	12/06/2019 0:00	19/06/2019 0:00	696,12	GRRF - Competência: jun/2019 Per: 1 WELLINGTON RIBEIRO DA SILVA 0003724	Nenhum registro encon	ERRADO
11	1	9035	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	12/06/2019 0:00	18/06/2019 0:00	523,22	GRRF - Competência: jun/2019 Per: 1 ADILIO APARECIDO DA PAIXAO 0003718	DOC_1_003603050001	ERRADO
12	1	9034	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	12/06/2019 0:00	18/06/2019 0:00	5946,84	GRRF - Competência: jun/2019 Per: 1 KARINE ASSIS DE ALMEIDA 0002372	DOC_1_003603050001	ERRADO
13	1	13608	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA	12/06/2019 0:00	19/06/2019 0:00	3262,5	RESCISÃO HMTJ JF - Competência: jun/2019 Períodos: 1 - WELLINGTON RIBEIRO	Nenhum registro encon	ERRADO
14	1	13607	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA	12/06/2019 0:00	18/06/2019 0:00	1805,23	RESCISÃO HMTJ JF - Competência: jun/2019 Períodos: 1 - ADILIO APARECIDO DA	TXT13607.TXT	CERTO
15	1	13606	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA	12/06/2019 0:00	18/06/2019 0:00	924,45	RESCISÃO HMTJ JF - Competência: jun/2019 Períodos: 1 - KARINE ASSIS DE ALM	DOC_1_215830420001	ERRADO

(Figura 3)

FÉRIAS: Folha analítica é o demonstrativo de pagamento de cada colaborador com os seus devidos descontos, impostos e direitos, e apresenta todos os resumos em sua última página. O setor de Auditoria Interna deverá conferir se o valor do TXT está igual ao valor do relatório, deve verificar a data de vencimento, e o valor cadastrado no sistema. No sistema vai constar nome HMTJ matriz, com o plano orçamentário 01.01.03.001.

FOLHA DE PAGAMENTO: Folha analítica é o demonstrativo de pagamento de cada colaborador com os seus devidos descontos, impostos e direitos, e apresenta todos os resumos em sua última página. No relatório do líquido salarial, é apresentado o valor líquido recebido por cada colaborador e descreve a conta a ser depositada o pagamento. O arquivo TXT, para realização da sua conferência, usa o valor líquido descrito na folha analítica subtrai pelo liquido de rescisão que vem descrito na última página da folha analítica e confere com valor do TXT, caso estes valores não estejam iguais, o setor de DP deve ser notificado, e o mesmo deverá justificar o motivo de tal anomalia. LANÇAMENTO NO SISTEMA: vai estar como HMTJ + nome da filial e CNPJ da filial, conferir vencimento e valor se confere com TXT. Histórico vai estar como líquido salarial, nome da unidade e competência. Deve conferir o plano orçamentário que é 01.01.01.001 - FOLHA NORMAL.

PENSÃO ALIMENTÍCIA: Consta o relatório de pensão, que descreve o valor a ser descontado do colaborador, o dados do pensionista, o dependente e a conta para depósito. Conferência: No sistema apresenta o nome do pensionista, CPF do mesmo e o plano orçamentário 01.04.99.001 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL, histórico “pensão alimentícia” e sua competência (o CPF do pensionista fica anexado também à folha de pagamento).

RESCISÃO: Deve conferir o TXT com a rescisão e o nome do colaborador. O valor total discriminado deve ser o mesmo em ambos, deve conferir a data de pagamento e os dados bancários descritos no TXT.

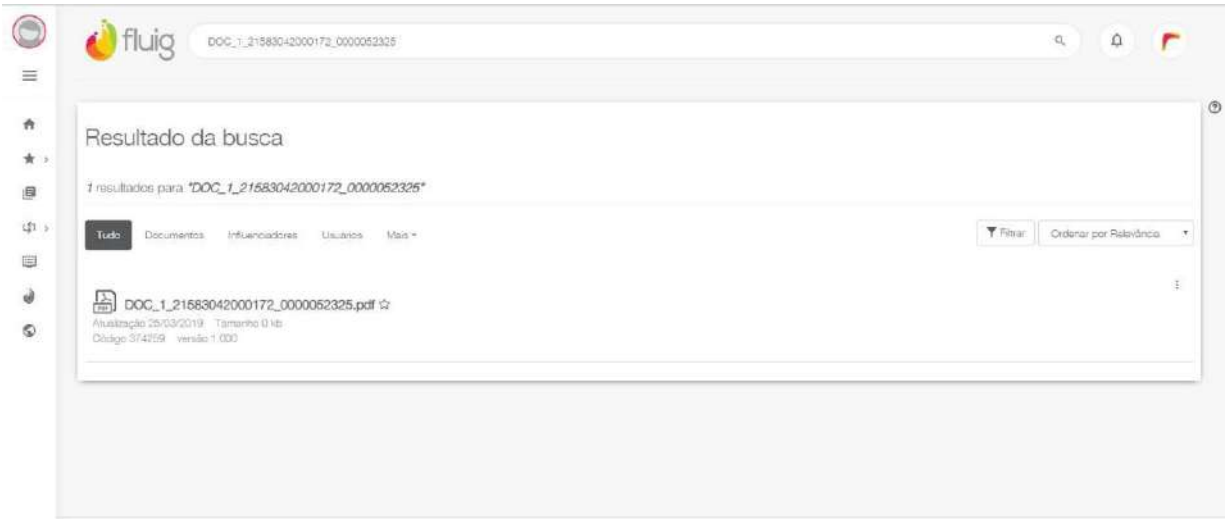
GRRF: Em caso de despedida do empregado por encerramento de contrato, demissão sem justa causa ou por acordo, deve ser lançado no sistema a GRRF. No nome do lançamento estará descrito Caixa Econômica, o CNPJ cadastrado será o da Caixa, plano orçamentário 01.03.01.001 - FGTS, histórico descrito GRRF, a competência e o nome do colaborador. Conferir se o valor da guia de GRRF é o mesmo do lançado no sistema.

VALE REFEIÇÃO: Deve conferir o valor da guia e o relatório descritivo se guardam identidade entre si, conferir vencimento, CNPJ, valor, data de emissão, plano orçamentário 01.02.04.001, histórico Nota Fiscal Companhia Brasileira de Soluções e Serviços, conferir número do documento.

VALE TRANSPORTE: Deve conferir se o número do documento é igual ao número da ordem, na conferência deve-se atentar ao CNPJ da unidade, endereço, data de emissão e o valor. O vencimento deve ser adotado o que está no lançamento, o plano orçamentário que deve ser utilizado é 01.02.01.001 – VALE TRANSPORTE.

SINDICATO: Conferência, no sistema vai apresentar o nome do sindicato, conferir valor do relatório sindical com o valor de lançamento no sistema e seu vencimento.
Em caso de divergência de algum destes documentos, será comunicado o responsável para as devidas correções, considerando os critérios já mencionados, inclusive prazos para pagamento. Todos estes itens devem ser corrigidos com a máxima urgência.

As imagens são visualizadas através do FLUIG no seguinte link: http://hmtjfluig.dnsalias.com:8080/, conforme figura 4. Realiza-se a pesquisa com a nomenclatura inserida no GED como exemplo: DOC_1_21583042000172_0000052325, onde DOC é abreviatura de Documento, 1 corresponde o número da filial, já a próxima sequência de números corresponde ao CNPJ/CPF do fornecedor a pagar, e por último o número do documento.



(Figura 4)

Para conferência dos documentos/lançamentos realizados pelo DP conforme supracitados, deverão ser considerados os seguintes aspectos:

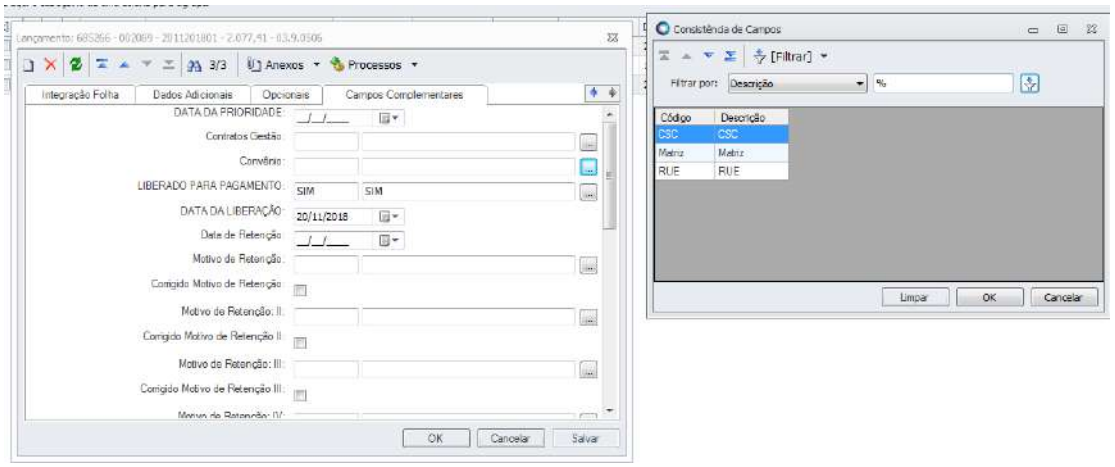
- **Prazo de envio:** mínimo de 02 dias úteis de antecedência a data de vencimento;
- **Lançamentos no sistema:** filial, data de previsão de baixa, data de vencimento, forma de pagamento, plano orçamentário e valores, bruto e líquido.
- **Arquivos de Pagamento "txt":** Filial, CNPJ, conta de débito, valor total do arquivo e vencimento.

3. VALIDAÇÃO:

Não havendo divergências nos lançamentos e nos documentos enviados, o lançamento deve ser liberado para pagamento através do "CAMPO COMPLEMENTAR" dando dois clicks no campo "LIBERADO PARA PAGAMENTO:" preencher com "SIM" e preencher a data que foi realizada a liberação no segundo campo complementar Data de liberação.

No caso de documentos referentes ao Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (Matriz), além de realizar a liberação do documento para pagamento, deve-se selecionar o campo convênio que a despesa pertence: CSC, Matriz ou RUE.

- CSC: Despesas relacionadas a sede administrativa (Central de Serviços Compartilhados);
- Matriz: Despesas relacionadas ao Hospital Maternidade Therezinha de Jesus;
- RUE: Despesas referentes a serviços executados no pronto atendimento (REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA).



IV. Siglas e Definições

CNPJ - Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica;
CPF - Cadastro de Pessoas Física;
DP – Departamento de Pessoal;
FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço;
GED - Gerenciamento Eletrônico de Documentos;
GPS - Guia da Previdência Social;
GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS.
HMTJ – Hospital Maternidade Therezinha de Jesus;
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social;
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte;
PIS - Programa de Integração Social;
RPA - Recibo de Pagamento a Autônomo;
TXT – Arquivo texto utilizado para pagamento.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronização do processo de validação de documentos a pagar via malote eletrônico.

II. Materiais

- Computador;
- Documentos Fiscais;
- Material de Escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

É de inteira responsabilidade do setor de Auditoria Interna a conferência, validação e controle das não conformidades dos documentos recebidos e enviados pelas unidades de saúde geridas pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

1. RECEPÇÃO DOS DOCUMENTOS:

O recebimento dos documentos a pagar das unidades geridas pelo HMTJ são realizados exclusivamente através da capa de malote (vide imagem 1), que é enviada por e-mail para o colaborador responsável pela conferência de cada filial. A mesma deve ser enviada duas vezes por semana para as unidades localizadas fora de Juiz de Fora (segunda e quarta-feira ou terça e quinta-feira) e três vezes por semana para as unidades de Juiz de Fora (segunda, quarta e quinta-feira).

As capas dos malotes deverão ser encaminhadas aos e-mails auditoria.01@hmtj.org.br, auditoria.02@hmtj.org.br ou auditoria.03@hmtj.org.br, de acordo com o responsável por cada unidade. Na capa de malote deve ser verificado o preenchimento dos campos indicados para notas fiscais de produtos e serviços, discriminando: fornecedor, número do documento, data de emissão, valor da nota fiscal, data de vencimento e nomenclatura da imagem no FLUIG.

As imagens deverão ser anexadas no FLUIG, contendo todos os anexos que comprovem as despesas. As notas de serviço deverão ser anexadas junto com o relatório descritivo dos serviços prestados, que demonstrem os valores e descrição dos serviços prestados. Notas de produtos com descrição de produtos entregues, todas deverão estar atestadas pelo coordenador da unidade.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

HMTJ

Título: Capa do Malote (Nova Nomenclatura) **Título:** SHL22032019 Data: 21/03/2019

TIPO DE NOTA	FORNECEDOR	NOTA FISCAL	EMISSAO	VALOR	VENCIMENTO
POSSUI IMAGEM	NOMENCLATURA	NOMENCLATURA CORRETA			STATUS
1 NF DE PRODUTO	FLAIRE ATACADISTA LTDA	00298375	14/03/2019	552,00	14/03/2019
IMAGEM	DOC_1_04109169000135_00298375.pdf	DOC_1_04109169000135_00298375.PDF			CERTO

Tipo de Movimento		Valor
Total do Movimento:	1.2.01	552,00
Total do Malote:		552,00

Imagem 1

Documentos Fiscais são os documentos referentes à prestação de serviços de terceiros e/ou material.

Relatórios de Controle: No caso dos materiais recebidos, a própria nota fiscal indica a conformidade da cobrança, acompanhada da ordem de compra e os orçamentos que deverão estar anexados ao documento fiscal. Já os serviços prestados por terceiros, demandam controles adicionais, podendo ser o controle de ponto (escala médica, quando aplicável), ordens de serviços, controle de demanda, medições e outros documentos que comprovem a prestação do serviço executado.

2. CONFERÊNCIA:

A conferência dos documentos/lançamentos deve considerar:

CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS ENVIADOS NA CAPA DO MALOTE NOTAS DE PRODUTO	
ONDE CONFERIR	**O QUE CONFERIR**
NOTA FISCAL	NOME FILIAL
NOTA FISCAL	ENDEREÇO FILIAL
NOTA FISCAL	CNPJ FILIAL
NOTA FISCAL	DATA DE EMISSÃO
NOTA FISCAL	NOME FORNECEDOR
NOTA FISCAL	CNPJ FORNECEDOR
NOTA FISCAL	QUANTITATIVO DOS ITENS COM O VALOR
NOTA FISCAL	ATESTE COORDENADOR RESPONSÁVEL
NOTA FISCAL	ORDEM DE COMPRA
NOTA FISCAL	COTAÇÕES ANEXADAS AS ORDENS DE COMPRA
SISTEMA	FILIAL

SISTEMA	NÚMERO DO DOCUMENTO
SISTEMA	PLANO ORÇAMENTÁRIO
SISTEMA	CENTRO DE CUSTOS
SISTEMA	VALOR LANÇAMENTO COM NOTA FISCAL
SISTEMA	CNPJ FORNECEDOR
SISTEMA	COMPETÊNCIA (LANÇAMENTO ATÉ O DIA 5 DO MÊS SUBSEQUENTE A EMISSÃO DO DOCUMENTO)
SISTEMA	QUANTITATIVO DOS ITENS DESCRITOS NA NF DEVERÃO SER OS MESMOS LANÇADOS NO SISTEMA.
SISTEMA	DATA DE VENCIMENTO
SISTEMA	DATA PREVISÃO DE BAIXA
SISTEMA	NOMENCLATURA DA IMAGEM

CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS ENVIADOS NA CAPA DO MALOTE NOTAS DE SERVIÇO	
ONDE CONFERIR	**O QUE CONFERIR**
NOTA FISCAL	NOME FILIAL
NOTA FISCAL	ENDEREÇO FILIAL
NOTA FISCAL	CNPJ FILIAL
NOTA FISCAL	DATA DE EMISSÃO
NOTA FISCAL	NOME FORNECEDOR
NOTA FISCAL	CNPJ FORNECEDOR
NOTA FISCAL	QUANTITATIVO DOS SERVIÇOS COM O VALOR
NOTA FISCAL	ATESTE COORDENADOR RESPONSÁVEL
NOTA FISCAL	MEDIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS CONFORME CONTRATO
NOTA FISCAL	COMPROVANTES DOS ENCARGOS PAGOS, DOS COLABORADORES QUE PRESTAM SERVIÇO NA UNIDADE
NOTA FISCAL	COLETA DE RESÍDUOS, ANEXO MANIFESTO ON-LINE DE DESCARTE DE RESÍDUOS HOSPITALARES
SISTEMA	FILIAL
SISTEMA	NÚMERO DO DOCUMENTO
SISTEMA	PLANO ORÇAMENTÁRIO
SISTEMA	CENTRO DE CUSTOS
SISTEMA	VALOR LANÇAMENTO COM NOTA FISCAL
SISTEMA	CNPJ FORNECEDOR
SISTEMA	COMPETÊNCIA (LANÇAMENTO ATÉ O DIA 5 DO MÊS SUBSEQUENTE A EMISSÃO DO DOCUMENTO)
SISTEMA	QUANTITATIVO DOS ITENS DESCRITOS NA NF DEVERÃO SER OS MESMOS LANÇADOS NO SISTEMA.
SISTEMA	DATA DE VENCIMENTO
SISTEMA	DATA PREVISÃO DE BAIXA
SISTEMA	NOMENCLATURA DA IMAGEM

Prazos de envio: Toda documentação enviada para pagamento deverão atender o prazo mínimo de 04 dias úteis de antecedência ao vencimento. De forma complementar, o recebimento

de documentos fiscais de competências anteriores à corrente, somente ocorrerá até o dia 05 (cinco) de cada mês. Em casos específicos será necessária a autorização prévia da direção OSS HMTJ.

Lançamentos no sistema: No sistema deve constar o lançamento das notas fiscais, conforme descrição das mesmas, desde que estejam em conformidade com as ordens de compra, Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos – PLT HMTJ 009 para as notas fiscais de insumos e aquisição de bens, para as notas fiscais de serviço os lançamentos deverão estar em conformidade com as provisões de contratos, com os contratos de prestação de serviço e os casos esporádicos ou emergenciais deverão ter o ateste da Direção no corpo da nota fiscal.

Documentos: Na conferência dos documentos, deve-se observar a assinatura do coordenador responsável pelo controle do serviço prestado ou do material recebido; relatórios de controle devidamente assinados também pelo coordenador responsável; valores cobrados pelos produtos/serviços unitários e globais comparando com lançamento no sistema; conformidade com a solicitação (contratos de prestação de serviços, quando aplicável); CNPJ da unidade; CNPJ fornecedor; plano orçamentário; data de emissão, data de lançamento no sistema e data de vencimento.

Os documentos a pagar referentes à prestação de serviços deverão conter em anexo as medições mesmo que no contrato informe valor fixo para determinado serviço. Nestes casos deverão ser encaminhados os laudos, prescrições ou qualquer comprovação dos serviços realizados. Com exceção dos serviços de coordenação, gerência e direção, pois estes estão previstos em lei tal dispensa, salvo solicitado pela secretaria de saúde municipal ou estadual.

As notas fiscais de coleta de resíduos deverão ser encaminhadas juntamente com o manifesto on-line de descarte de resíduos hospitalares, que é o documento que informa que todos os resíduos foram descartados adequadamente.

Nas notas fiscais de serviços deverão ser conferidos os lançamentos dos impostos retidos, para verificar se foi lançado corretamente, evitando a falta de pagamento do imposto ou a cobrança indevida e verificar se o valor líquido descrito na nota é o mesmo detalhado no sistema.

Para todos os prestadores de serviços (terceirizados) que possuem mão-de-obra alocada na unidade, os mesmos no fechamento do período contratado, deverão enviar junto às notas fiscais os comprovantes de pagamento das guias de FGTS e INSS dos respectivos funcionários, com lista nominal por colaborador que facilite a conferência e comprovação dos pagamentos.

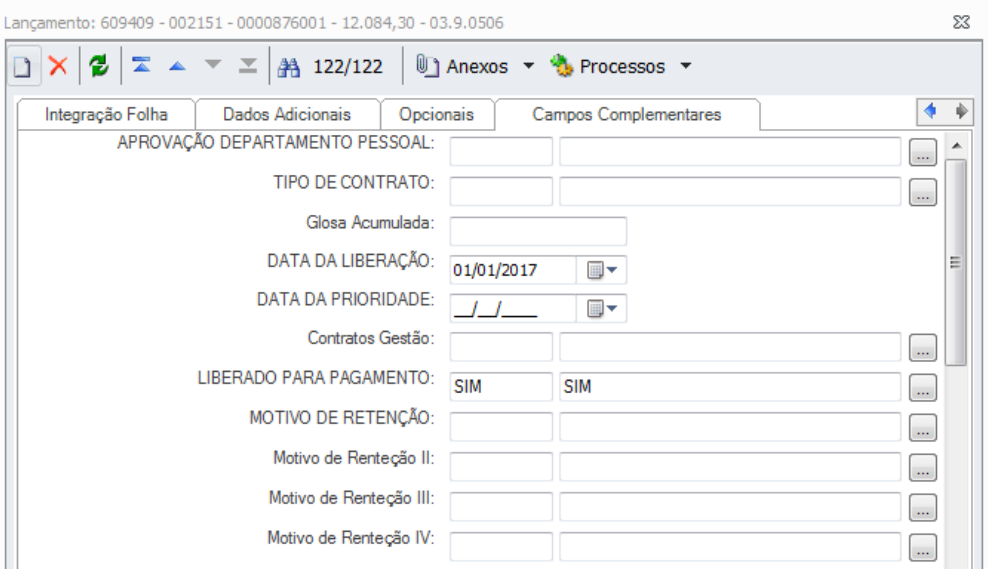
Este processo deve ocorrer devido à co-responsabilidade junto aos fornecedores no caso dos mesmos estarem em inadimplência com seus colaboradores.

A conferência do lançamento da nota fiscal deve contemplar também os produtos/itens lançados, onde os mesmos deverão ter como seu valor unitário aquele acordado e pactuado na Ordem de Compra ou no Contrato de Prestação de Serviços. Nos casos em que ocorrer diferenças de valores dos itens, por conta de arredondamentos, a nota fiscal e a Ordem de Compra podem ter uma diferença máxima de até R$ 1,00. Para os contratos variáveis, que dependem do consumo da unidade no período faturado o quantitativo consumido deve ser reflexo das medições e relatórios que se encontram em anexo à nota fiscal.

Em caso de divergência, será necessário comunicar o responsável para as devidas correções, não devendo as mesmas serem feitas pela administração da auditoria interna, ficando a nota retida aguardando a devida correção.

3. VALIDAÇÃO:

Não havendo divergências nos lançamentos e documentos enviados, deve-se liberar para pagamento através do “CAMPO COMPLEMENTAR” dando dois click’s no lançamento, no argumento “LIBERADO PARA PAGAMENTO:” preencher com “SIM” e marcar a data de liberação no segundo campo complementar Data de liberação.



IV. Siglas e Definições

HMTJ – HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS;
CNPJ - CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA;
CPF - CADASTRO DE PESSOAL FÍSICA;
OSS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronização do processo de retenção dos lançamentos para execução financeira.

II. Materiais

- Computador;
- Documentos Fiscais;
- Material de Escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

1. RETENÇÃO DAS NOTAS

Durante o procedimento de recebimento e liberação dos documentos fiscais para a execução financeira, que são enviados das unidades geridas pela OSS HMTJ e Departamento de Pessoal, ocorrem de encaminhar para o setor de auditoria interna os documentos fiscais que não atendem os critérios exigidos para liberação destes documentos para pagamento, estes devem ficar retidos até que seja realizado às devidas correções.

2. MOTIVOS MAIS COMUNS QUE GERAM RETENÇÃO DE NOTAS FISCAIS

- CNPJ CADASTRADO ERRADO: No caso do CNPJ do fornecedor cadastrado errado no sistema tem que entrar em contato com setor de contratos (NF de serviço) ou suprimento (NF de produto) para ajuste. No caso de CNPJ errado no documento, coordenação da unidade é responsável pela correção, para cobrar novo documento ao fornecedor com dados corrigidos.
- DATA DE EMISSÃO DIFERENTE NO SISTEMA EM RELAÇÃO À NOTA: Coordenação da unidade é responsável pela correção no sistema ajustando à data no sistema a data da nota ou boleto.
- DOCUMENTO VENCIDO: Documento encaminhado para sede fora do prazo mínimo estipulado (2 DIAS NOTA DE PRODUTO E 4 DIAS NOTA DE SERVIÇO). A unidade deve entra em contato com o fornecedor e solicitar a prorrogação do prazo para pagamento, caso seja um documento que não possibilite prorrogação deve-se solicitar autorização do Gerente de Controladoria para pagamento de multa e/ou juros.
- ENDEREÇO CADASTRADO ERRADO: No caso do endereço do fornecedor cadastrado errado no sistema tem que entrar em contato com setor de contratos (NF de serviço) ou suprimento (NF de produto) para ajuste. No caso do endereço do prestador ou

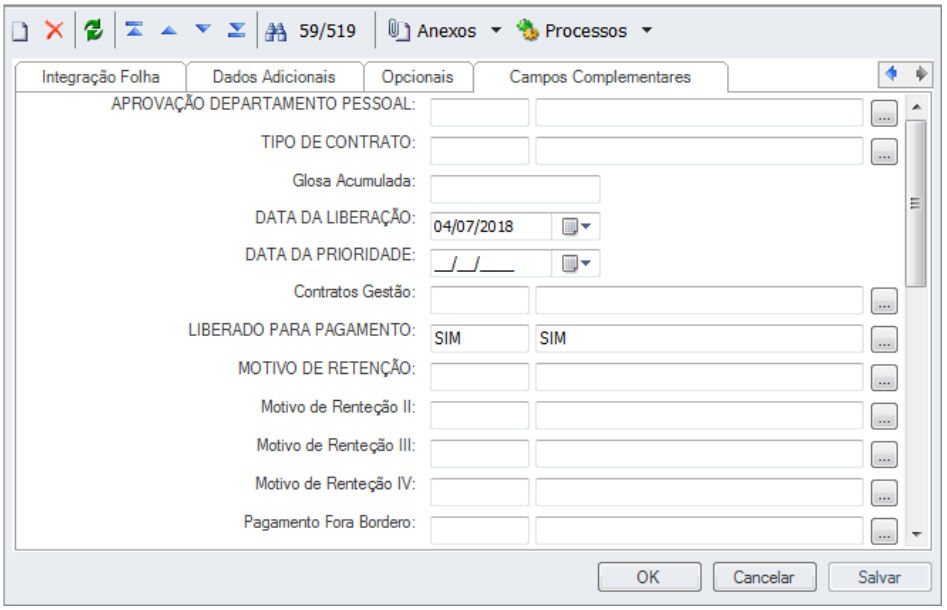
destinatário errado no documento, coordenação da unidade é responsável pela correção, para cobrar novo documento ao fornecedor com dados corrigidos.

- VALOR CADASTRADO ERRADO: Coordenação da unidade é responsável pela correção no sistema.

3. PROCEDIMENTO DE RETENÇÃO DE NOTAS

Para realizar a retenção dos lançamentos: dando dois click's no lançamento, abre a aba de "CAMPO COMPLEMENTAR" e no argumento "LIBERADO PARA PAGAMENTO:" preencher com "RETIDO". É de responsabilidade do coordenador de Auditoria Interna realizar o controle sobre as notas retidas e cobrança para correção destes documentos.

Após as correções, o responsável pelo lançamento e correção deve comunicação ao setor de Auditoria Interna. Não havendo mais divergências nos lançamentos e documentos enviados, deve-se liberar para pagamento através do "CAMPO COMPLEMENTAR" dando dois click's no lançamento, no argumento "LIBERADO PARA PAGAMENTO:" preencher com "SIM".



IV. Siglas e Definições

CNPJ: CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronização do processo de conferência de RPA - Recibo de Pagamento a Autônomo

II. Materiais

- Computador;
- Documentos Fiscais;
- Material de Escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

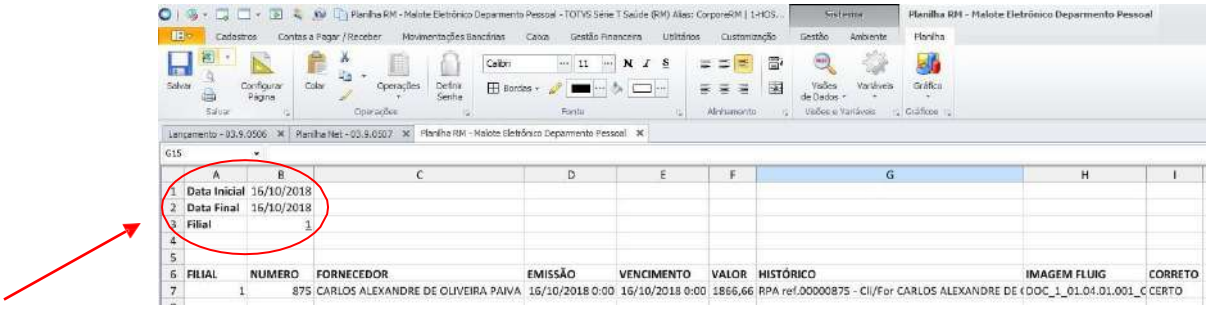
LIBERAÇÃO E CONFERÊNCIA DO RPA

Para conferência devemos encontrar os lançamentos no sistema, através do seguinte caminho: iniciar – BackOffice – Gestão financeira, no cabeçalho clica em Gestão - Planilha Net – O colaborador deverá informa a data do lançamento (dia anterior) em Data inicial - Data Final e Filial onde foi realizado o lançamento.

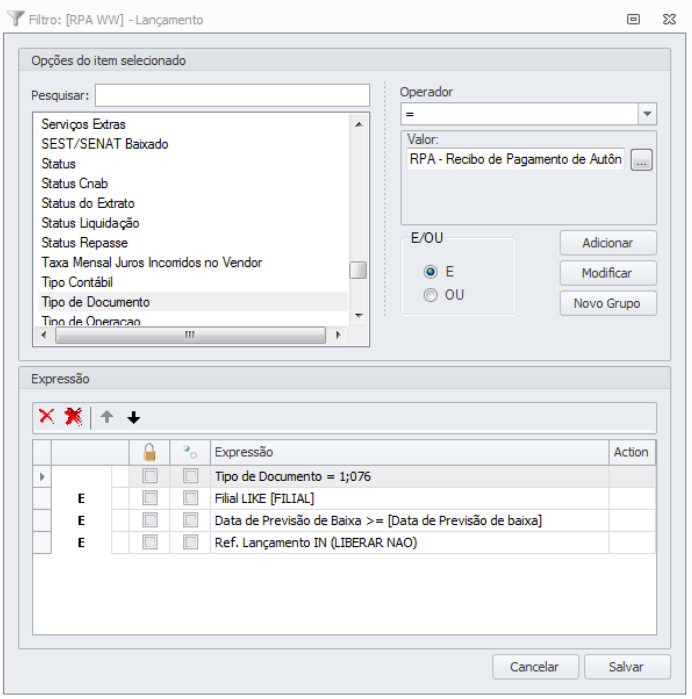
- Gestão

- Planilha Net

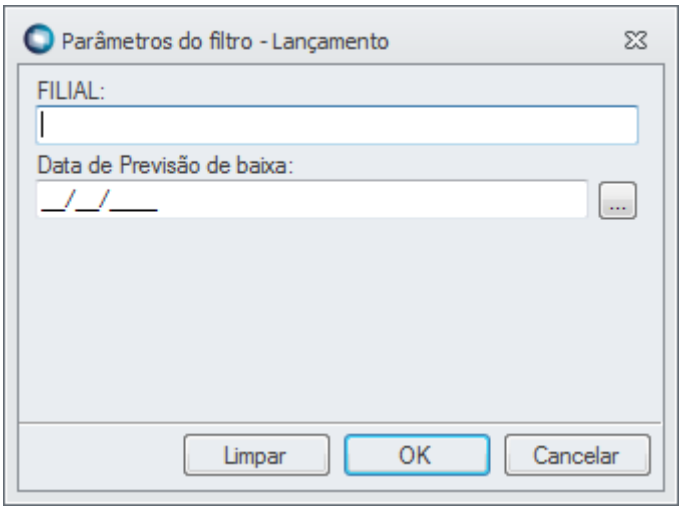
- Informar a data do lançamento Data inicial - Data Final e Filial



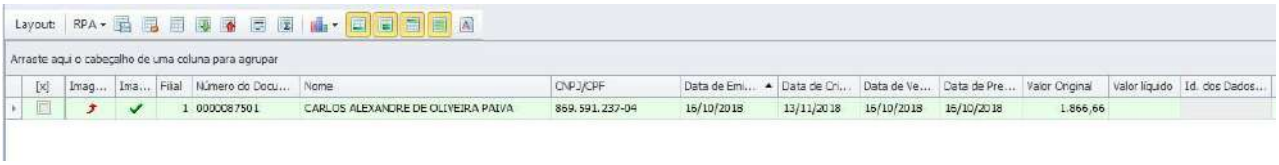
Após esse processo, executar o seguinte filtro:



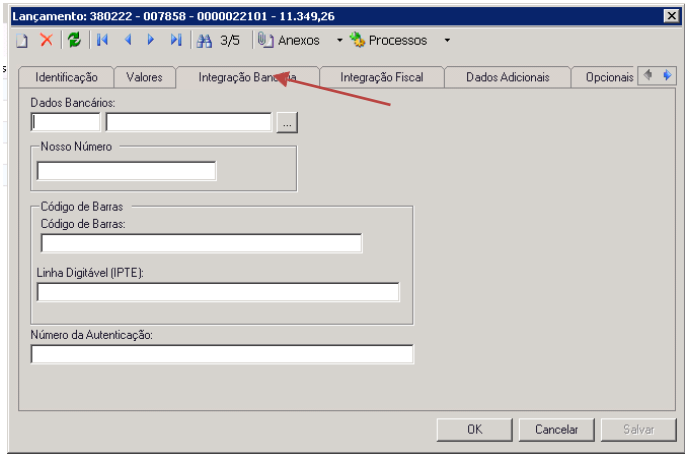
Informa a filial e a data de previsão de baixa, conforme informado na Planilha Net do DP.



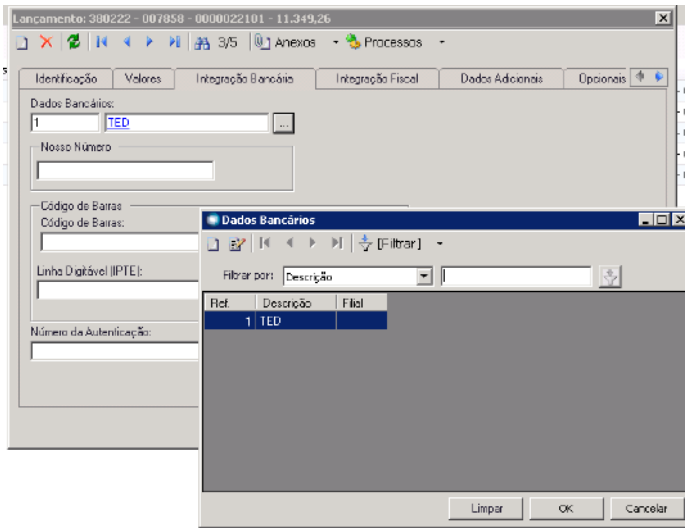
Localiza-se o lançamento:



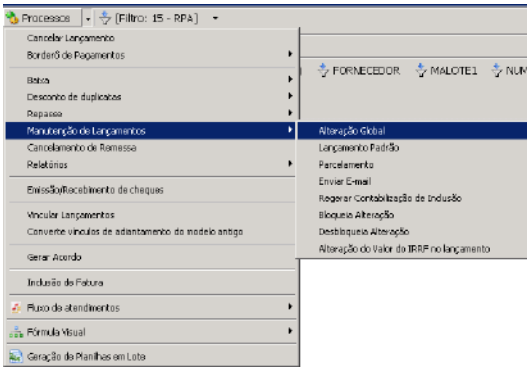
Depois desta conferencia voltamos aos lançamentos no sistema, clicamos duas vezes sobre cada lançamento, vai aparecer a janela de comando, vamos até a janela de integração bancária e dados bancários.



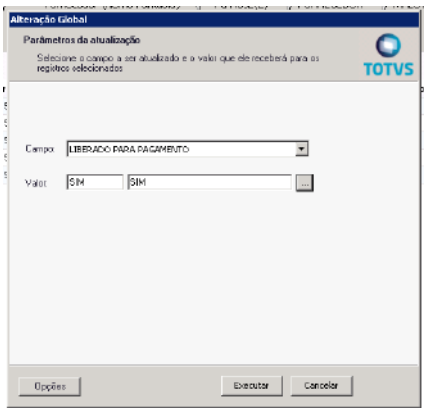
Clicamos em dados bancários e vai aparecer se este refere a um TED OU DOC. Clicar sobre esta opção e dar OK, este procedimento deve ser aplicado em cada um dos lançamentos.



Prosseguindo na liberação clicar em utilitário/integração bancária e borderô de pagamento.



Clicar na linha liberado para pagamento e colocar sim em valor e executar.



IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronização do processo de conferência do fundo fixo de caixa rotativo (caixa interno).

II. Materiais

- Computador;
- Documentos Fiscais;
- Material de Escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Recepção do fundo fixo de caixa rotativo da unidade:

O recebimento dos documentos a pagar das unidades geridas pelo HMTJ é realizado exclusivamente via sistema FLUIG, através do link http://hmtjfluig.dnsalias.com:8080/, onde ocorre a prestação de contas das despesas pagas com o fundo fixo de caixa da unidade.

As solicitações são recebidas via FLUIG (vide imagem 1)

Imagem 1

As imagens devem ser anexadas na solicitação do FLUIG, contendo todos os anexos que comprovem as despesas realizadas, com suas devidas justificativas. Todas as notas devem estar assinadas pelo coordenador da unidade.

2. Conferência caixa interno.

O caixa interno deve ser composto :

- Capa da solicitação do FLUIG, que informa o valor total a ser suprido, bem como as informações das notas fiscais (tipo de despesa, n° da nota fiscal, data da despesa, valor, se possui impostos, bem como a justificativa para a despesa);
- Documentos fiscais que comprovem as despesas realizadas (devem estar legiveis) e com comprovante de quitação.

A quitação pode ser:

- Carimbo de recebemos com **data** e **assinatura** do fornecedor/prestador;

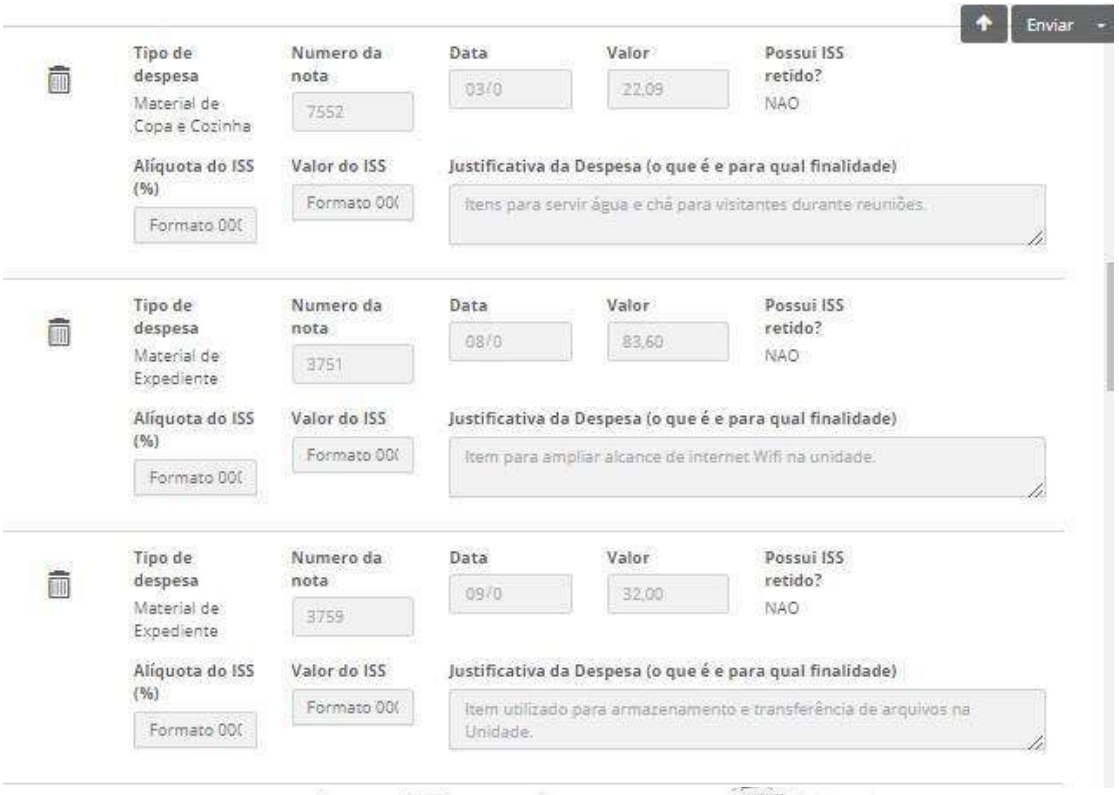
- E-mail do fornecedor/prestador confirmando a quitação;

- Recibo de cartão de debito/credito;

- Comprovante de deposito ou transferência;

- Assinatura do coordenador da unidade.

Outras formas de quitação deverão ser analisadas individualmente pela auditoria interna.


Enviar
Tipo de despesa
Material de Copa e Cozinha
Numero da nota
7552
Data
03/0
Valor
22,09
Possui ISS retido?
NAO
Alíquota do ISS (%)
Formato 00(
Valor do ISS
Formato 00(
Justificativa da Despesa (o que é e para qual finalidade)
Itens para servir água e chá para visitantes durante reuniões.
Tipo de despesa
Material de Expediente
Numero da nota
3751
Data
08/0
Valor
83,60
Possui ISS retido?
NAO
Alíquota do ISS (%)
Formato 00(
Valor do ISS
Formato 00(
Justificativa da Despesa (o que é e para qual finalidade)
Item para ampliar alcance de internet Wifi na unidade.
Tipo de despesa
Material de Expediente
Numero da nota
3759
Data
09/0
Valor
32,00
Possui ISS retido?
NAO
Alíquota do ISS (%)
Formato 00(
Valor do ISS
Formato 00(
Justificativa da Despesa (o que é e para qual finalidade)
Item utilizado para armazenamento e transferência de arquivos na Unidade.

CUPOM FISCAL
LANÇADO
CUPOM FISCAL
LANÇADO
CUPOM FISCAL
LANÇADO

Na capa de solicitação do FLUIG deve constar a autorização, respectivamente, da coordenação e direção da unidade, bem como da gerência de controladoria e diretoria financeira da OSS HMTJ.

É autorizado no maximo dois pagamentos por mês por filial e de acordo com a necessidade da unidade ao longo dos meses. Caso seja necessário mais de dois pagamentos no mesmo mês a unidade deve enviar juntamente com caixa interno a autorização da direção nível central da OSS HMTJ.

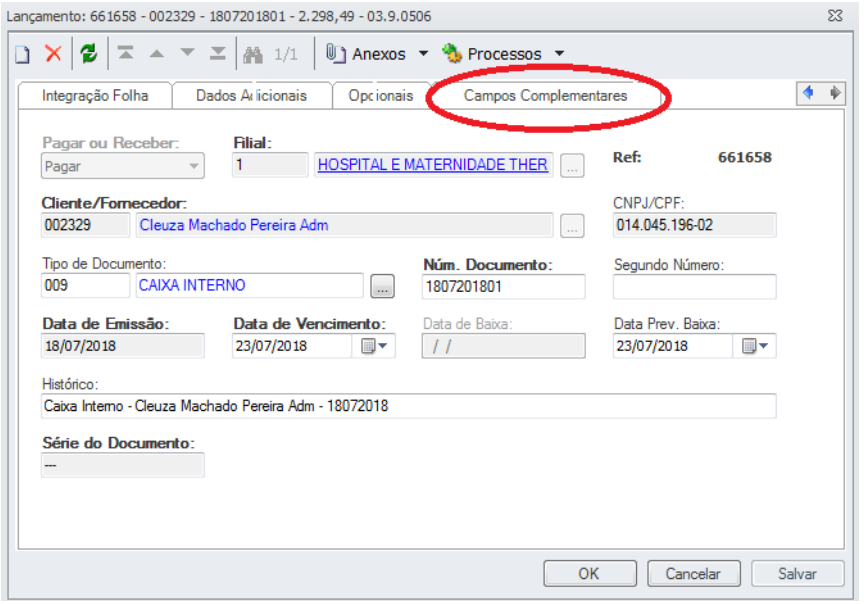
O Valor máximo para reembolso do caixa é de 100% do valor adiantado ao responsável para suprimento, sendo até R$ 3.500,00 para a Matriz HMTJ, R$ 2.000,00 para hospitais, R$ 1.500,00 para as UPA's e R$ 750,00 para as UBS.

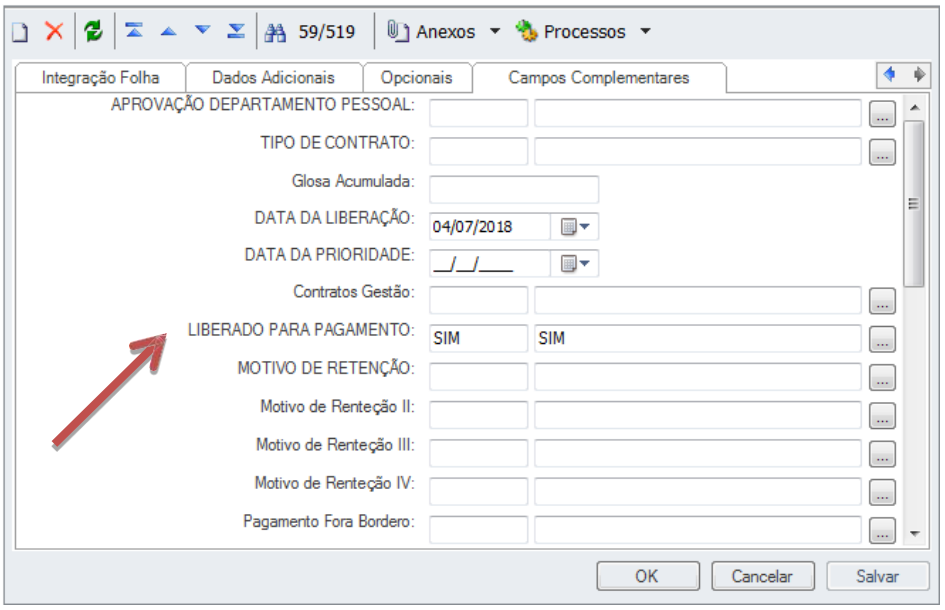
As despesas do caixa interno são separadas por grupos, conforme exemplo abaixo:

Cod. Produto	Descrição	Qtde. Original	Qtde. Receber	Preço Unitário	Cód. C. Custo	Nome C. Custo
18.001.0004	DESPESAS COM TAXAS / IMPOSTOS / CONTRIBUIÇÕES	1.0000	1.0000	450.5700000000	01.02.002.005.0007	Coordenação Administrativa
18.001.0001	DESPESAS COM CONDUÇÃO URBANA	1.0000	1.0000	111.0000000000	01.02.002.005.0007	Coordenação Administrativa
18.001.0009	DESPESAS COM DROGAS E MEDICAMENTOS	1.0000	1.0000	217.9400000000	01.02.002.005.0007	Coordenação Administrativa
18.001.0007	DESPESAS COM MATERIAL DE COPA E COZINHA	1.0000	1.0000	1119.5000000000	01.02.002.005.0007	Coordenação Administrativa
18.001.0011	DESPESAS COM MANUTENÇÃO	1.0000	1.0000	84.4800000000	01.02.002.005.0007	Coordenação Administrativa
18.001.0006	DESPESAS COM MATERIAL DE EXPEDIENTE	1.0000	1.0000	315.0000000000	01.02.002.005.0007	Coordenação Administrativa

3. Liberação para pagamento.

Não havendo divergências nos lançamentos, deve-se liberar para pagamento através do "CAMPO COMPLEMENTAR" dando dois click's no lançamento, no argumento "LIBERADO PARA PAGAMENTO:" preencher com "SIM".





IV. Siglas e Definições

SES - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronização do processo de controle dos lançamentos retidos

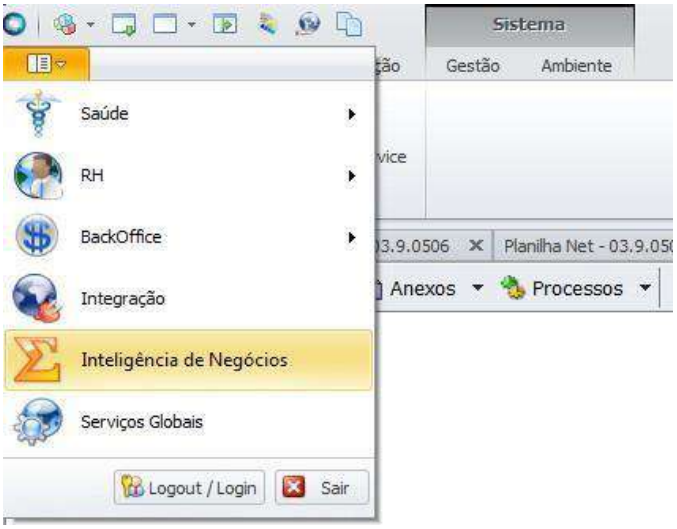
II. Materiais

- Computador;
- Documentos Fiscais;
- Material de Escritório.

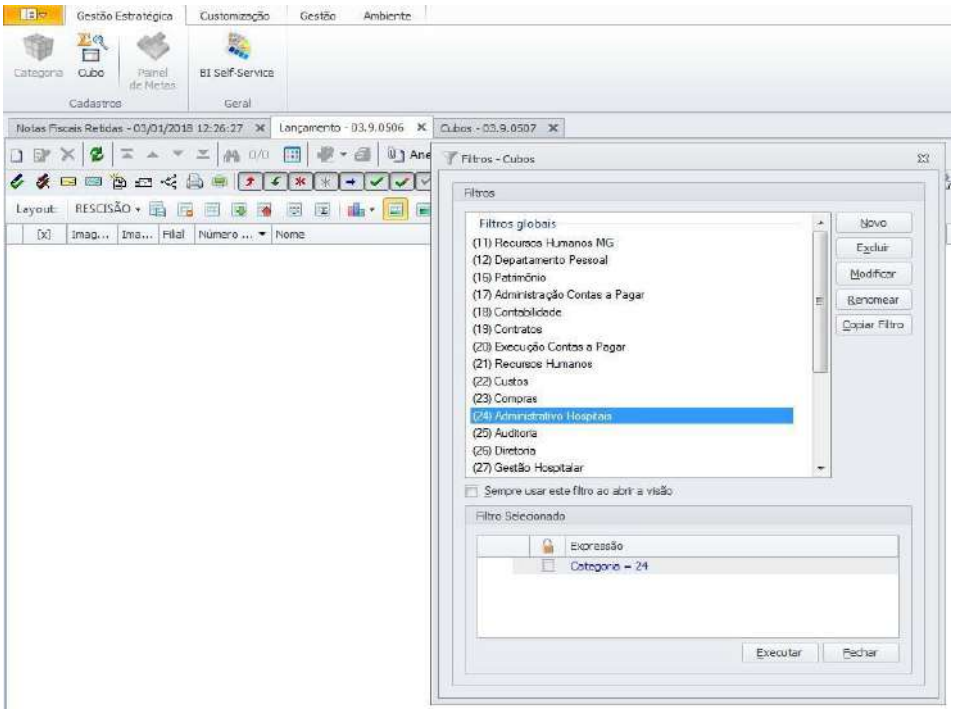
III. Descrição dos passos da atividade

O controle dos lançamentos retidos é de responsabilidade de cada unidade, e para auxiliar as mesmas foi criado esse mecanismo para um acesso fácil ao relatório que aponta as pendências de notas fiscais retidas. Para verificar o relatório deve seguir o seguinte passo.

INICIAR -> INTELIGÊNCIA DE NEGÓCIOS

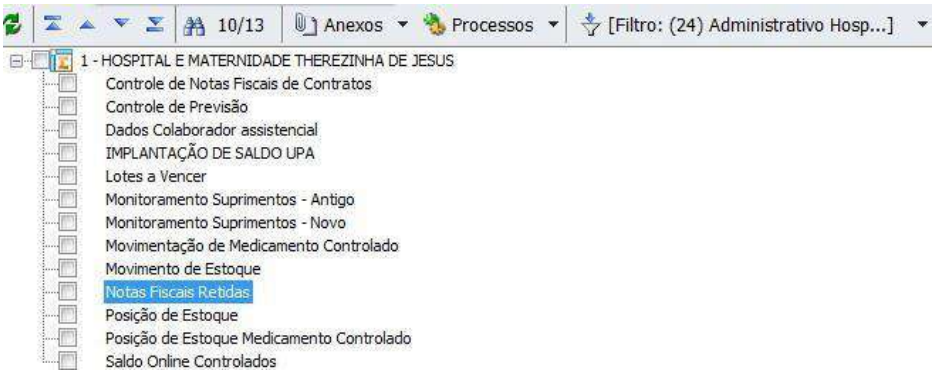


CUBOS -> ADMINISTRATIVO HOSPITAIS

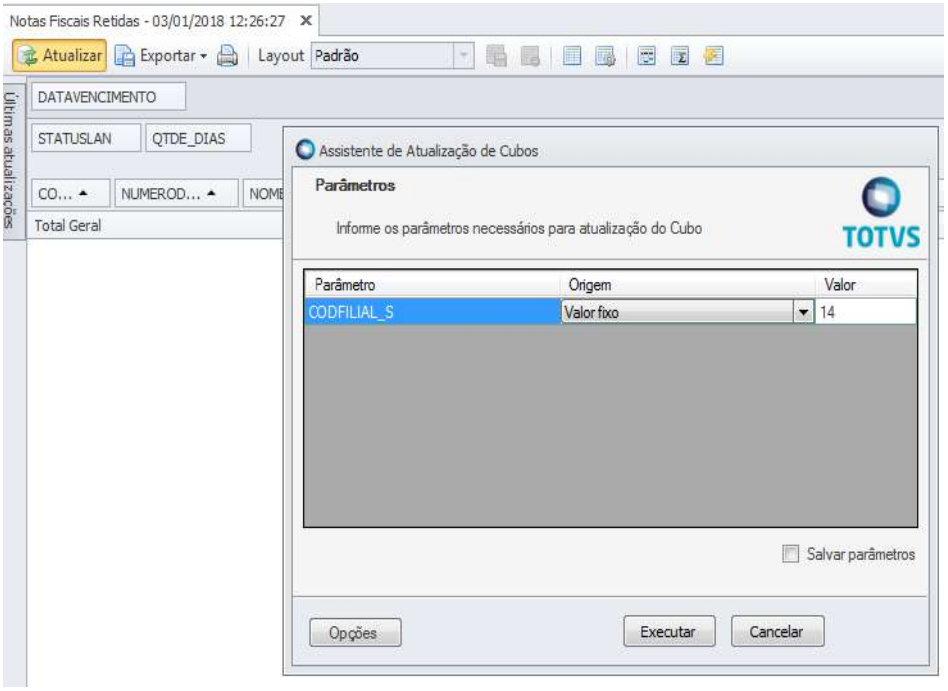


Depois seleciona cubo NOTAS FISCAIS RETIDAS ->

.



ATUALIZAR -> CODFILIA (INFORMAR FILIAL) - EXECUTAR



Deve ficar atento se uma das colunas existem algum filtro pré selecionado para não restringir algum lançamento, caso exista basta clicar sobre o icone na célula de titulo da coluna na sua parte direita, e clicar em mostrar todos as imagens.

IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Acompanhamento e Validação do Inventário Físico

II. Materiais

- Computador;
- Documentos Fiscais;
- Material de Escritório;
- Relatório de Controle dos Sistemas de Gestão de Estoque;
- Registros Contábeis;

III. Descrição dos passos da atividade

A Auditoria Interna compreende os exames, análises, avaliações, levantamentos e comprovações, metodologicamente estruturados para a avaliação da integridade, adequação, eficácia, eficiência e economicidade dos processos, dos sistemas de informações e de controles internos integrados ao ambiente, e de gerenciamento de riscos, com vista a assistir à administração da entidade no cumprimento de seus objetivos.

A atividade da Auditoria Interna está estruturada em procedimentos, com enfoque técnico, objetivo, sistemático e disciplinado, e tem por finalidade agregar valor ao resultado da organização, apresentando subsídios para o aperfeiçoamento dos processos, da gestão e dos controles internos, por meio da recomendação de soluções para as não conformidades apontadas nos relatórios.

Para garantir a correta execução do processo de inventário físico e as análises decorrentes destes, está a cargo da auditoria interna adotar os procedimentos abaixo indicados:

1. PLANEJAMENTO DO INVENTÁRIO

O planejamento do trabalho da Auditoria Interna compreende os exames preliminares das áreas, atividades, produtos e processos, para definir a amplitude e a época do trabalho a ser realizado, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela administração da entidade.

Para a avaliação do controle de estoque das unidades geridas pelo HMTJ, foi definido pela direção à execução de inventários trimestrais, passível de reavaliação para posteriores. Dessa forma, a data base para a avaliação será o último dia do mês que fecha o trimestre:

Considera-se parte integrante deste processo, as unidades hospitalares, inclusive a matriz, Unidades de Pronto Atendimento, incluindo a UPA Santa Luzia. Nestas unidades serão adotados procedimentos de contagem de todos locais de estoque (com ou sem registro no sistema de controle), que correspondem ao: almoxarifado, farmácia, farmácias satélites, carrinhos de parada, carrinho de anestesia, maletas de emergência, maletas das ambulâncias e demais locais de estoque permanente ou transitórios.

Para elaboração do cronograma de contagem, deve-se aproximar ao máximo a agenda à data base indicada anteriormente, para que os eventos subsequentes de entradas e saídas de estoque não influenciem no resultado final da apuração.

2. COMUNICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

Após a definição das datas e horários de realização dos inventários junto à direção, será necessário que todos os envolvidos se mobilizem para dar suporte a tarefa.

Neste sentido, haverá a comunicação prévia das coordenações administrativas (para organização das equipes de contagem, dos locais de estoque, dos procedimentos de dispensação e entrada de materiais), descoordenadores de suprimentos e compras (para comunicação previa dos fornecedores quanto à realização do processo e postergação da entrega dos itens nas unidades), dos responsáveis pela Tecnologia da Informação – TI (suporte necessário para emissão dos relatórios e acompanhamento dos sistemas de controle de cada unidade durante o lançamento dos resultados: MV Solution, Salus, Totvs – RM).

3. ORGANIZAR A EQUIPE DE AUDITORIA INTERNA

Os procedimentos da Auditoria Interna constituem exames e investigações, incluindo testes de observância e testes substantivos, que permitem ao auditor interno obter subsídios suficientes para fundamentar suas conclusões e recomendações à administração da entidade.

Os testes de observância visam à obtenção de razoável segurança de que os controles internos estabelecidos pela administração estão em efetivo funcionamento, inclusive quanto ao seu cumprimento pelos funcionários e administradores da entidade.

Para que os testes e o acompanhamento dos inventários sejam realizados, destinam-se pelo menos dois auditores internos, para cada unidade inventariada, afim de que todo local de estoque perceba a presença da controladoria durante a contagem e o lançamento nos sistemas de controle. Sendo a equipe de auditoria formada basicamente por funcionário da controladoria, deve-se dimensionar a equipe presente nas unidades considerando o setor de origem e a disponibilidade de cada auditor, evitando que funcionários do mesmo setor estejam em campo no mesmo dia.

4. ACOMPANHAMENTO DA CONTAGEM

Um dos principais aspectos em trabalhos de auditoria é a correta aplicação de testes para que o auditor obtenha maior segurança no resultado dos trabalhos de contagem e lançamento dos itens inventariados. Considerando que é praticamente impossível a verificação da totalidade das operações de um inventário, é imprescindível a realização do trabalho baseado em testes de auditoria.

Para a execução destes testes, são utilizadas principalmente amostragens aleatórias, baseadas na experiência e acuidade do auditor, selecionando itens específicos para recontagem e valores registrados para verificação.

O acompanhamento da contagem dos itens em estoque acontece após a verificação dos seguintes procedimentos realizados pelas unidades:

- Emissão dos relatórios de “saldo online” (posição de estoque registrada no sistema – antes do inventário).

- Impressão das fichas de contagem, quando não distribuídas previamente nos locais de estoque.
- Organização da equipe de contagem das unidades.

Ao término dos procedimentos de contagem e validação do processo pela auditoria interna, deve-se solicitar a emissão do relatório de "saldo online" (após ajuste por inventário no sistema).

5. ANALISE DOS RELATÓRIOS

Serão objetos de análise, todos os relatórios gerados durante o inventário (e após o mesmo, em casos específicos), que correspondem a:

- Posição de Estoque "Saldo Online" (inicial e final)
- Movimentação de entradas e saídas de materiais: da realização do inventário à data base definida1.

*Todos os relatórios emitidos pelas unidades, para efeito de auditoria deverão incluir valores e serem encaminhados via e-mail nos formatos PDF e XLSX (Excel).

6. APRESENTAÇÃO DO RESULTADO

Os resultados do processo serão direcionados a gerencia de controladoria, às direções (financeira e administrativa) e ao conselho de administração, sempre que solicitados. Devendo na ocasião pautar comparativo dos inventários aos saldos contábeis registrados em balanço.

A apresentação acontecerá da forma solicitada, individualizando as unidades e/ou consolidando os saldos em conta da OSS – HMTJ.

Deve-se relacionar toda movimentação de entradas e saídas de materiais, por aquisição, devolução, empréstimo, transferência, bonificação, consumo e outros. Estes valores serão considerados para efeito de soma ou subtração no valor final.

IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES DO SETOR DE DEPARTAMENTO PESSOAL

I. Objetivos

Realizar o Adiantamento Salarial, com o percentual de 30% do Salário Base dos colaboradores no dia 20 de cada mês.

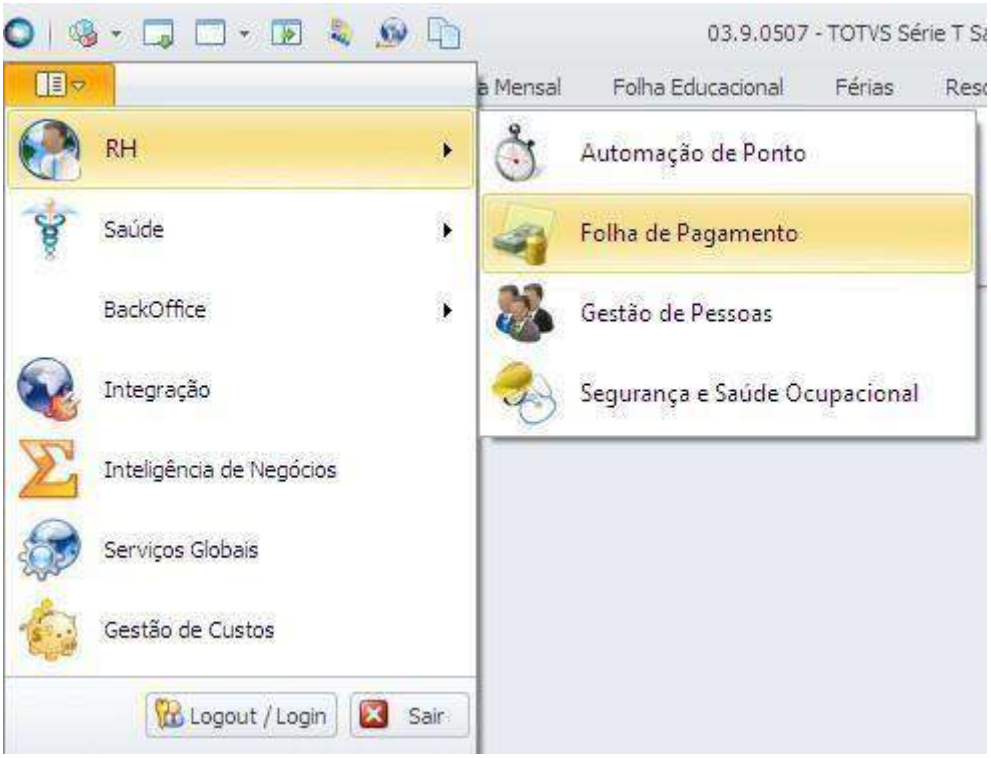
II. Materiais

Computador

III. Descrição dos passos da atividade

- Programa RM
- Usuário
- Senha
- CorporeRm

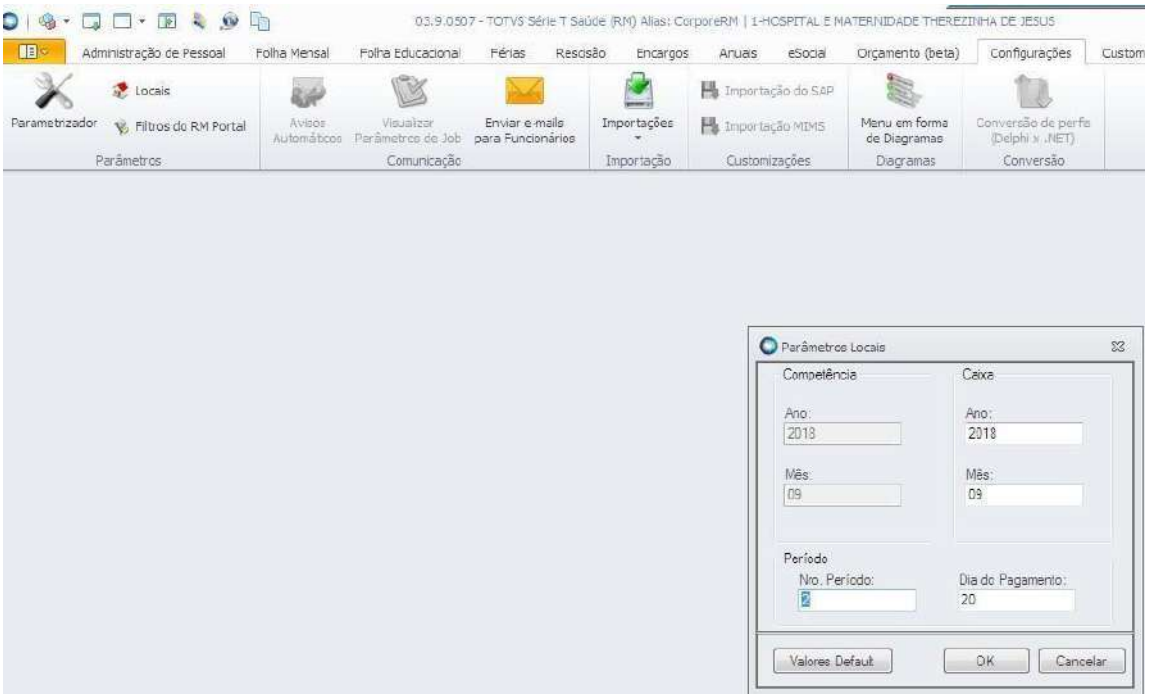
RH, Folha de Pagamento



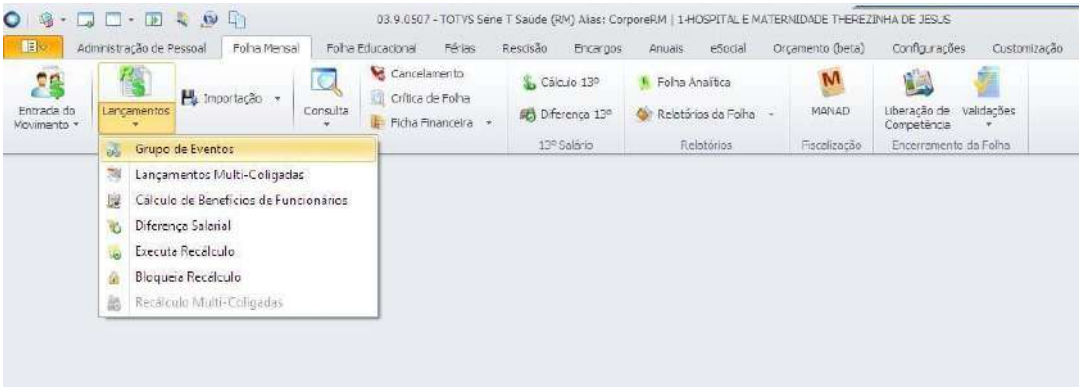
Selecionar o período para a elaboração do Adiantamento Salarial.

Configurações, Locais

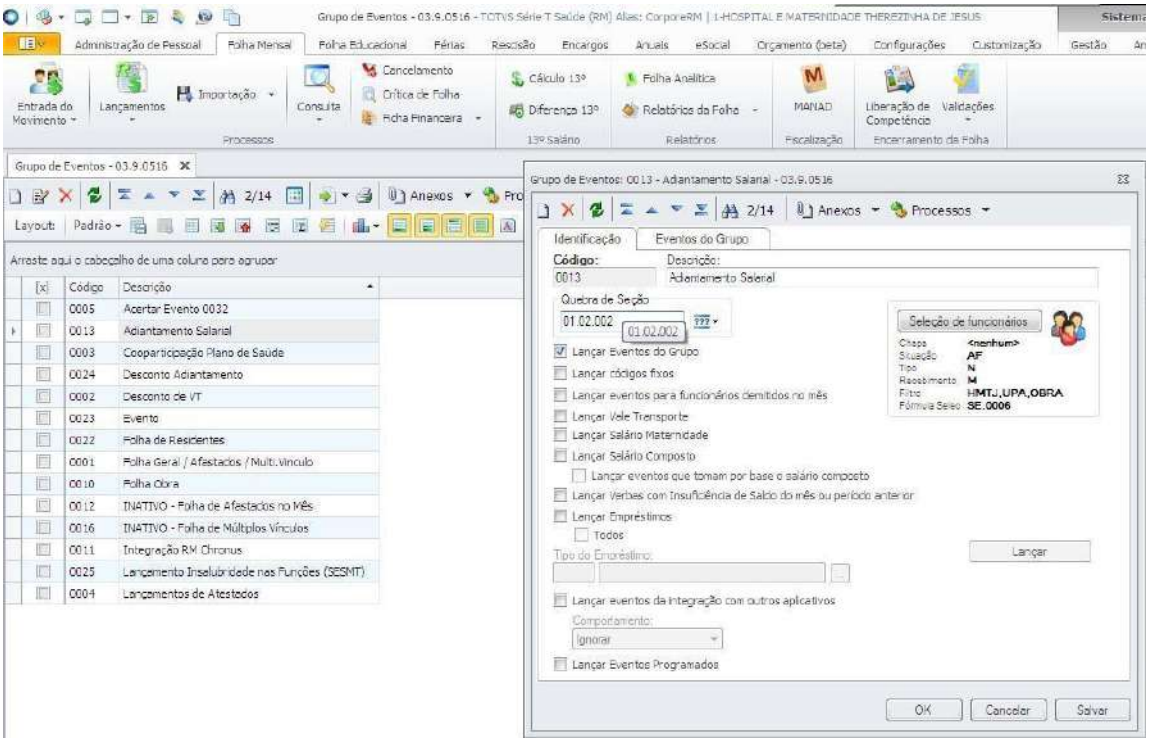
Parâmetros Locais
Competência: Ano, Mês, Nro. Período: 2
Caixa: Ano, Mês, Dia do Pagamento: 20



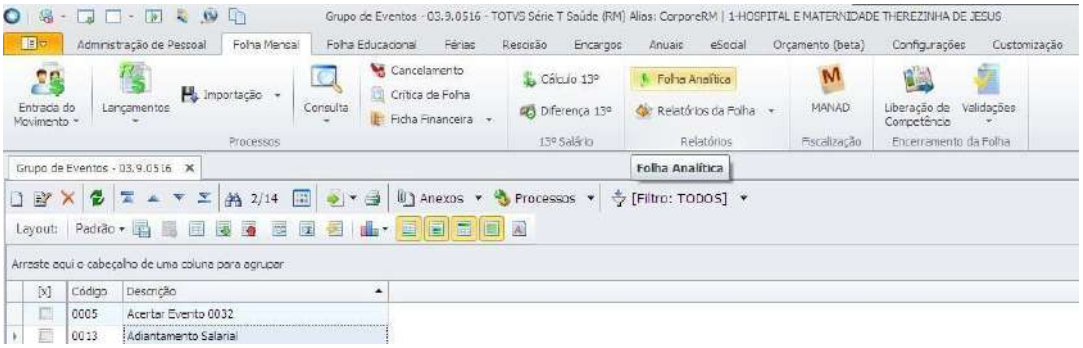
Folha Mensal, Lançamentos, Grupo de Eventos



Adiantamento Salarial;
Selecionar a Quebra de Seção;
Seleção dos Funcionários: A (ativo), F (férias).
Salvar, Lançar

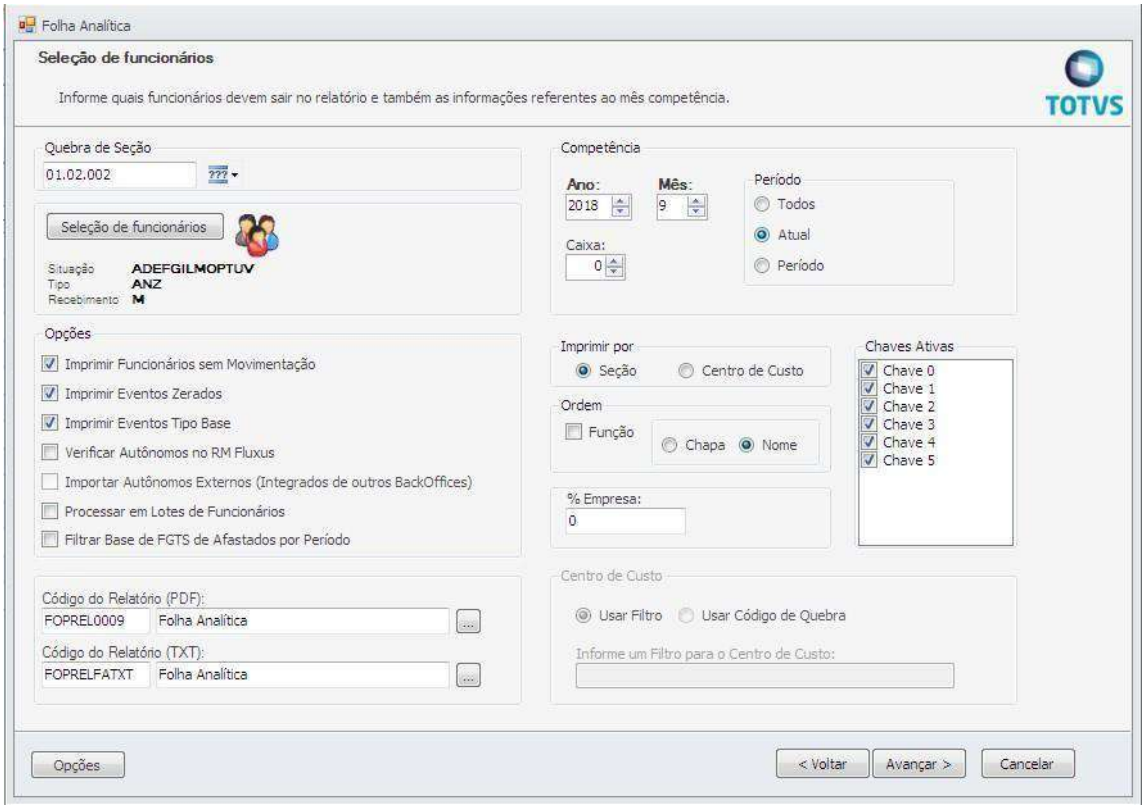


Emitir uma Folha Analítica para conferência.
Folha Mensal, Folha Analítica.

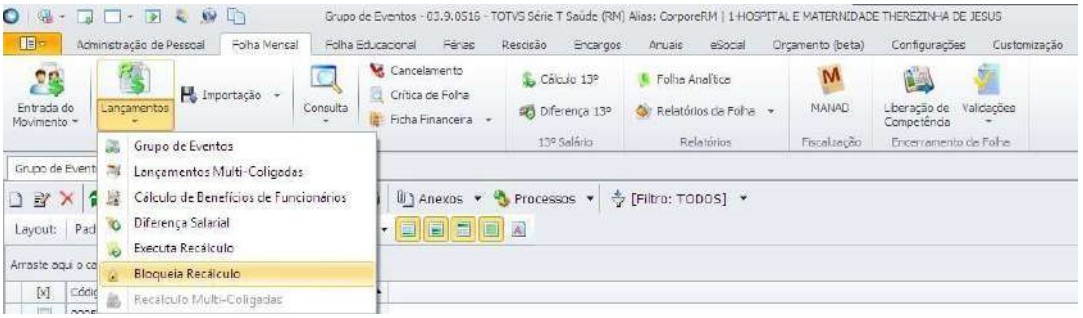


Selecionar a Quebra de Seção;
Mês;
Período: atual;
Salvar, Lançar.

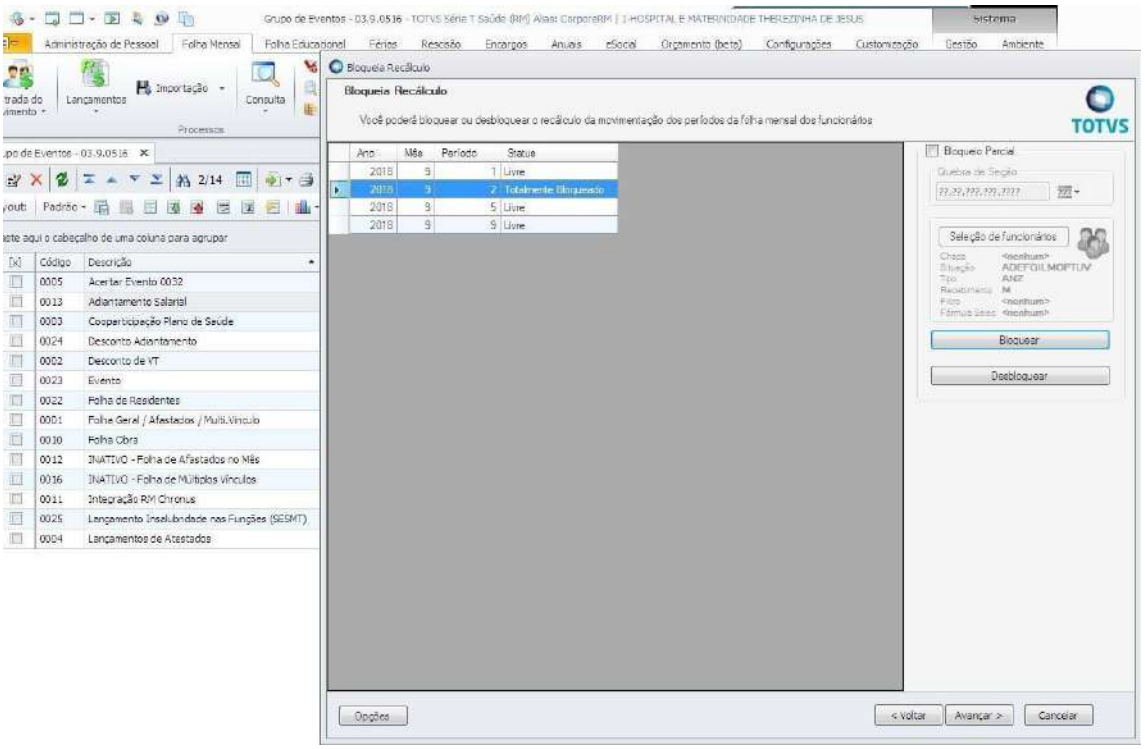
Fazer a Conferência do Adiantamento Salarial.



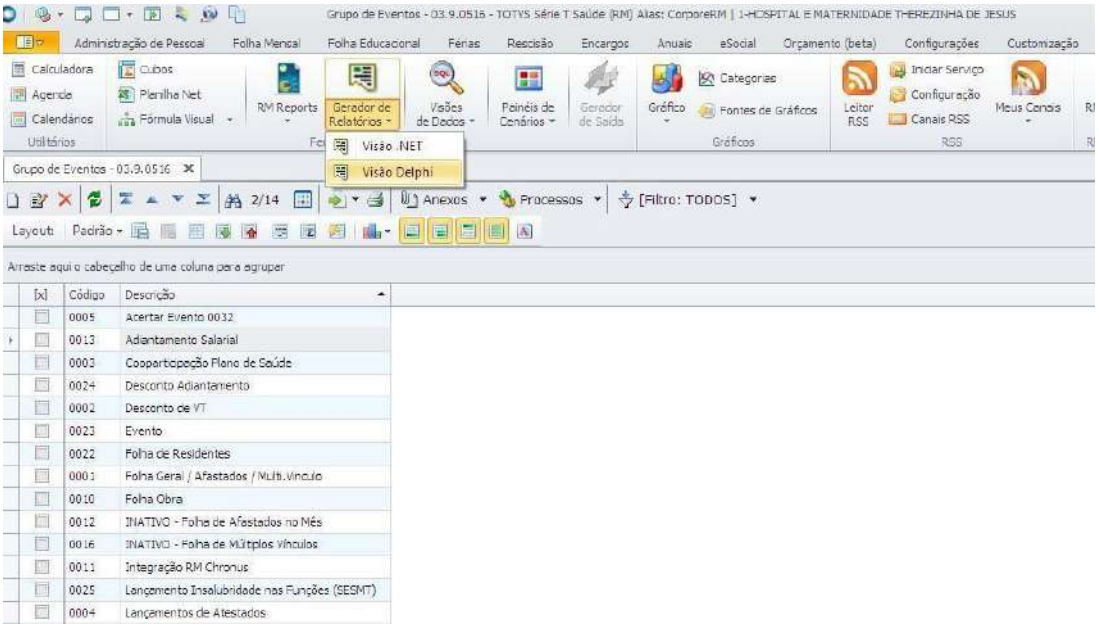
Após a conferência do Adiantamento Salarial, fazer o Bloqueio do mesmo.
Lançamentos , Bloqueia Recálculo.



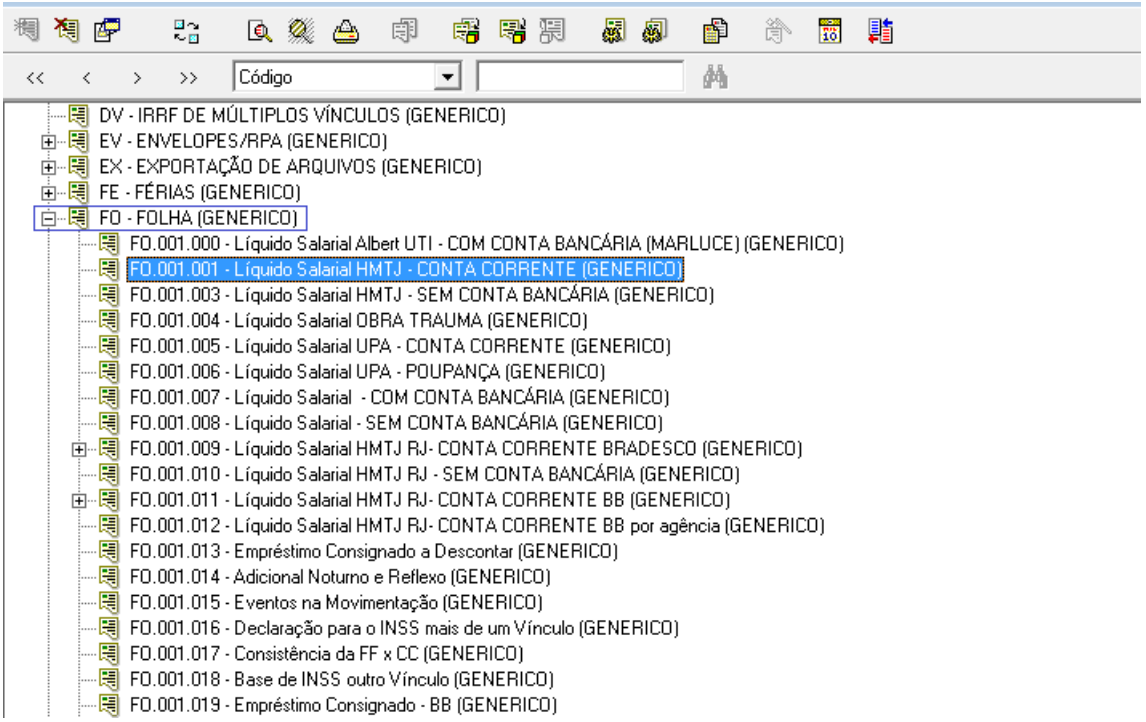
Bloquear o Período 2 do Adiantamento Salarial.
Avançar.



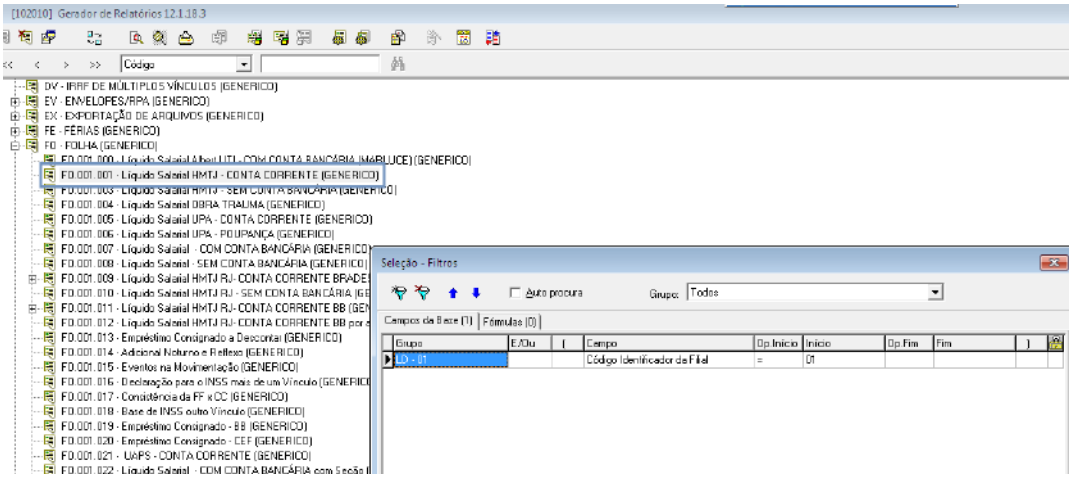
Gerar os Relatórios
Gerador de Relatórios, Visão Delfhi



Relatório do Líquido Salarial
Folha, Líquido Salarial



Selecionar a Filial



Conferir o valor Total do Líquido Salarial com a Folha Analítica, TXT e Lançamento Financeiro.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DEPARTAMENTO DE PESSOAL

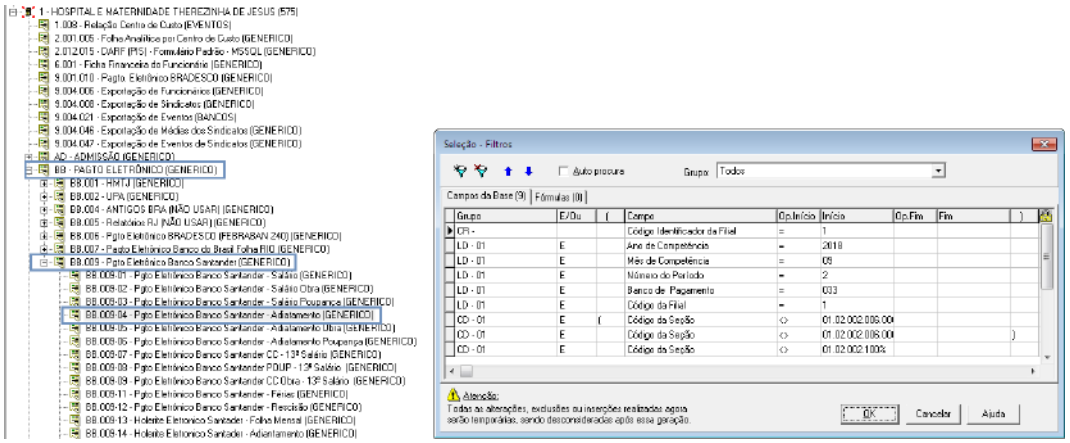
Título: Líquido Salarial HMTJ - CONTA CORRENTE **Filial: HMTJ** **Data: 18/09/2018**

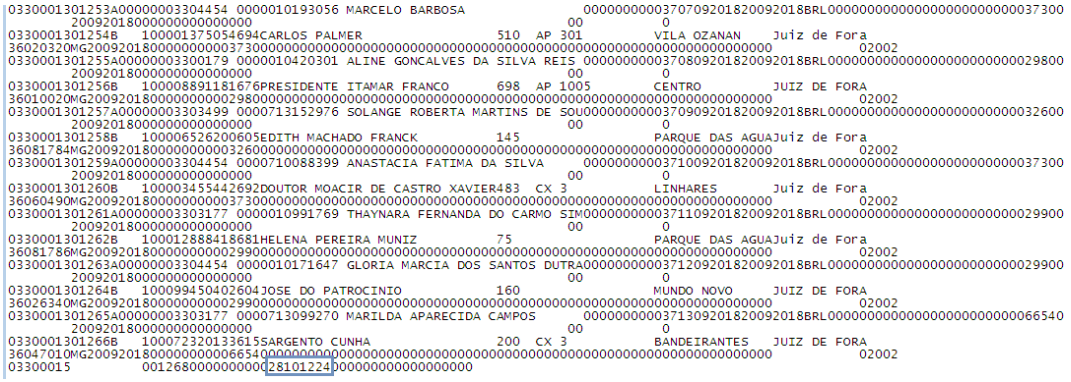
CHAPA	FUNCIONÁRIO	CPF	BANCO	AGÊNCIA	CONTA	CRÉDITO
0003550	VITOR BORGES GARCIA	09345661603	033	4454	010201809	327,00
0003674	VIVIANE MARTINS REIS	12757653601	033	4454	010197768	491,00
0003600	WELLINGTON JOSMAR DA SILVA	12200406657	033	3177	713105100	326,00
0003086	WILLIAM RODRIGUES DE SOUZA	36910652878	033	3177	713101168	373,00
0003695	WILLIAN JOSE GARCIA	08979751621	033	4454	00010209120	827,00
0003495	YARA MARIA NOGUEIRA SILVA	09775912636	033	4454	000710075184	373,00
0003350	YASMIN MAGALHAES VITAL	10104874694	033	4454	010189888	637,00

Total de Funcionários: 631 **Total: 281.012,24**

Gerar o Pagamento Eletrônico

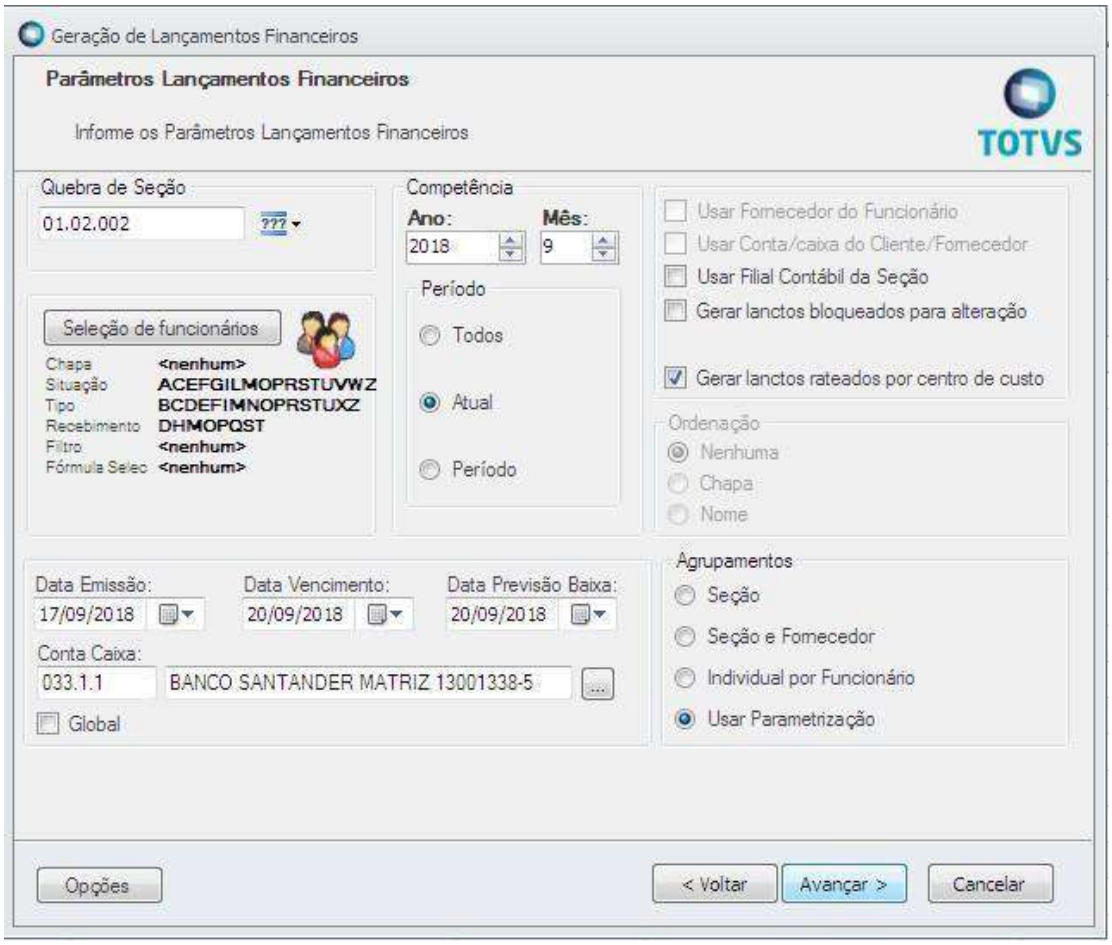
Pagto Eletrônico, Pagto Eletrônico Banco Santander, Pagto Eletrônico Banco Santander Adiantamento Selecionar a Filial, Ano,Mês.

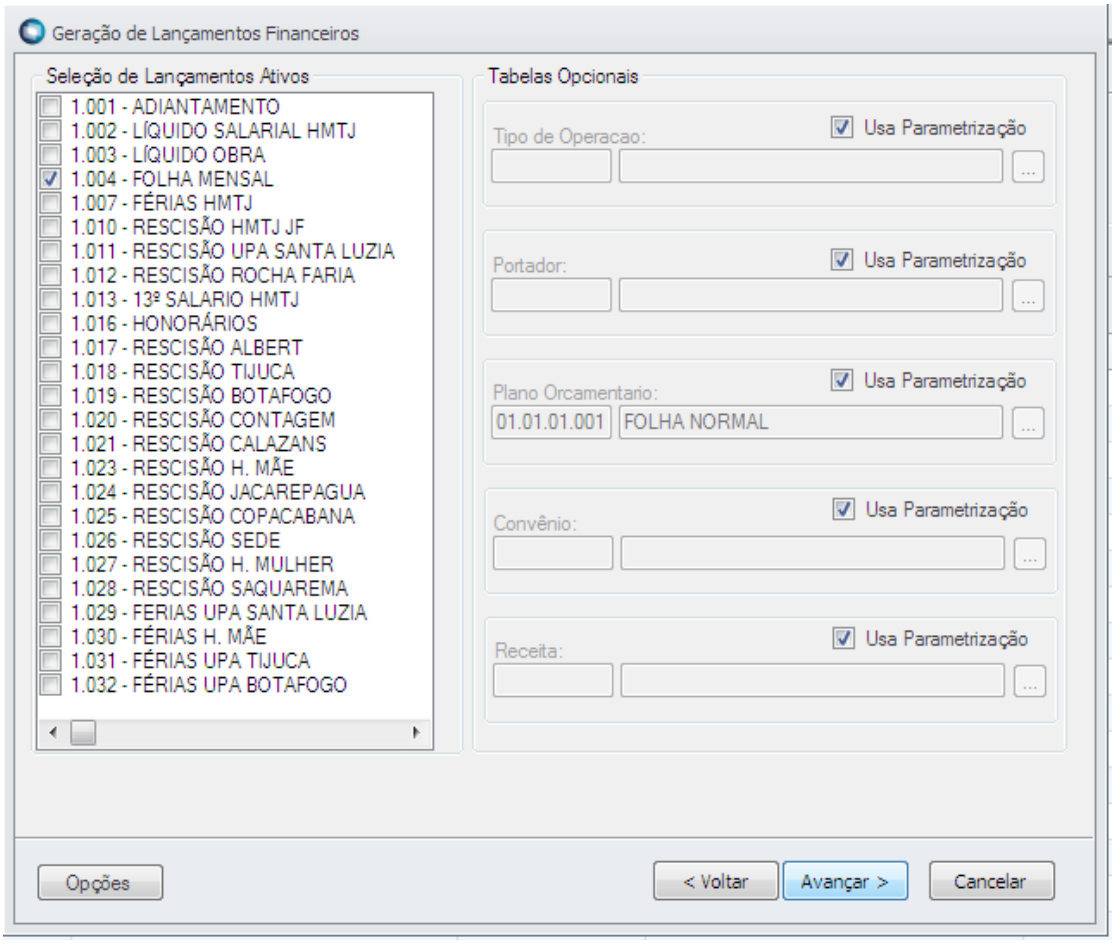



0330001301253A00000003304454 0000010193056 MARCELO BARBOSA 00000000037070920182009201 8BRL000000000000000000000000037300
2009201800000000000000 00 0
0330001301254B 100001375054694CARLOS PALMER 510 AP 301 VILA OZANAN Juiz de Fora
36020320MG2009201800000000003730000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
0330001301255A00000003300179 0000010420301 ALINE GONCALVES DA SILVA REIS 00000000037080920182009201 8BRL000000000000000000000000029800
2009201800000000000000 00 0
0330001301256B 100008891181676PRESIDENTE ITAMAR FRANCO 698 AP 1005 CENTRO JUIZ DE FORA
36010020MG2009201800000000002980000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
0330001301257A00000003303499 0000713152976 SOLANGE ROBERTA MARTINS DE SOU00000000037090920182009201 8BRL000000000000000000000000032600
2009201800000000000000 00 0
0330001301258B 100006526200605EDITH MACHADO FRANCK 145 PARQUE DAS AGUAJuiz de Fora
36081784MG2009201800000000003260000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
0330001301259A00000003304454 0000710088399 ANASTACIA FATIMA DA SILVA 00000000037100920182009201 8BRL000000000000000000000000037300
2009201800000000000000 00 0
0330001301260B 100003455442692DOUTOR MOACIR DE CASTRO XAVIER483 CX 3 LINHARES Juiz de Fora
36060490MG2009201800000000003730000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
0330001301261A00000003303177 0000010991769 THAYNARA FERNANDA DO CARMO SIM00000000037110920182009201 8BRL000000000000000000000000029900
2009201800000000000000 00 0
0330001301262B 100012888418681HELENA PEREIRA MUNIZ 75 PARQUE DAS AGUAJuiz de Fora
36081786MG2009201800000000002990000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
0330001301263A00000003304454 0000010171647 GLORIA MARCIA DOS SANTOS DUTRA00000000037120920182009201 8BRL000000000000000000000000029900
2009201800000000000000 00 0
0330001301264B 100099450402604JOSE DO PATROCINIO 160 MUNDO NOVO JUIZ DE FORA
36026340MG2009201800000000002990000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
0330001301265A00000003303177 0000713099270 MARILDA APARECIDA CAMPOS 00000000037130920182009201 8BRL000000000000000000000000066540
2009201800000000000000 00 0
0330001301266B 100072320133615SARGENTO CUNHA 200 CX 3 BANDEIRANTES JUIZ DE FORA
36047010MG2009201800000000006654000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000 02002
03300015 00126800000000028101224000000000000000000

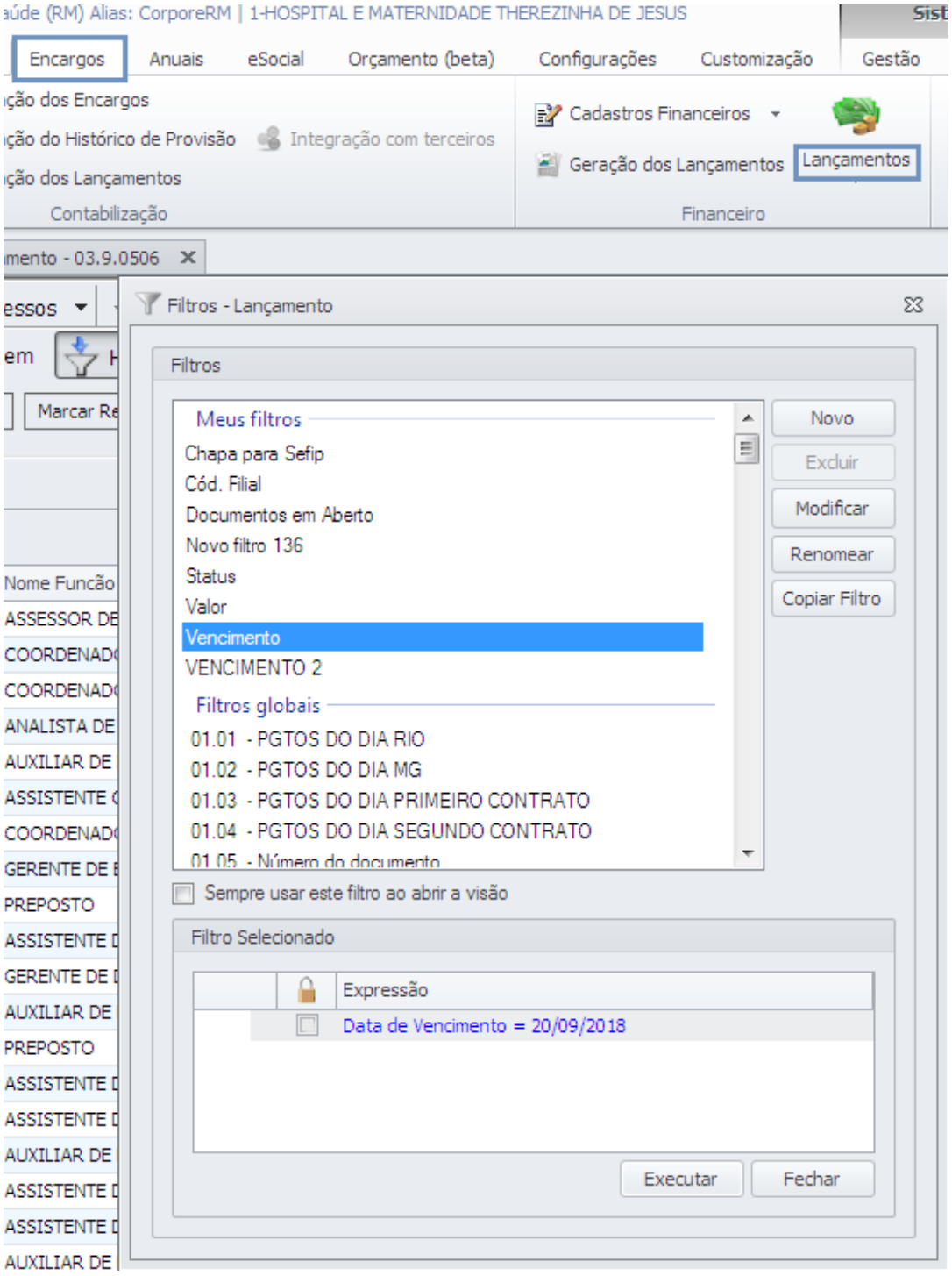
Geração dos Lançamentos
Encargos, Geração dos Lançamentos, Seleciona o Perfil de Parâmetros

Seleciona a Quebra de Seção, Data Emissão, Data Vencimento, Data Previsão Baixa, Avançar.

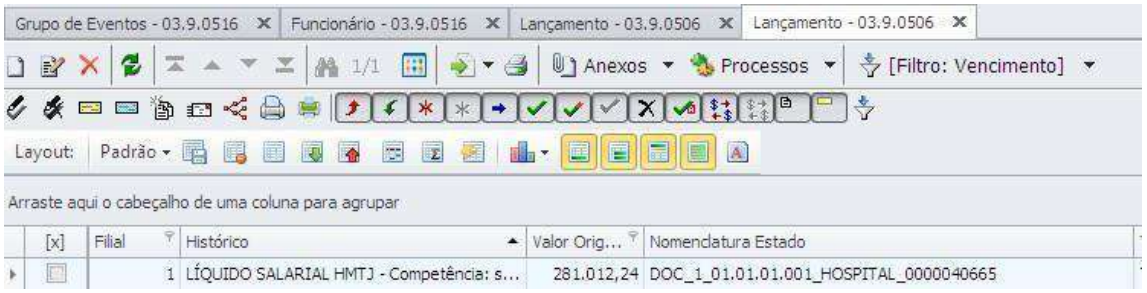


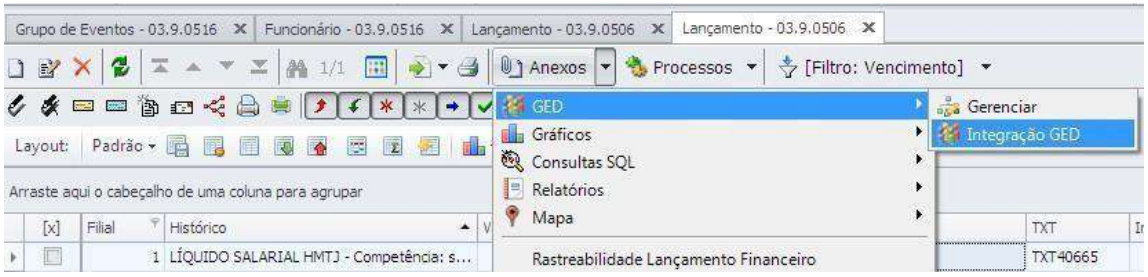

Geração de Lançamentos Financeiros
Seleção de Lançamentos Ativos
1.001 - ADIANTAMENTO
1.002 - LÍQUIDO SALARIAL HMTJ
1.003 - LÍQUIDO OBRA
1.004 - FOLHA MENSAL
1.007 - FÉRIAS HMTJ
1.010 - RESCISÃO HMTJ JF
1.011 - RESCISÃO UPA SANTA LUZIA
1.012 - RESCISÃO ROCHA FARIA
1.013 - 13º SALARIO HMTJ
1.016 - HONORÁRIOS
1.017 - RESCISÃO ALBERT
1.018 - RESCISÃO TIJUCA
1.019 - RESCISÃO BOTAFOGO
1.020 - RESCISÃO CONTAGEM
1.021 - RESCISÃO CALAZANS
1.023 - RESCISÃO H. MÃE
1.024 - RESCISÃO JACAREPAGUA
1.025 - RESCISÃO COPACABANA
1.026 - RESCISÃO SEDE
1.027 - RESCISÃO H. MULHER
1.028 - RESCISÃO SAQUAREMA
1.029 - FERIAS UPA SANTA LUZIA
1.030 - FÉRIAS H. MÃE
1.031 - FÉRIAS UPA TIJUCA
1.032 - FÉRIAS UPA BOTAFOGO
Tabelas Opcionais
Tipo de Operacao:
Usa Parametrização
Portador:
Usa Parametrização
Plano Orcamentario:
01.01.01.001
FOLHA NORMAL
Usa Parametrização
Convênio:
Usa Parametrização
Receita:
Usa Parametrização
Opções
< Voltar
Avançar >
Cancelar

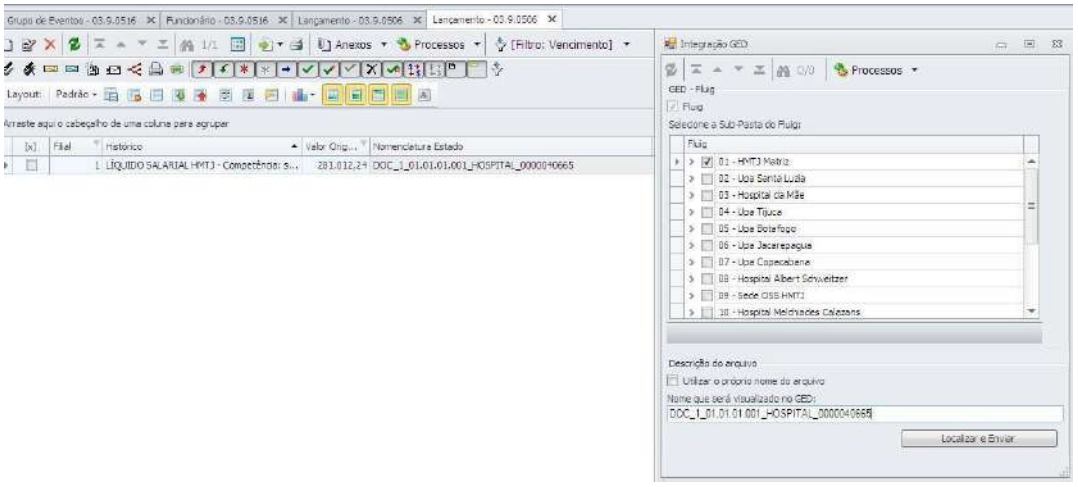
Visualizar o documento lançado
Encargos, Lançamentos, Vencimento (20/09/2018)



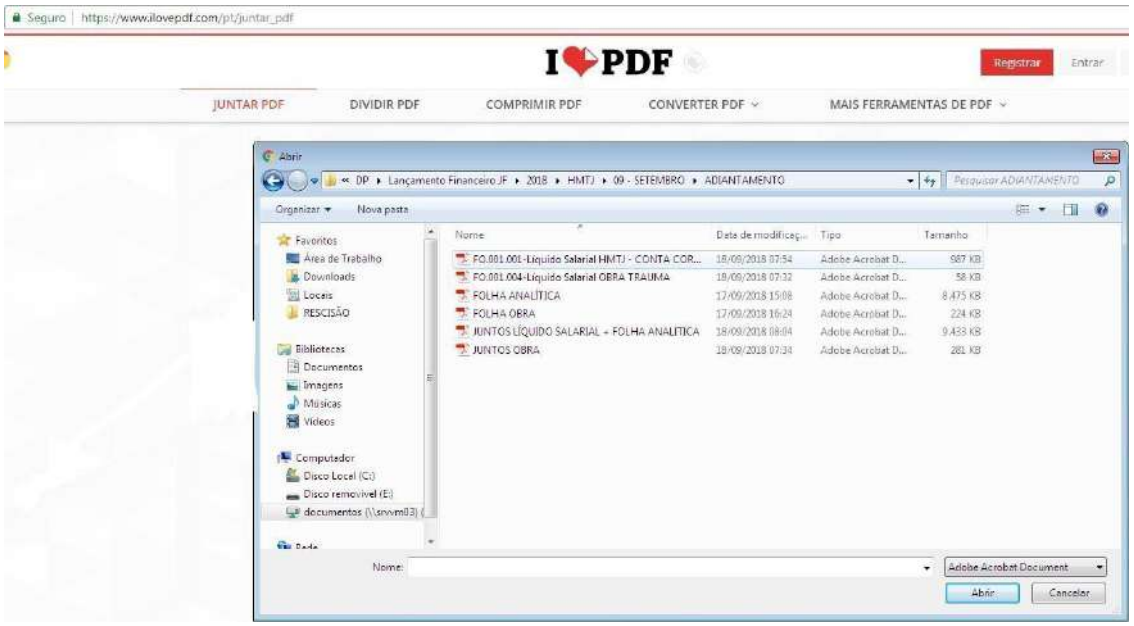
Anexar o Lançamento no FLUIG
Anexos, GED, Integração GED
Copiar a Nomenclatura Estado, Selecionar a Filial e Colar na Descrição do Arquivo.







Juntar os Relatórios do Adiantamento Salarial no Site https://www.ilovepdf.com/pt/juntar_pdf.



IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

I. Objetivos

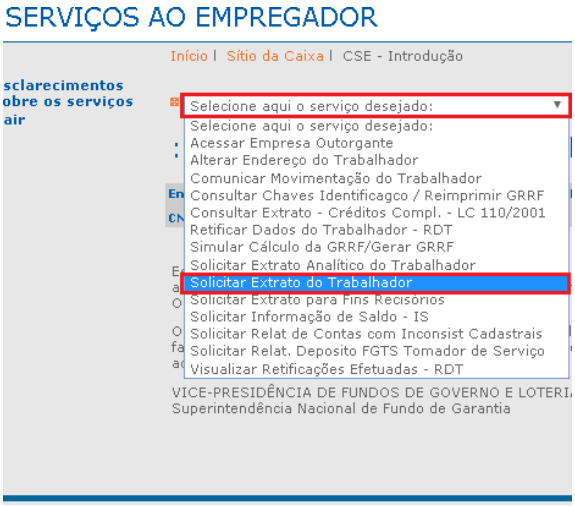
Efetuar cálculos rescisórios para pagamento devido ao trabalhador demitido.

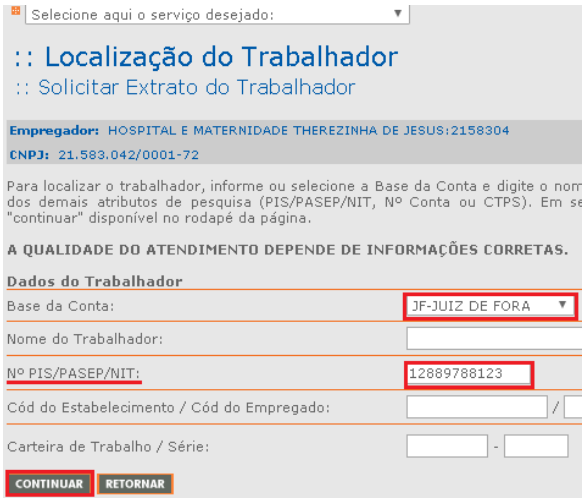
II. Materiais

Computador, impressora e softwares (RM TOTVS e Conectividade Social)

III. Descrição dos passos da atividade

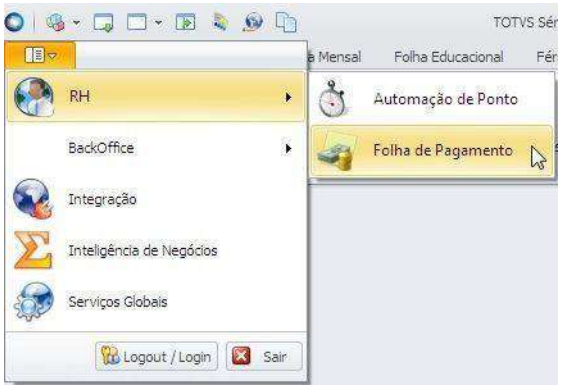
- Extrato FGTS para fins rescisórios:
- Acessar "http://www.caixa.gov.br/empresa/conectividade-social/Paginas/default.aspx"





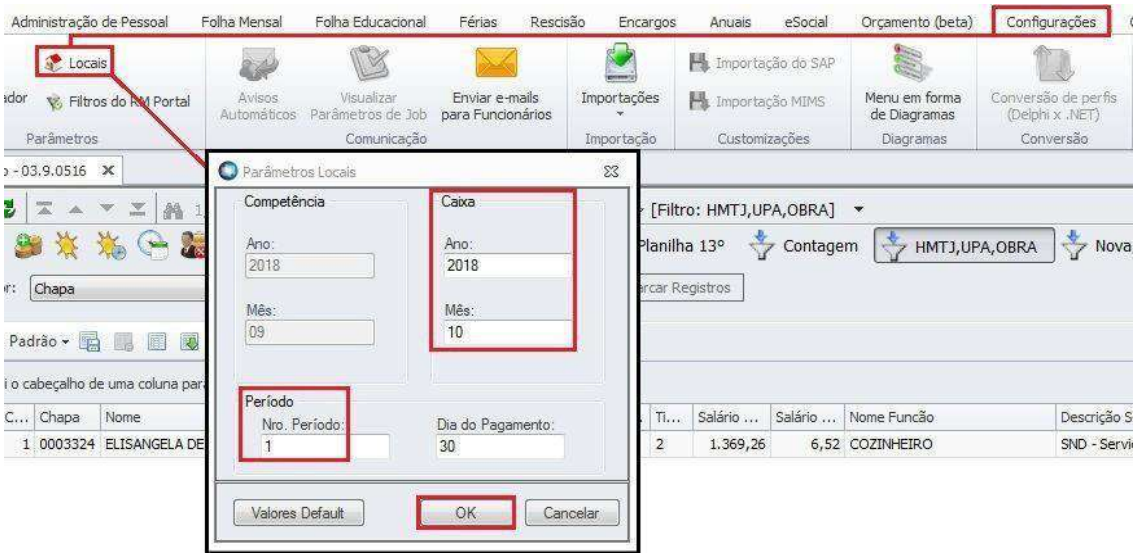
➢ PROCESSO RESCISÓRIO - RM TOTVS:

- Efetuar login no RM TOTVS
- Selecionar RH → Folha de Pagamento

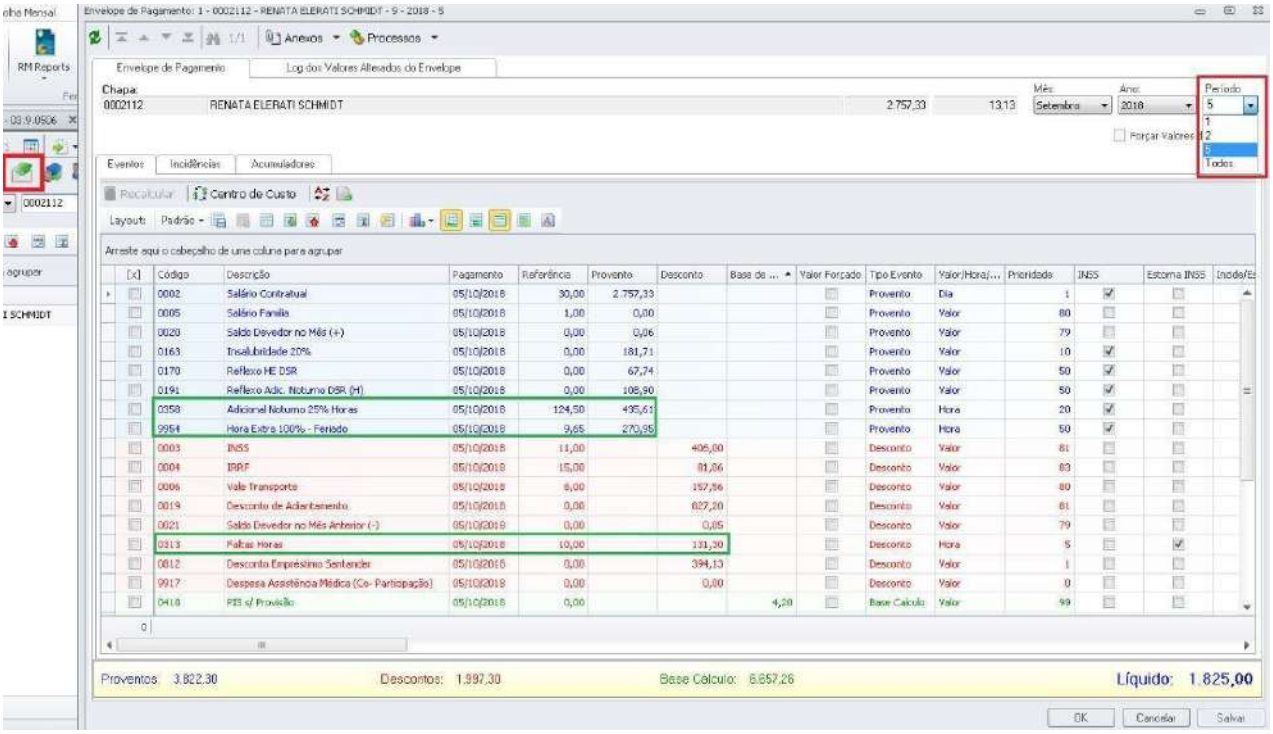


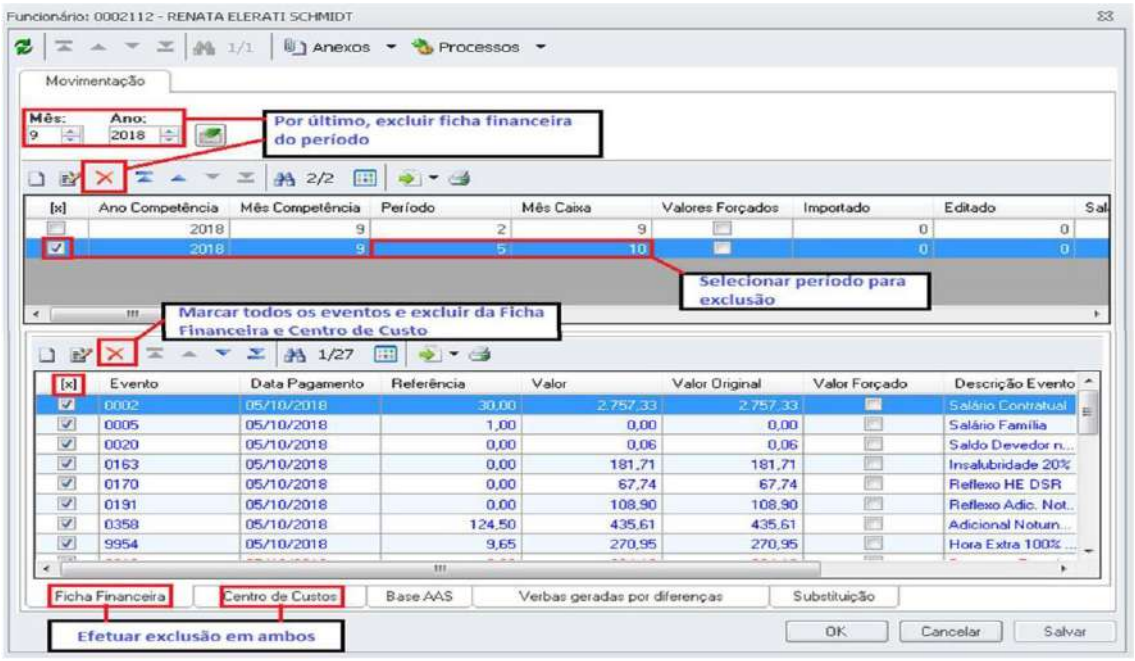
- Selecionar “Funcionários”;
- Digitar em “Procurar por” nome ou chapa do funcionário que será desligado;

- Alterar período para 1 – RESCISÃO;

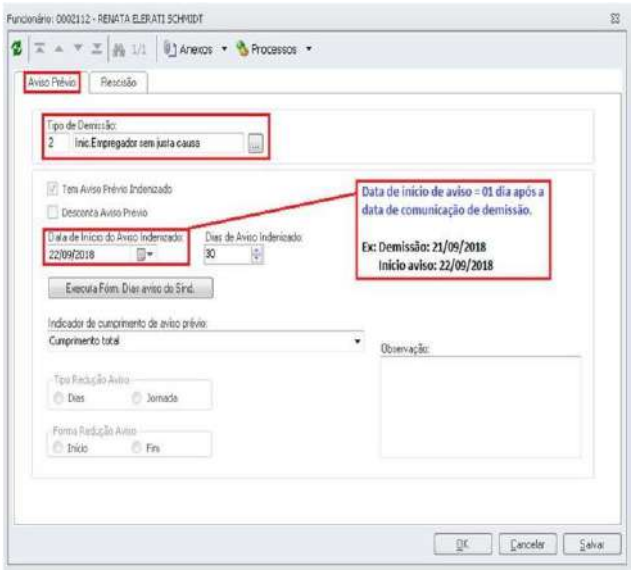


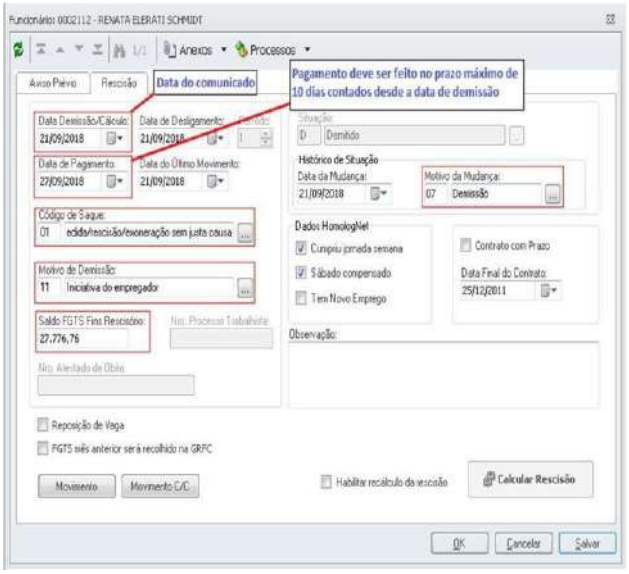
- Conferir se há folha de pagamento ou adiantamento ainda não pago. Se houver, conferir folha e posteriormente acessar FICHA FINANCEIRA e excluir período.

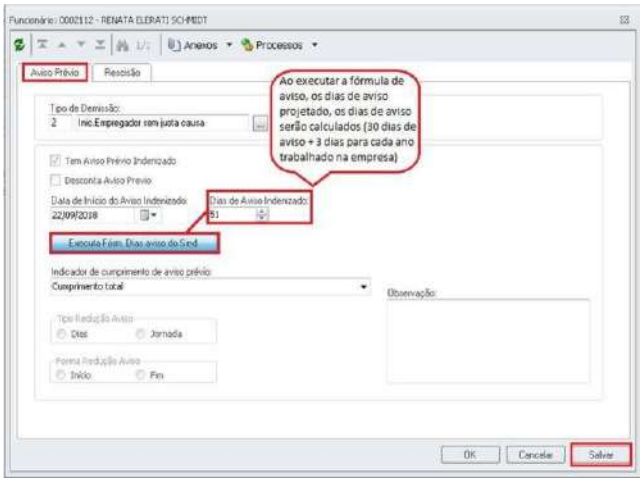




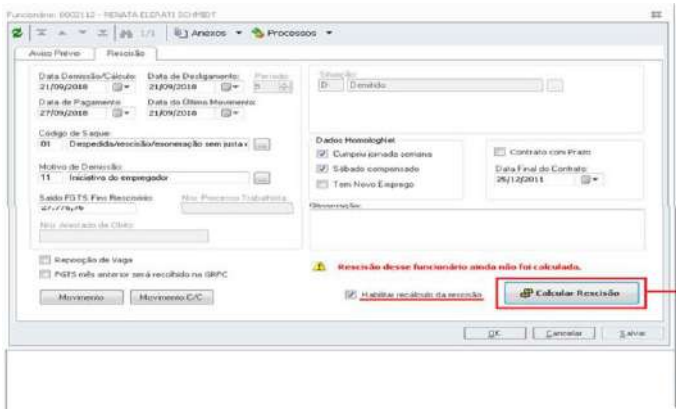
- Acessar RESCISÃO:
- Inserir “Data de Demissão/Cálculo” (data efetiva de desligamento)
- Inserir “Data de Pagamento”: a data de pagamento deverá respeitar o prazo máximo de 10 dias corridos a partir da data de demissão.
- Selecionar “Motivo de Demissão”: **11 – Iniciativa do Empregador**
- Inserir “Saldo FGTS Fins Rescisórios” (conforme extraído do extrato FGTS na Caixa)
- Selecionar “Motivo de Mudança”: **07 – Demissão**
- Salvar rescisão e clicar em “Não” para não desativar funcionário.

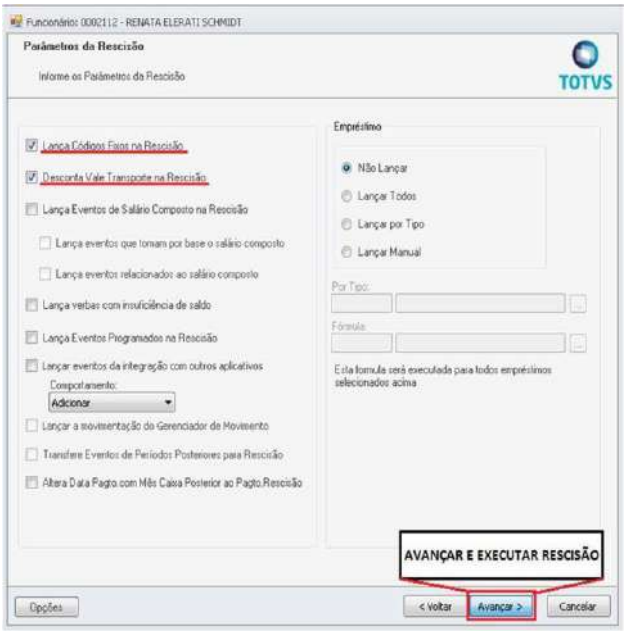


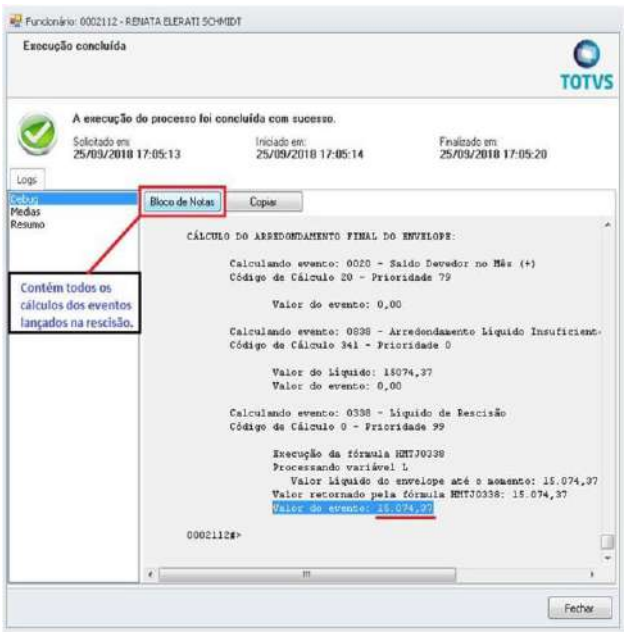




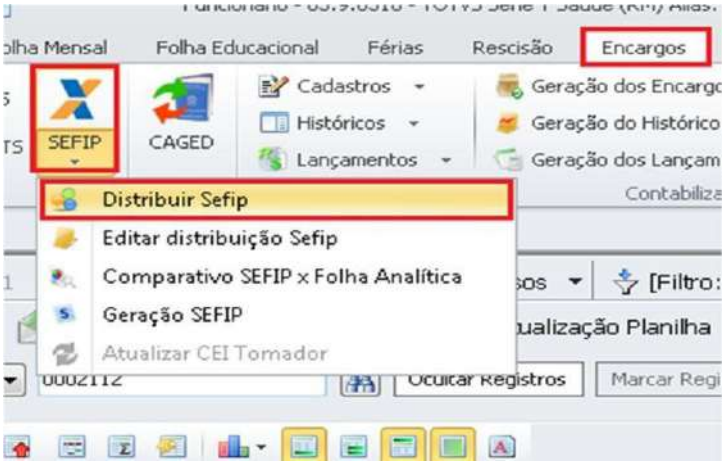
- Retornar ao “Aviso Prévio” e executar fórmula para cálculo de aviso indenizado projetado;
- Salvar, habilitar recálculo de rescisão e calcular rescisão;



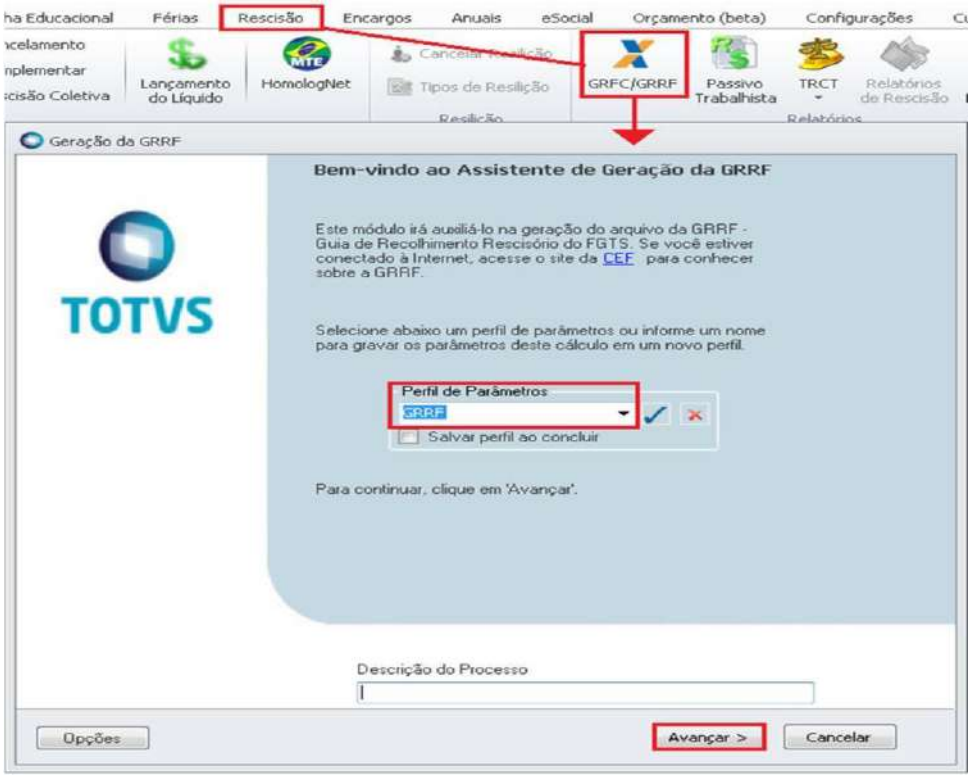


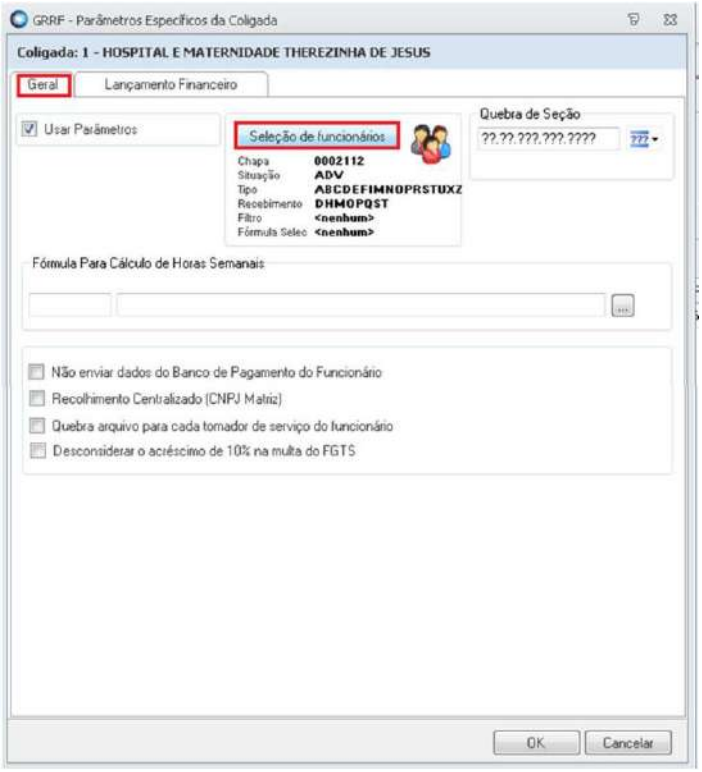


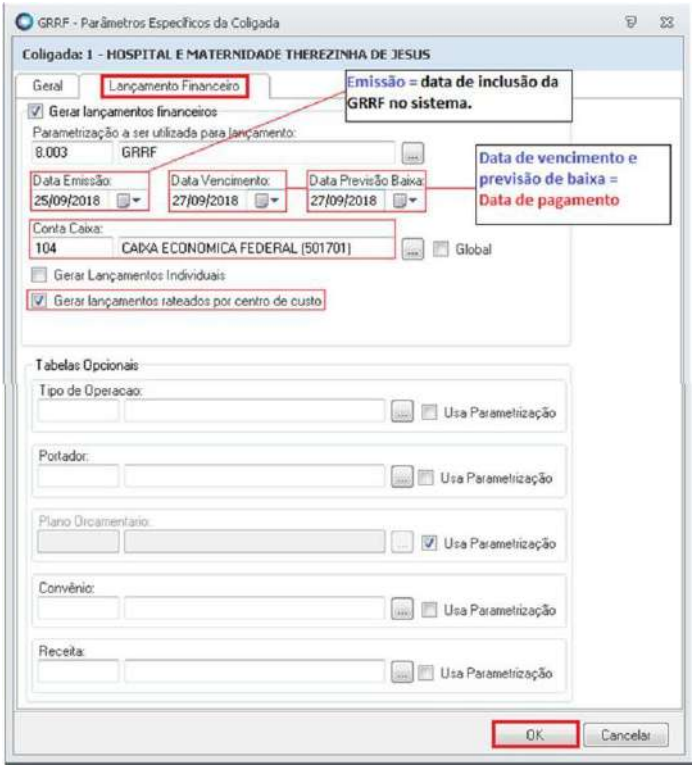
- LANÇAMENTO DE GUIA DE RECOLHIMENTO RESCISÓRIO DO FGTS (GRRF):
- Acessar Encargos → SEFIP → Distribuir Sefip

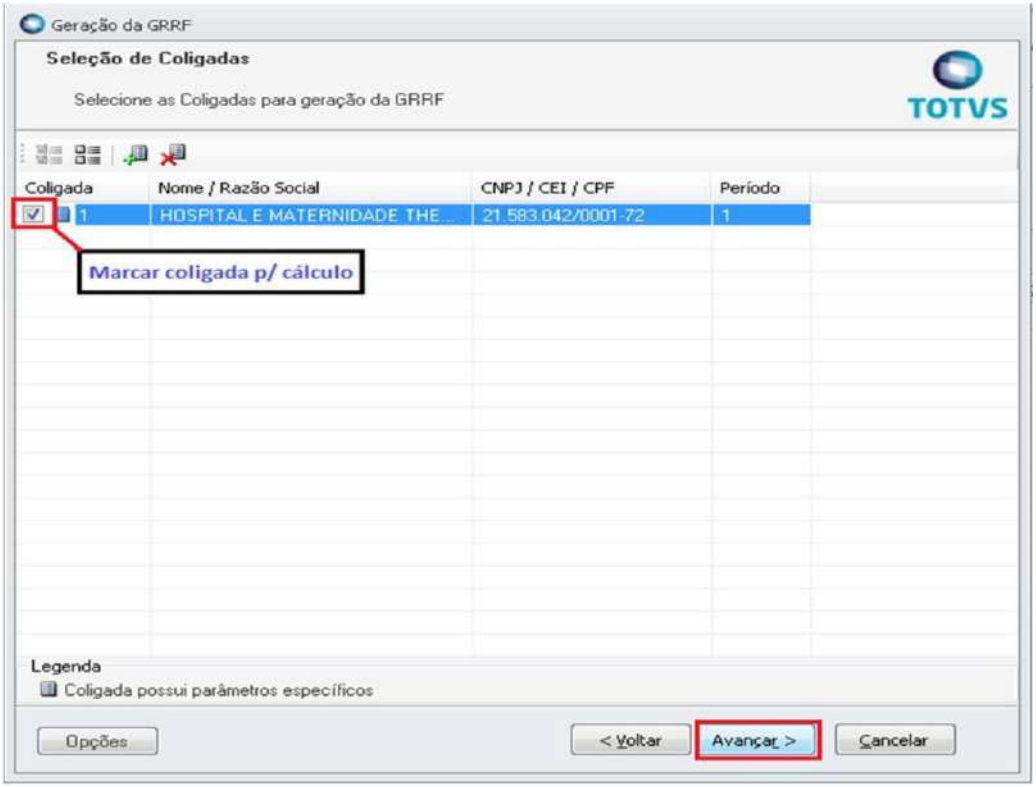


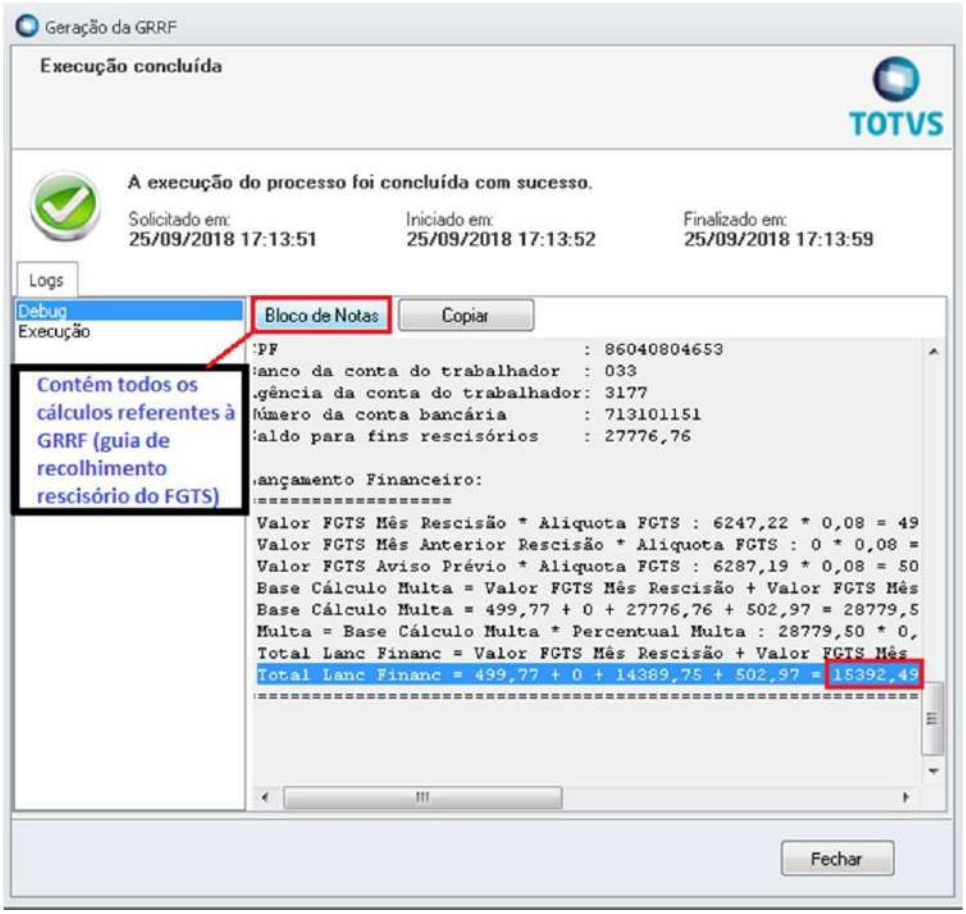
- Acessar Rescisão → GRFC/GRRF → Selecionar perfil de parâmetro “GRRF”;



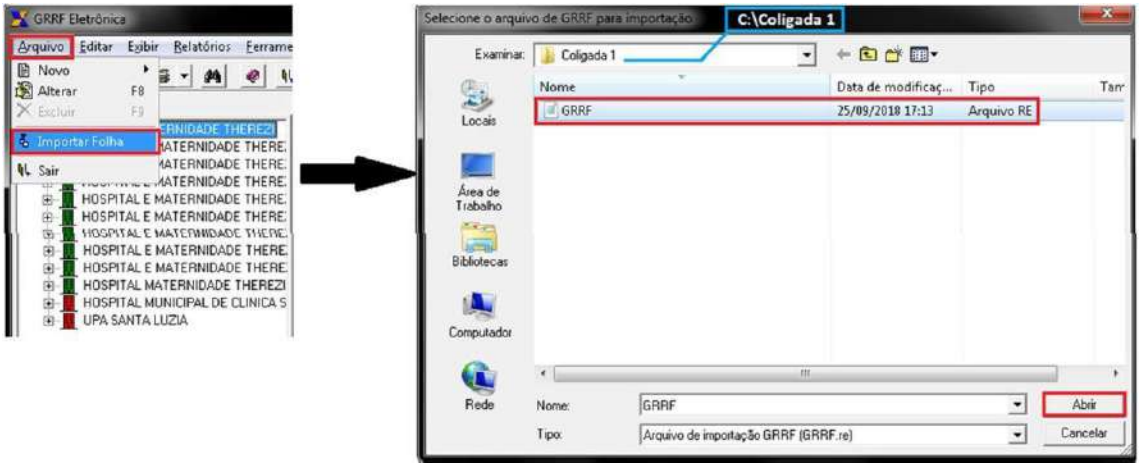

GRRF - Parâmetros Específicos da Coligada
Coligada: 1 - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Geral
Lançamento Financeiro
Usar Parâmetros
Seleção de funcionários
Quebra de Seção
Fórmula Para Cálculo de Horas Semanais
Não enviar dados do Banco de Pagamento do Funcionário
Recolhimento Centralizado (CNPJ Matriz)
Quebra arquivo para cada tomador de serviço do funcionário
Desconsiderar o acréscimo de 10% na multa do FGTS
OK
Cancelar

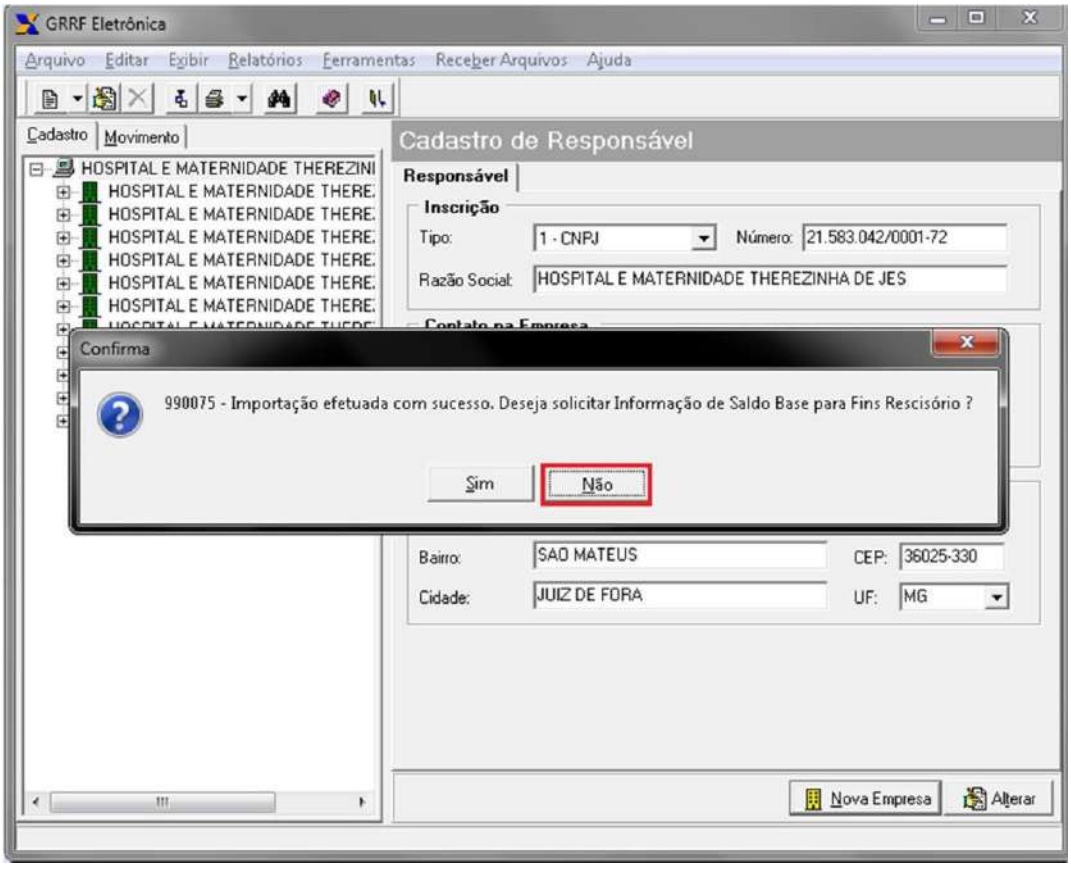

GRRF - Parâmetros Específicos da Coligada
Coligada: 1 - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Geral
Lançamento Financeiro
Emissão = data de inclusão da GRRF no sistema.
Gerar lançamentos financeiros
Data de vencimento e previsão de baixa = Data de pagamento
Gerar Lançamentos Individuais
Gerar lançamentos rateados por centro de custo
Tabelas Opcionais
OK
Cancelar

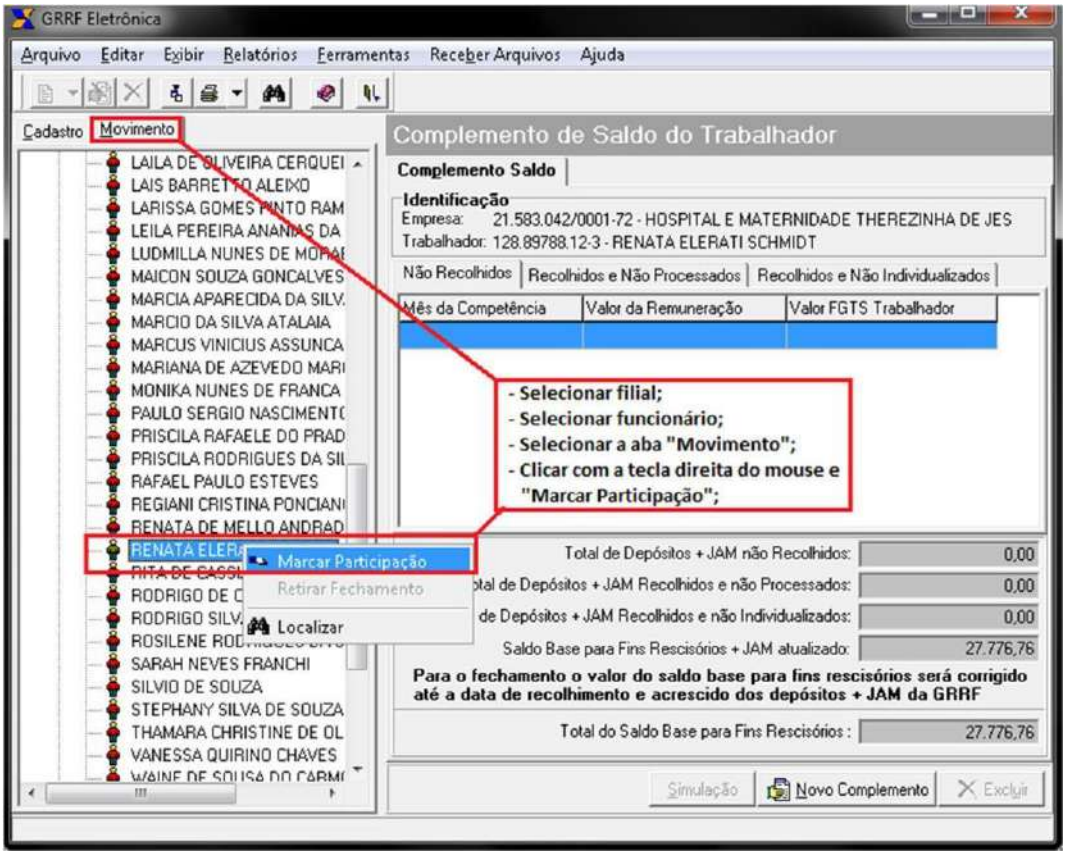

Geração da GRRF
Seleção de Coligadas
Selecione as Coligadas para geração da GRRF
TOTVS
Coligada
Nome / Razão Social
CNPJ / CEI / CPF
Período
1
HOSPITAL E MATERNIDADE THE...
21.583.042/0001-72
Marcar coligada p/ cálculo
Legenda
Coligada possui parâmetros específicos
Opções
< Voltar
Avançar >
Cancelar

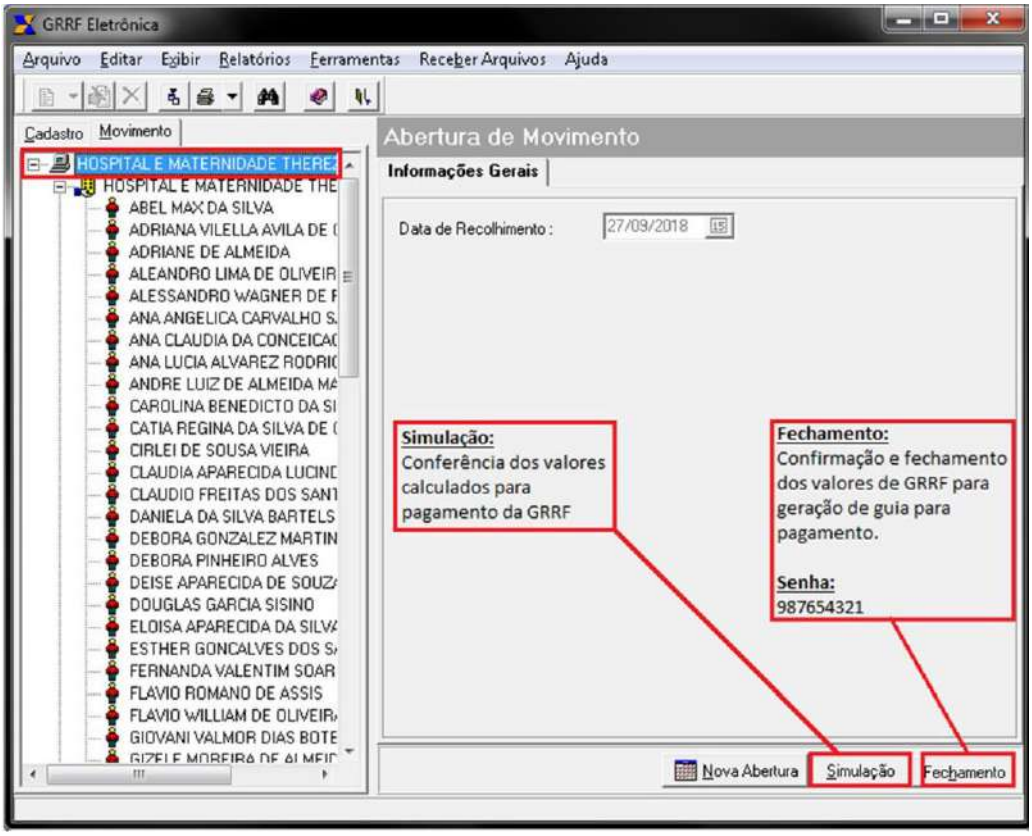


- Acessar o aplicativo CONECTIVIDADE SOCIAL, disponível no desktop/PC;

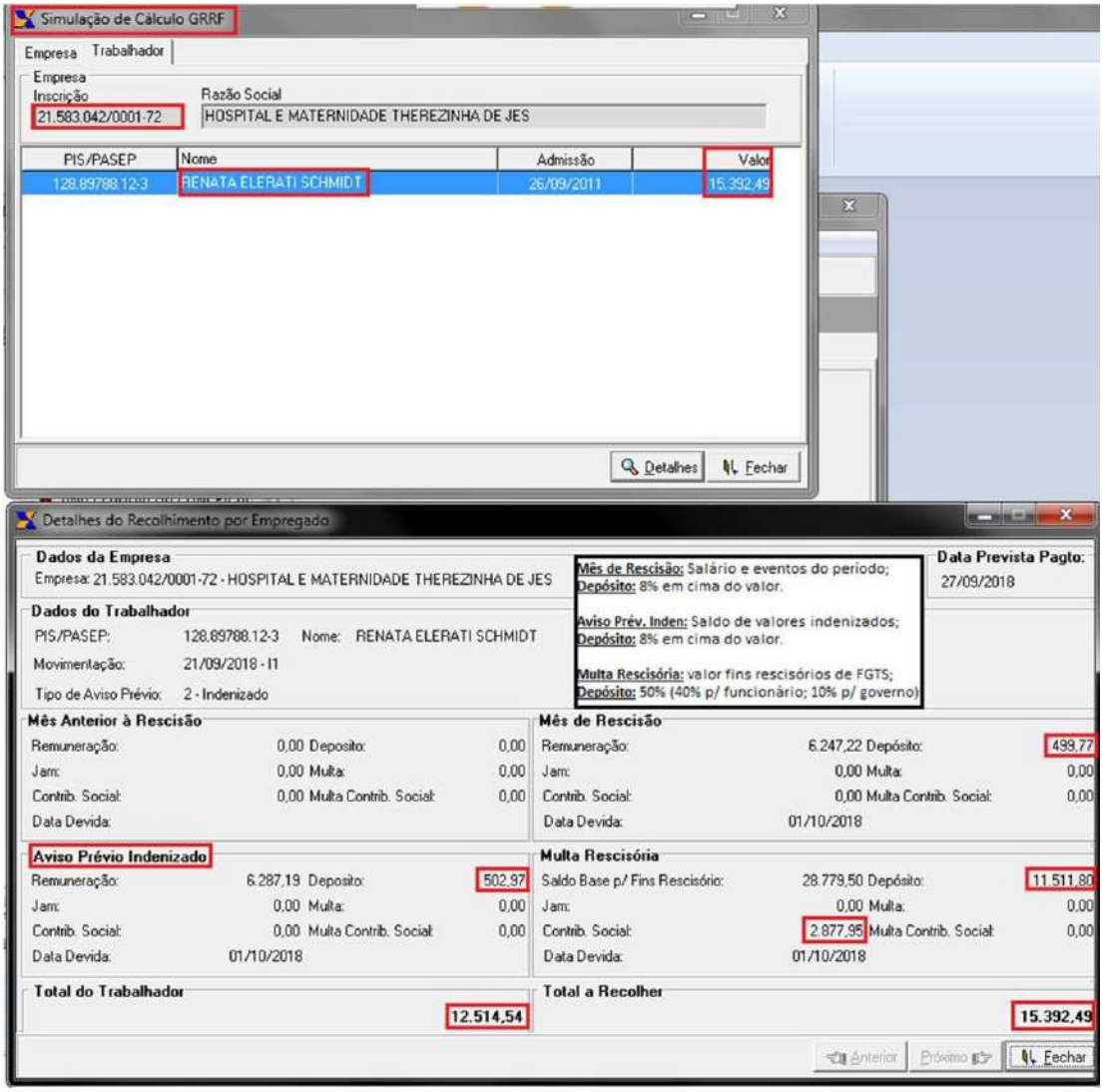

GRRF Eletrônica
Arquivo Editar Exibir Relatórios Ferrame
Novo
Alterar F8
Excluir F9
Importar Folha
Sair
HOSPITAL E MATERNIDADE THERE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZI
HOSPITAL MUNICIPAL DE CLINICA S
UPA SANTA LUZIA
Selecione o arquivo de GRRF para importação
C:\Coligada 1
Examinar: Coligada 1
Locais
Área de Trabalho
Bibliotecas
Computador
Rede
Nome
Data de modificaç...
Tipo
GRRF
25/09/2018 17:13
Arquivo RE
Nome: GRRF
Tipo: Arquivo de importação GRRF (GRRF.re)
Abrir
Cancelar

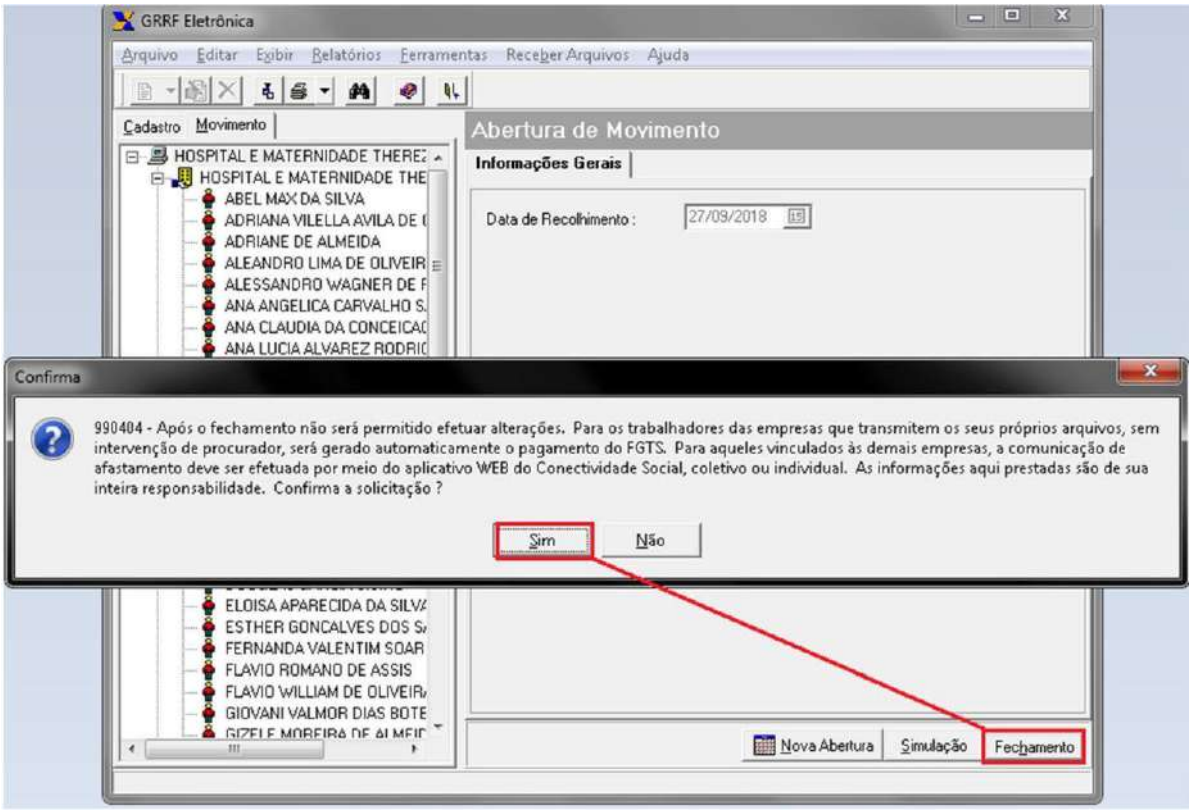

GRRF Eletrônica
Arquivo Editar Exibir Relatórios Ferramentas Receber Arquivos Ajuda
Cadastro Movimento
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINI
HOSPITAL E MATERNIDADE THERE
Cadastro de Responsável
Responsável
Inscrição
Tipo: 1 - CNPJ
Número: 21.583.042/0001-72
Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JES
Confirma
990075 - Importação efetuada com sucesso. Deseja solicitar Informação de Saldo Base para Fins Rescisório ?
Sim
Não
Bairro: SAO MATEUS
CEP: 36025-330
Cidade: JUIZ DE FORA
UF: MG
Nova Empresa
Alterar

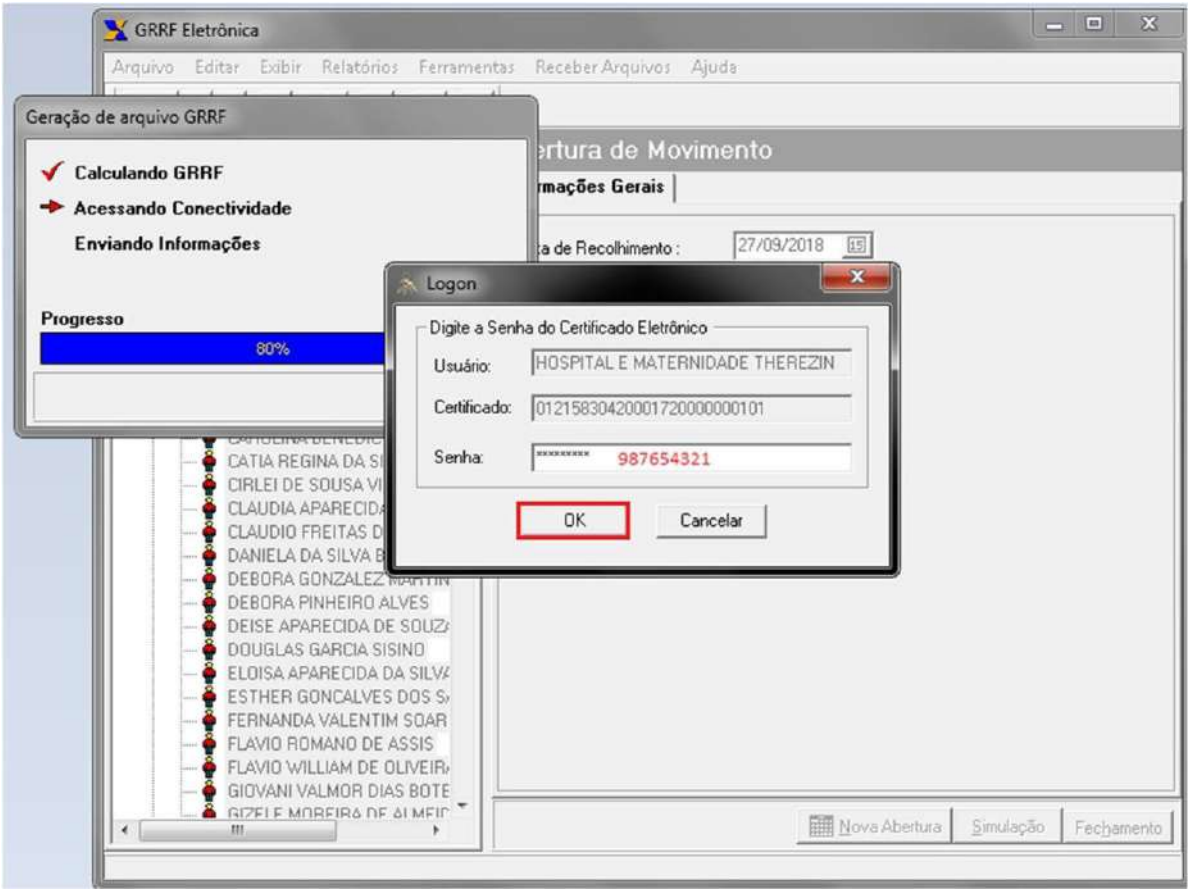

GRRF Eletrônica
Arquivo Editar Exibir Relatórios Ferramentas Receber Arquivos Ajuda
Cadastro Movimento
Complemento de Saldo do Trabalhador
Complemento Saldo
Identificação
Empresa: 21.583.042/0001-72 - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JES
Trabalhador: 128.89788.12-3 - RENATA ELERATI SCHMIDT
Não Recolhidos
Recolhidos e Não Processados
Recolhidos e Não Individualizados
Mês da Competência
Valor da Remuneração
Valor FGTS Trabalhador
- Selecionar filial;
- Selecionar funcionário;
- Selecionar a aba "Movimento";
- Clicar com a tecla direita do mouse e "Marcar Participação";
Marcar Participação
Retirar Fechamento
Localizar
Total de Depósitos + JAM não Recolhidos: 0,00
Saldo Base para Fins Rescisórios + JAM atualizado: 27.776,76
Para o fechamento o valor do saldo base para fins rescisórios será corrigido até a data de recolhimento e acrescido dos depósitos + JAM da GRRF
Total do Saldo Base para Fins Rescisórios : 27.776,76
Simulação
Novo Complemento
Excluir


GRRF Eletrônica
Arquivo Editar Exibir Relatórios Ferramentas Receber Arquivos Ajuda
Cadastro Movimento
Abertura de Movimento
Informações Gerais
Data de Recolhimento : 27/09/2018
Simulação:
Conferência dos valores calculados para pagamento da GRRF
Fechamento:
Confirmação e fechamento dos valores de GRRF para geração de guia para pagamento.
Senha:
987654321
Nova Abertura
Simulação
Fechamento

- SIMULAÇÃO:
- Conferir valores lançados para a GRRF;
- Fechar e avançar para FECHAMENTO da GRRF (vide próximas telas);




GRRF Eletrônica
Arquivo Editar Exibir Relatórios Ferramentas Receber Arquivos Ajuda
Cadastro Movimento
Abertura de Movimento
Informações Gerais
Data de Recolhimento : 27/09/2018
Confirma
990404 - Após o fechamento não será permitido efetuar alterações. Para os trabalhadores das empresas que transmitem os seus próprios arquivos, sem intervenção de procurador, será gerado automaticamente o pagamento do FGTS. Para aqueles vinculados às demais empresas, a comunicação de afastamento deve ser efetuada por meio do aplicativo WEB do Conectividade Social, coletivo ou individual. As informações aqui prestadas são de sua inteira responsabilidade. Confirma a solicitação ?
Sim
Não
Nova Abertura
Simulação
Fechamento


GRRF Eletrônica
Geração de arquivo GRRF
Calculando GRRF
Acessando Conectividade
Enviando Informações
Progresso
80%
Logon
Digite a Senha do Certificado Eletrônico
Usuário: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZIN
Certificado: 01215830420001720000000101
Senha: 987654321
OK
Cancelar
Nova Abertura
Simulação
Fechamento

IV. Siglas e Definições

TRCT → Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho
GRRF → Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

V. Anexos

N/A

VI. Referências

CLT

I. Objetivos

Executar a rotina de Férias dos Colaboradores.

II. Materiais

Computador

Sistema RM Labore

III. Descrição dos passos da atividade

A programação mensal de férias do funcionário será feito no Sistema de folha de pagamento RM Labore pelo Assistente Administrativo ou pelo Coordenador de Pessoal.

- Entrar no programa “RM Labore”
- Login: Usuário: xxxx
- Senha: yyyy

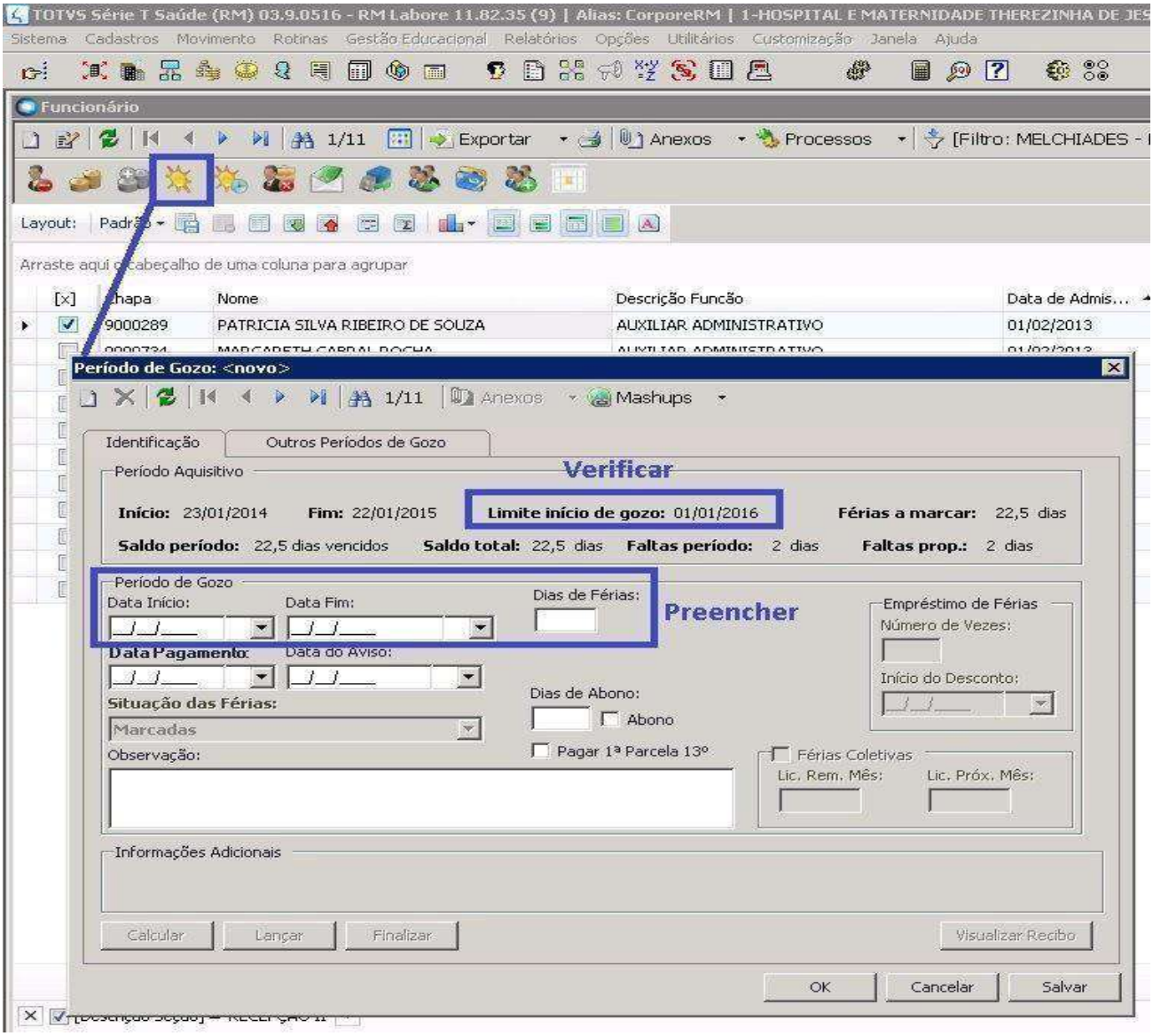
O Coordenador do Setor avisa ao Departamento de Pessoas quarenta e cinco dias (45) de antecedência que o colaborador irá gozar férias.

O Aviso de Férias será entregue ao colaborador para assinatura 30 dias de antecedência do dia do gozo das suas férias.

O pagamento das férias é realizado dois (2) dias úteis antes do dia do gozo das suas Férias.

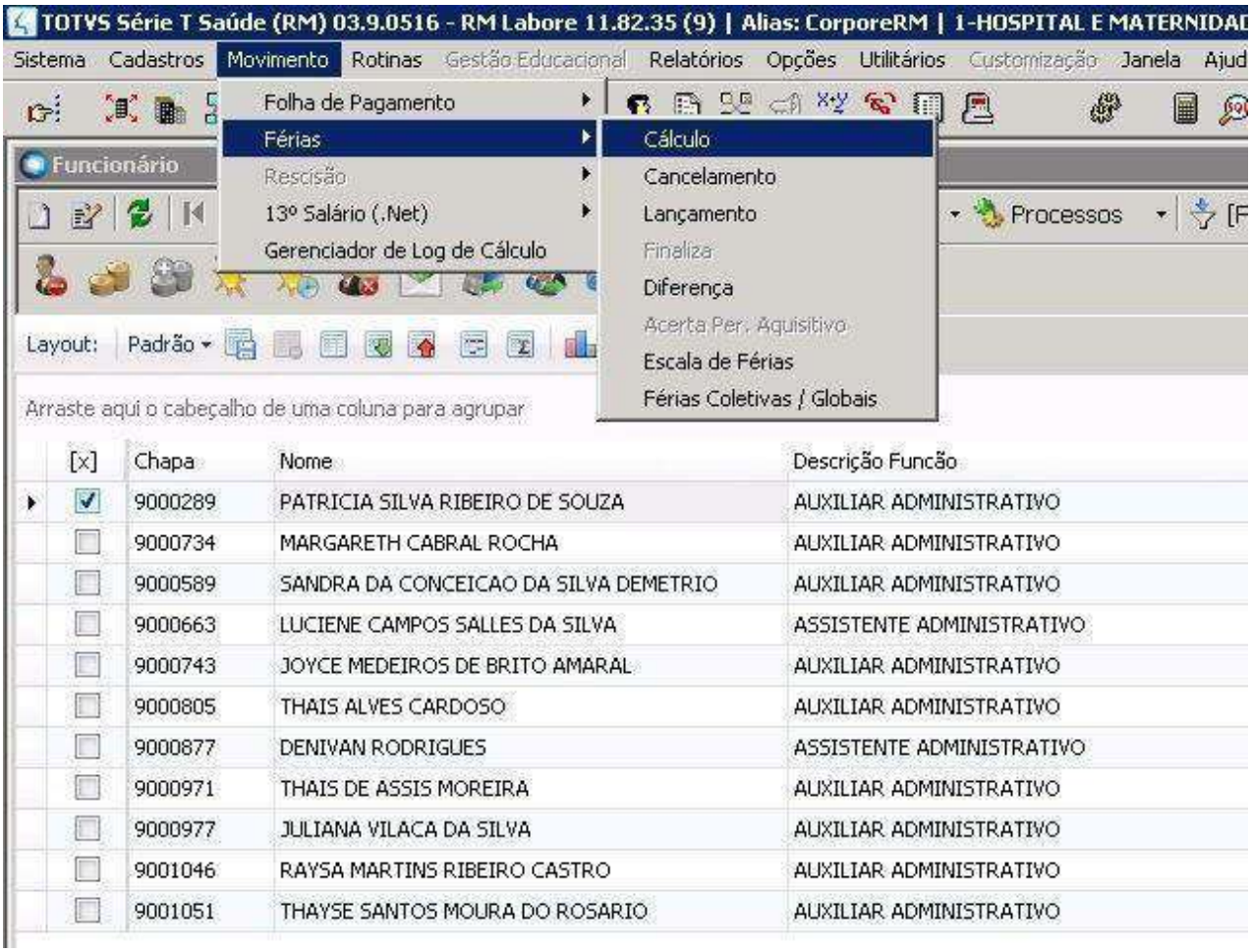
- Cadastro de férias

Cadastros / Funcionários / Selecione o funcionário / Férias / Cadastre de Início de Gozo, Data de Pagamento, Dias de Férias.

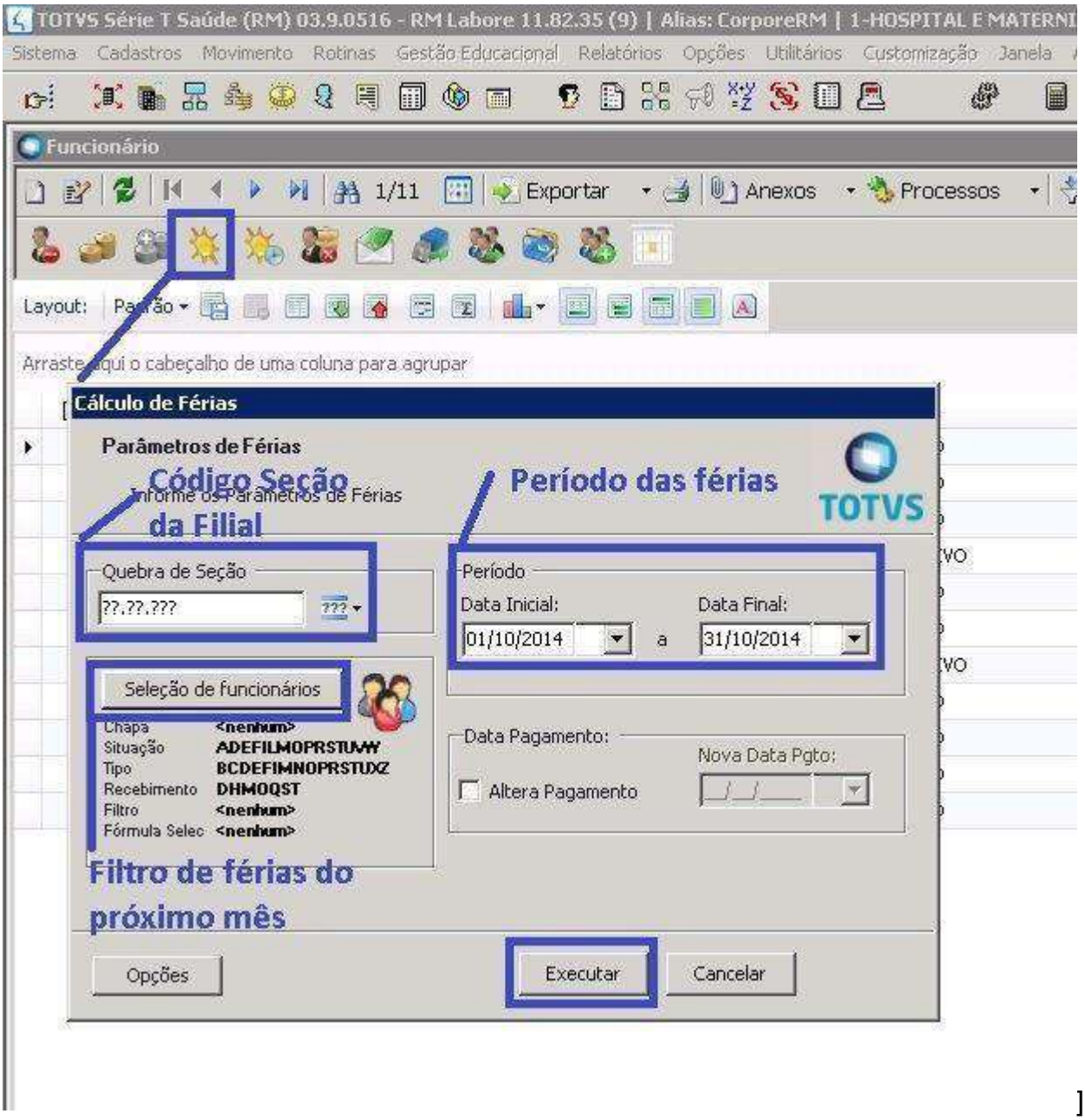


- Cálculo de férias

Para cálculo das férias do funcionário, Acesse: Movimento / Férias / Cálculo.



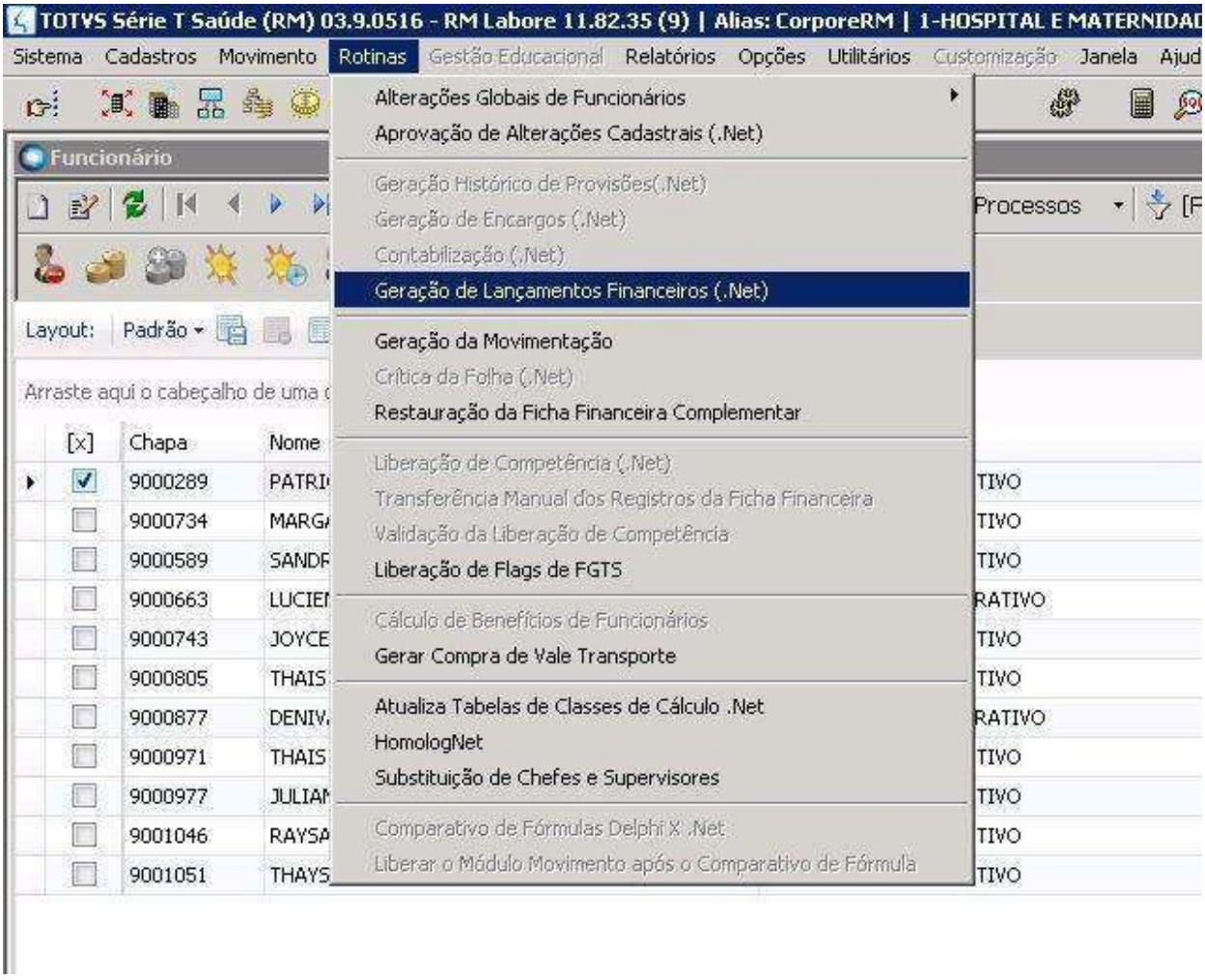
Para cálculo das férias do funcionário, acesse: Movimento / Férias / Cálculo / Preencher o Código Seção da Filial, Período das Férias, Filtre que está de férias no próximo mês / Executar.



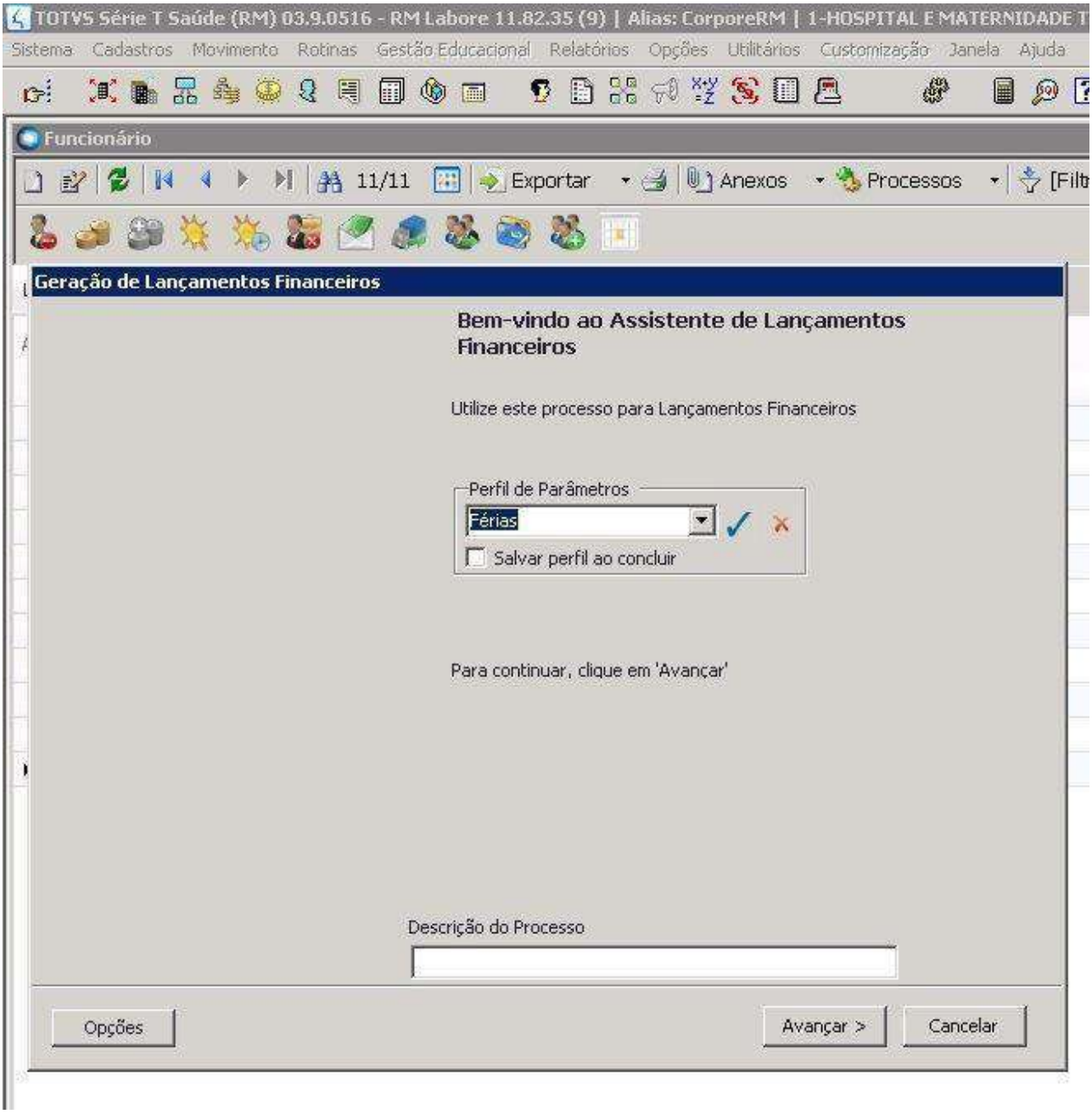
]

- Lançamento Financeiro

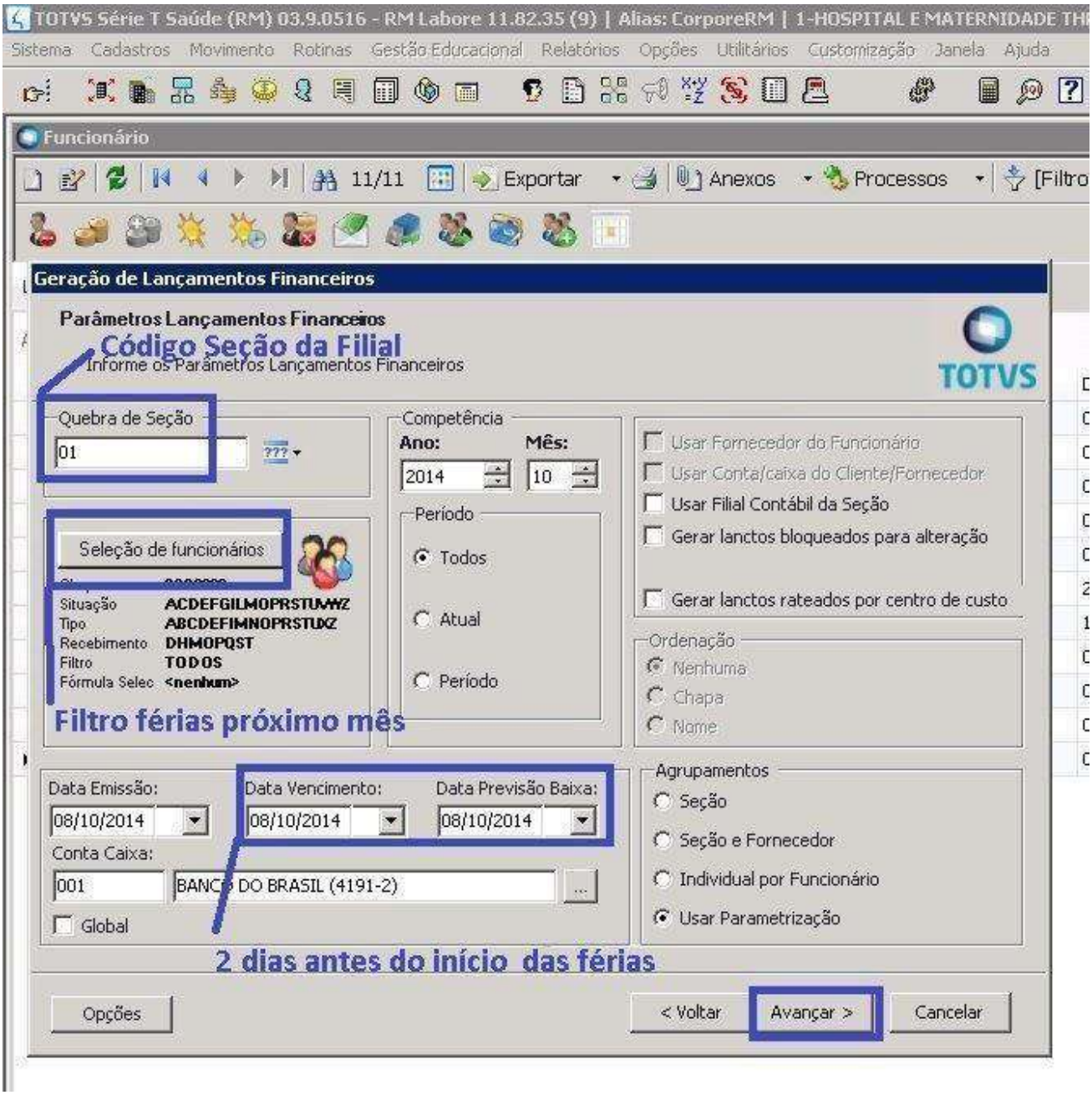
Para lançamento financeiro das férias do funcionário, acesse - Rotinas / Geração de Lançamentos Financeiros (.Net).

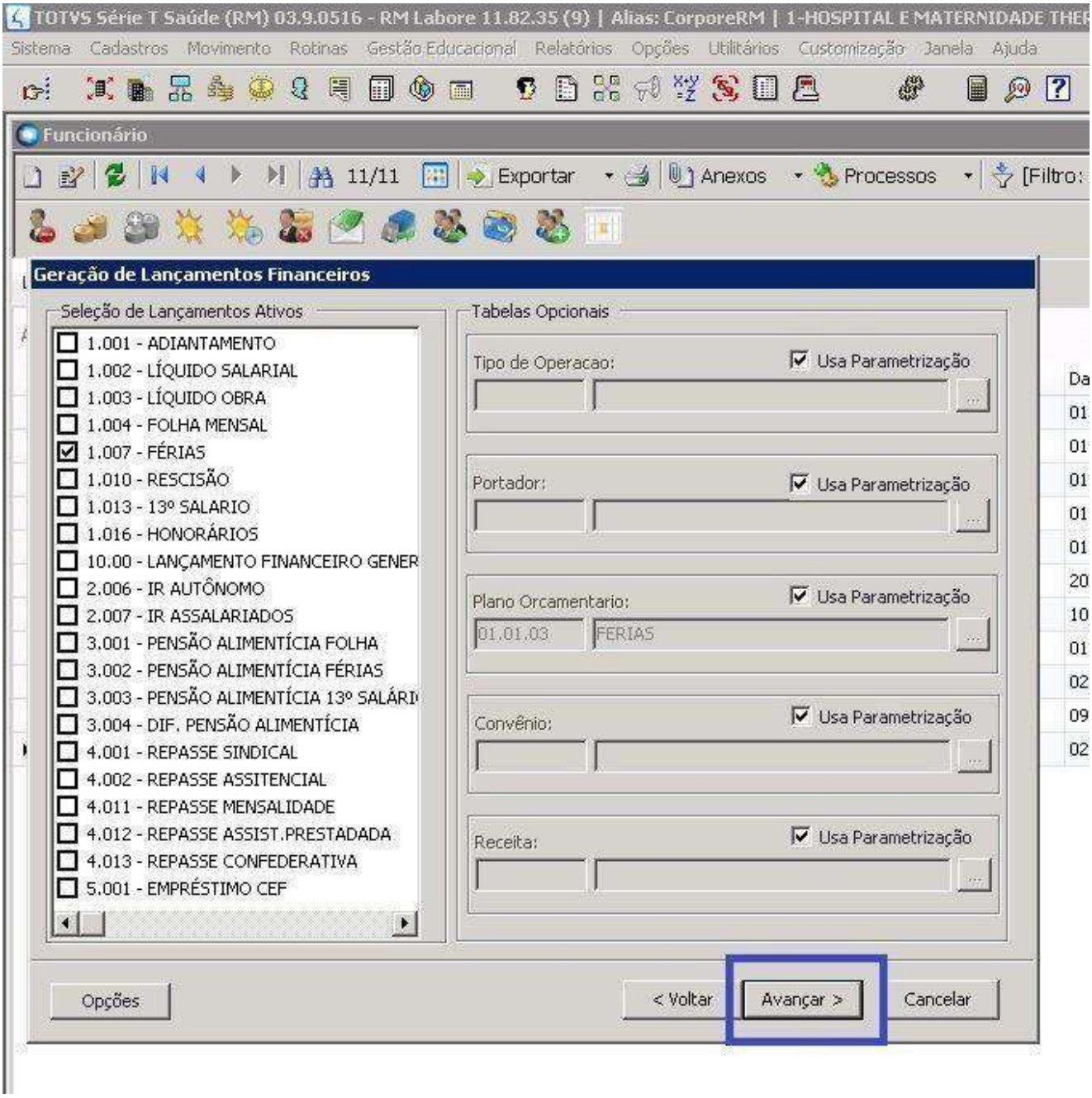


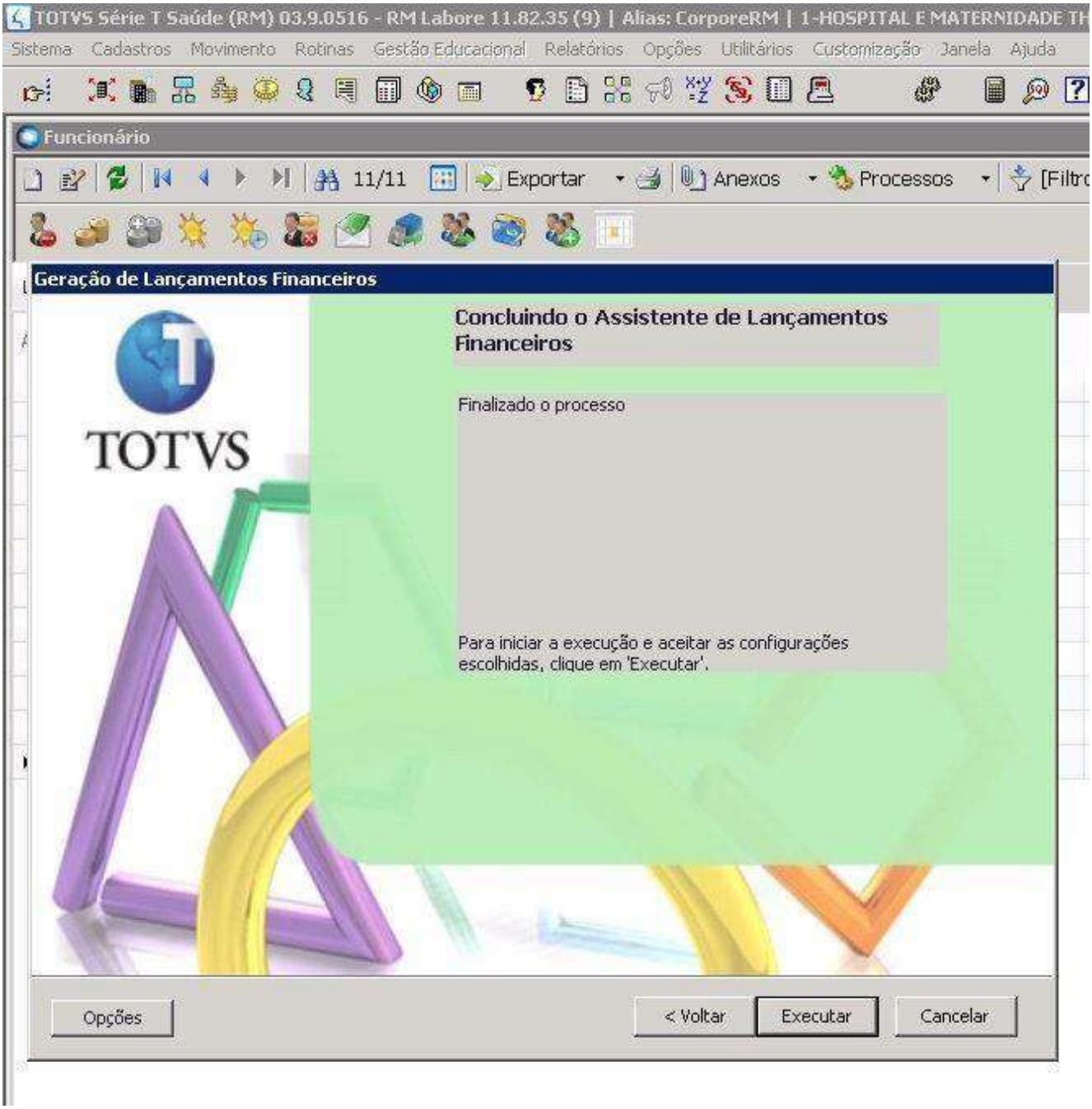
Para lançamento financeiro das férias do funcionário, acesse: Rotinas / Geração de Lançamentos Financeiros (.Net).



Para lançamento financeiro das férias do funcionário, acesse: Rotinas / Geração de Lançamentos Financeiros (.Net) / Preencher o Código Seção da Filial, Competência, Filtre que está de férias no próximo mês, Data de Vencimento, Data de Previsão da Baixa / Avançar.

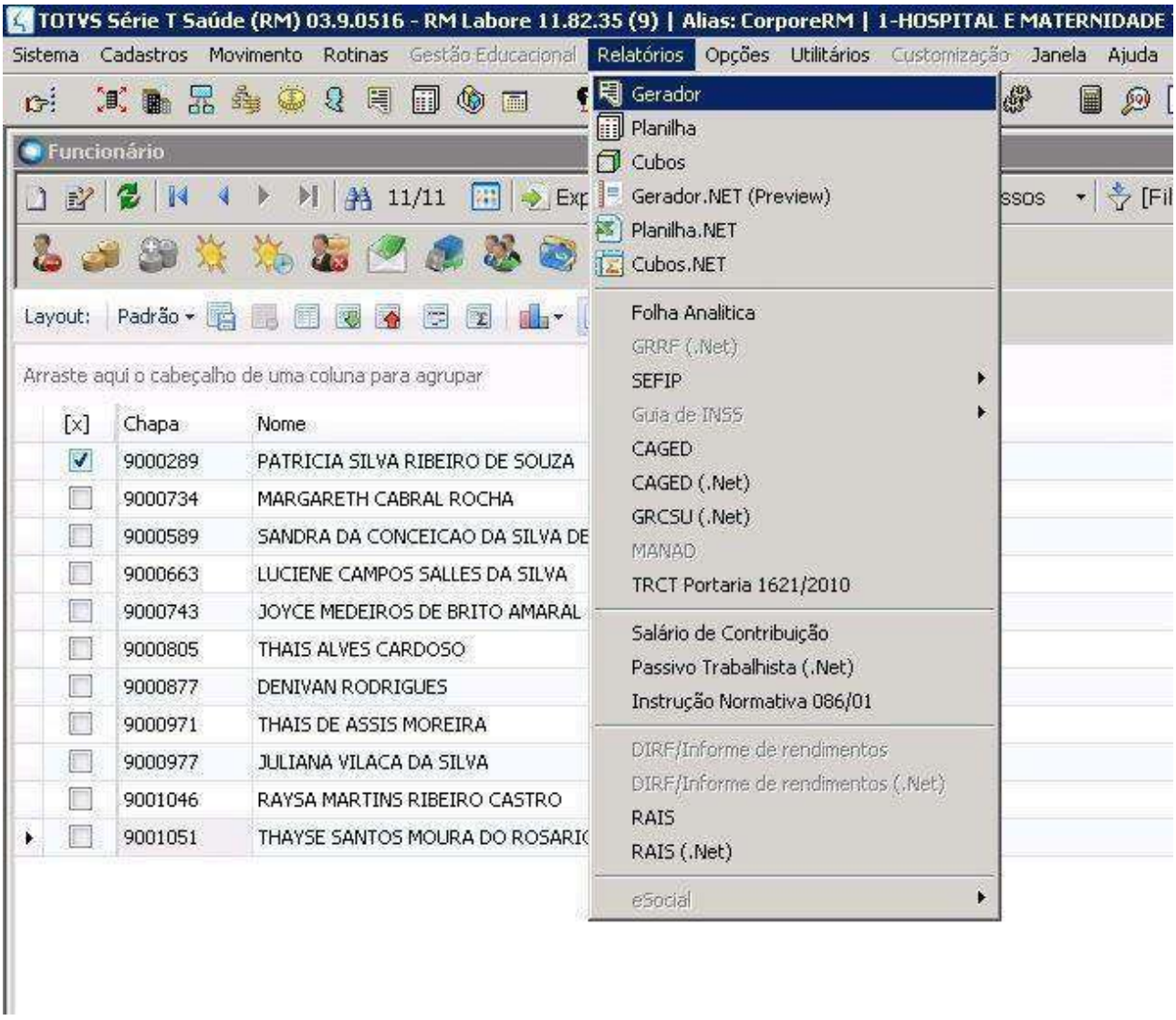



TOTVS Série T Saúde (RM) 03.9.0516 - RM Labore 11.82.35 (9) | Alias: CorporeRM | 1-HOSPITAL E MATERNIDADE THER
Sistema Cadastros Movimento Rotinas Gestão Educacional Relatórios Opções Utilitários Customização Janela Ajuda
Funcionário
11/11 Exportar Anexos Processos [Filtro:
Geração de Lançamentos Financeiros
Seleção de Lançamentos Ativos
1.001 - ADIANTAMENTO
1.002 - LÍQUIDO SALARIAL
1.003 - LÍQUIDO OBRA
1.004 - FOLHA MENSAL
1.007 - FÉRIAS
1.010 - RESCISÃO
1.013 - 13º SALARIO
1.016 - HONORÁRIOS
10.00 - LANÇAMENTO FINANCEIRO GENER
2.006 - IR AUTÔNOMO
2.007 - IR ASSALARIADOS
3.001 - PENSÃO ALIMENTÍCIA FOLHA
3.002 - PENSÃO ALIMENTÍCIA FÉRIAS
3.003 - PENSÃO ALIMENTÍCIA 13º SALÁRI
3.004 - DIF. PENSÃO ALIMENTÍCIA
4.001 - REPASSE SINDICAL
4.002 - REPASSE ASSITENCIAL
4.011 - REPASSE MENSALIDADE
4.012 - REPASSE ASSIST.PRESTADADA
4.013 - REPASSE CONFEDERATIVA
5.001 - EMPRÉSTIMO CEF
Tabelas Opcionais
Tipo de Operacao: Usa Parametrização
Portador: Usa Parametrização
Plano Orcamentario: Usa Parametrização
01.01.03 FERIAS
Convênio: Usa Parametrização
Receita: Usa Parametrização
Opções
< Voltar
Avançar >
Cancelar


TOTVS Série T Saúde (RM) 03.9.0516 - RM Labore 11.82.35 (9) | Alias: CorporeRM | 1-HOSPITAL E MATERNIDADE TH
Sistema Cadastros Movimento Rotinas Gestão Educacional Relatórios Opções Utilitários Customização Janela Ajuda
Funcionário
11/11
Exportar
Anexos
Processos
Geração de Lançamentos Financeiros
TOTVS
Concluindo o Assistente de Lançamentos Financeiros
Finalizado o processo
Para iniciar a execução e aceitar as configurações escolhidas, clique em 'Executar'.
Opções
< Voltar
Executar
Cancelar

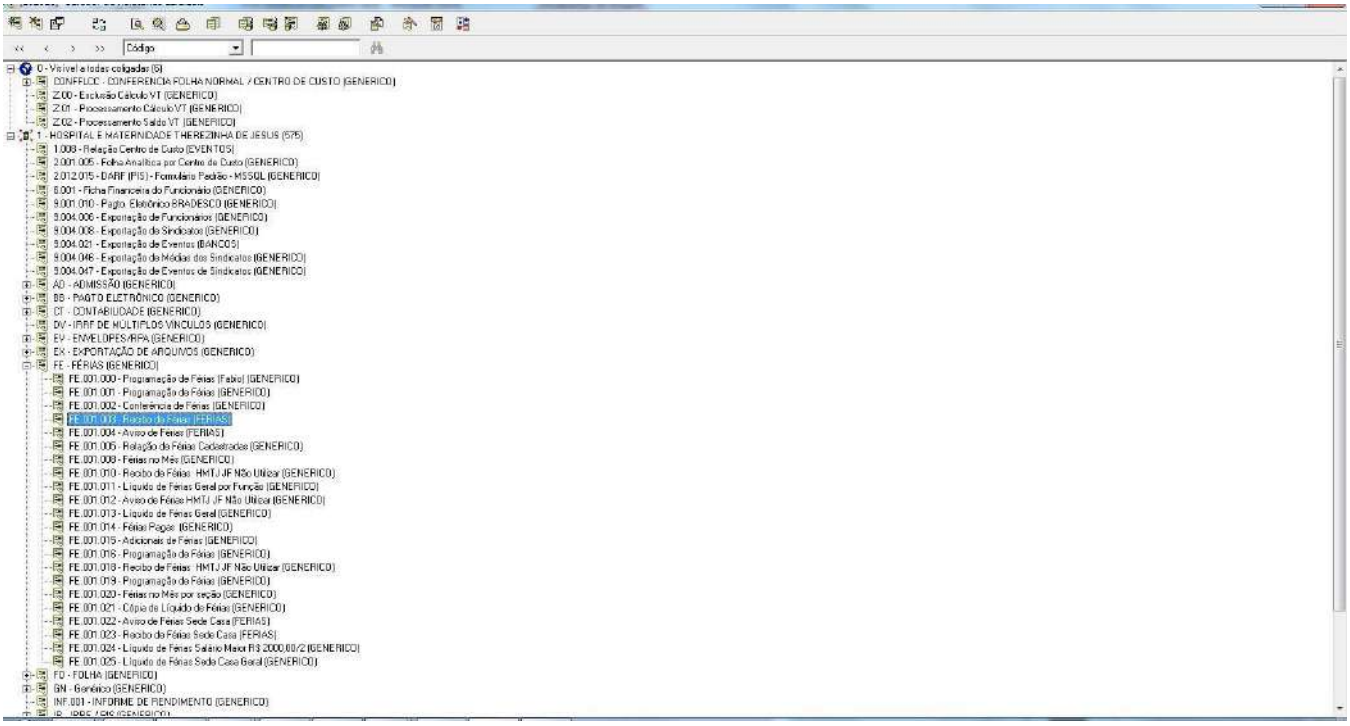
- Geração arquivos de férias

Para geração de Aviso, Recibo, Líquido e Arquivo bancário de Férias, acesse - Relatórios / Gerador.



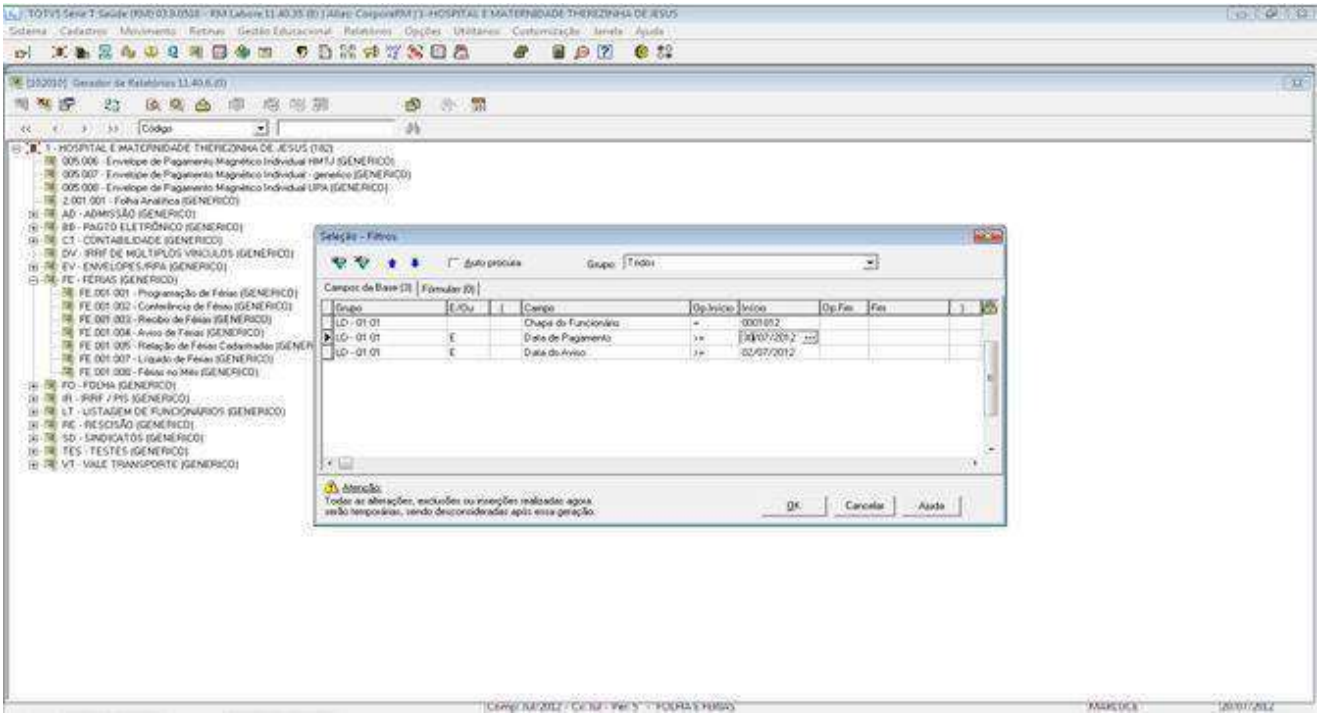
- Para geração do Recibo de Férias:

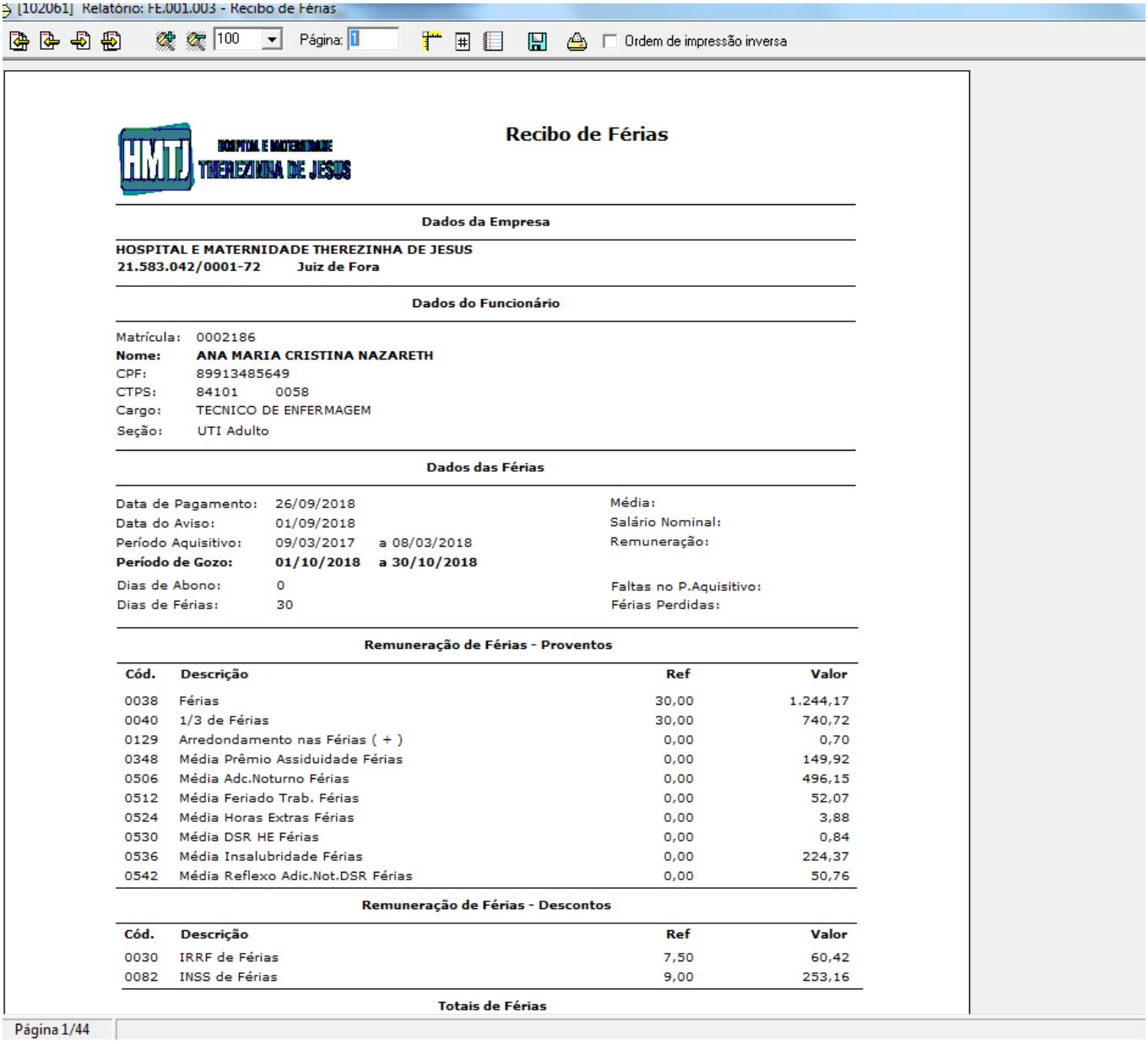
Acesse – Relatórios / Gerador / FE.001.003.



Para geração do Recibo de Férias:

Acesse – Relatórios / Gerador / FE.001.003 / Preencher da Data de Pagamento, Data do Aviso.





[102061] Relatório: FE.001.003 - Recibo de Férias

100 Página: 1 Ordem de impressão inversa

Recibo de Férias

Dados da Empresa

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
21.583.042/0001-72 **Juiz de Fora**

Dados do Funcionário

Matrícula: 0002186
Nome: **ANA MARIA CRISTINA NAZARETH**
CPF: 89913485649
CTPS: 84101 0058
Cargo: TECNICO DE ENFERMAGEM
Seção: UTI Adulto

Dados das Férias

Data de Pagamento: 26/09/2018 — Média:
Data do Aviso: 01/09/2018 — Salário Nominal:
Período Aquisitivo: 09/03/2017 a 08/03/2018 — Remuneração:
Período de Gozo: **01/10/2018** **a 30/10/2018**
Dias de Abono: 0 — Faltas no P.Aquisitivo:
Dias de Férias: 30 — Férias Perdidas:

Remuneração de Férias - Proventos

Cód.	Descrição	Ref	Valor
0038	Férias	30,00	1.244,17
0040	1/3 de Férias	30,00	740,72
0129	Arredondamento nas Férias (+)	0,00	0,70
0348	Média Prêmio Assiduidade Férias	0,00	149,92
0506	Média Adc.Noturno Férias	0,00	496,15
0512	Média Feriado Trab. Férias	0,00	52,07
0524	Média Horas Extras Férias	0,00	3,88
0530	Média DSR HE Férias	0,00	0,84
0536	Média Insalubridade Férias	0,00	224,37
0542	Média Reflexo Adic.Not.DSR Férias	0,00	50,76

Remuneração de Férias - Descontos

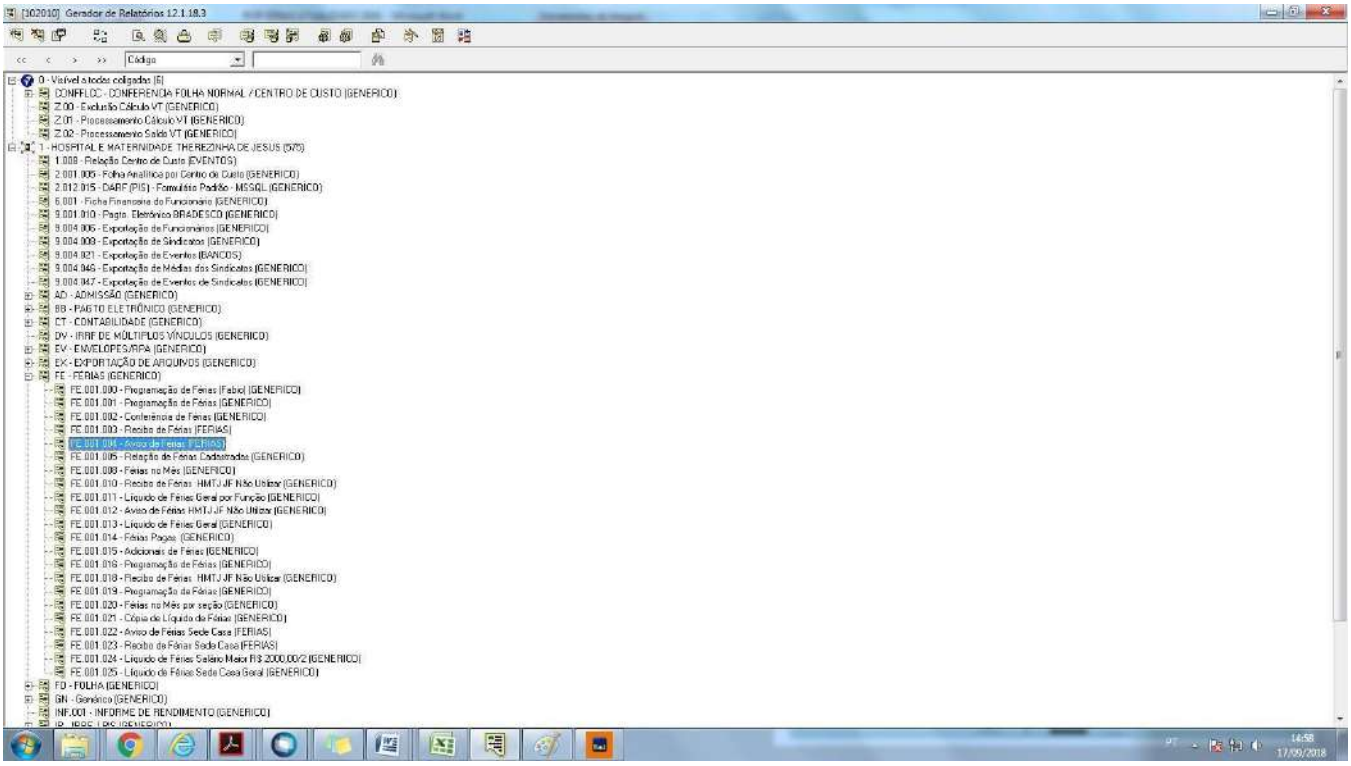
Cód.	Descrição	Ref	Valor
0030	IRRF de Férias	7,50	60,42
0082	INSS de Férias	9,00	253,16

Totais de Férias

Página 1/44

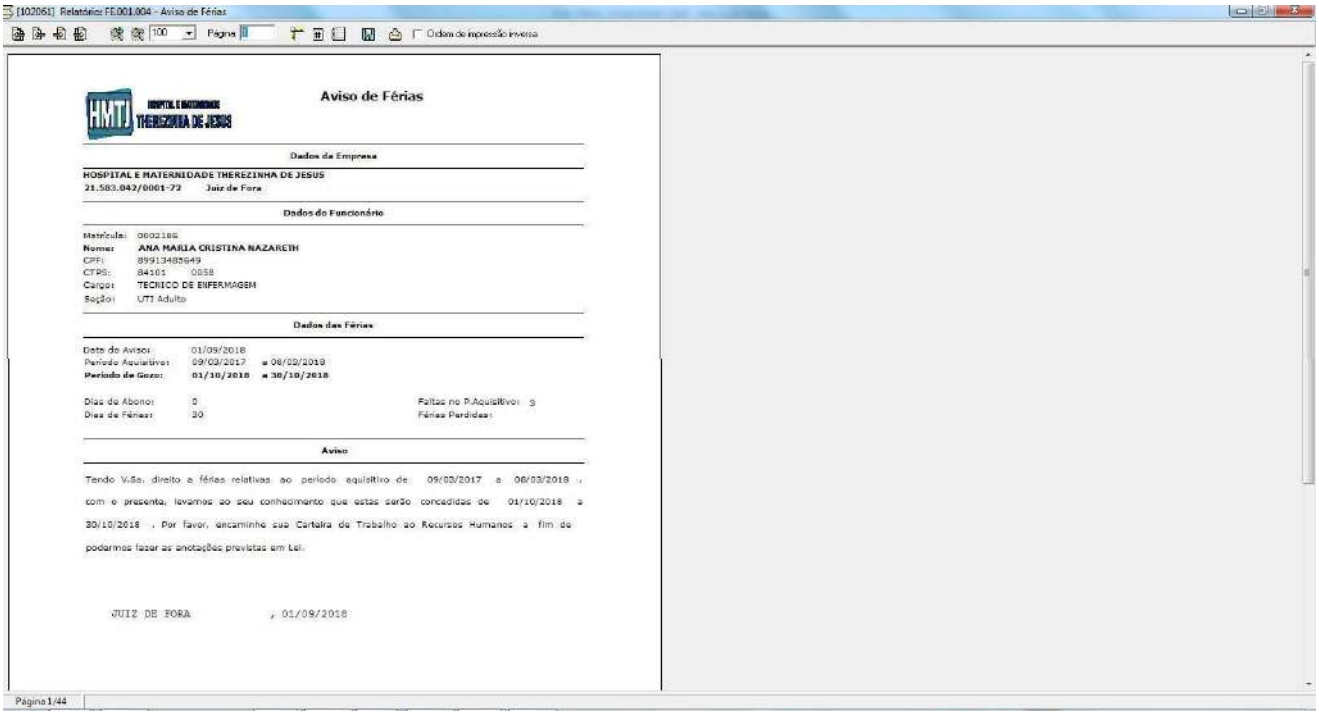
Para geração de Aviso de Férias:

Acesse - Relatórios / Gerador / FE.001.004



Para geração do Aviso de Férias:

Acesse - Relatórios / Gerador / FE.001.004 / Preencher da Data de Pagamento, Data do Aviso.



[102061] Relatório FE.001.004 - Aviso de Férias

Página 1/44

Aviso de Férias

Dados da Empresa

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
21.583.042/0001-72 Juiz de Fora

Dados do Funcionário

Matrícula: 0002186
Nome: ANA MARIA CRISTINA NAZARETH
CPF: 89913485649
CTPS: 84101 0058
Cargo: TECNICO DE ENFERMAGEM
Seção: UTI Adulto

Dados das Férias

Data do Aviso: 01/09/2018
Período Aquisitivo: 09/03/2017 a 08/03/2018
Período de Gozo: 01/10/2018 a 30/10/2018

Dias de Abono: 0 Faltas no P.Aquisitivo: 5
Dias de Férias: 30 Férias Perdidas:

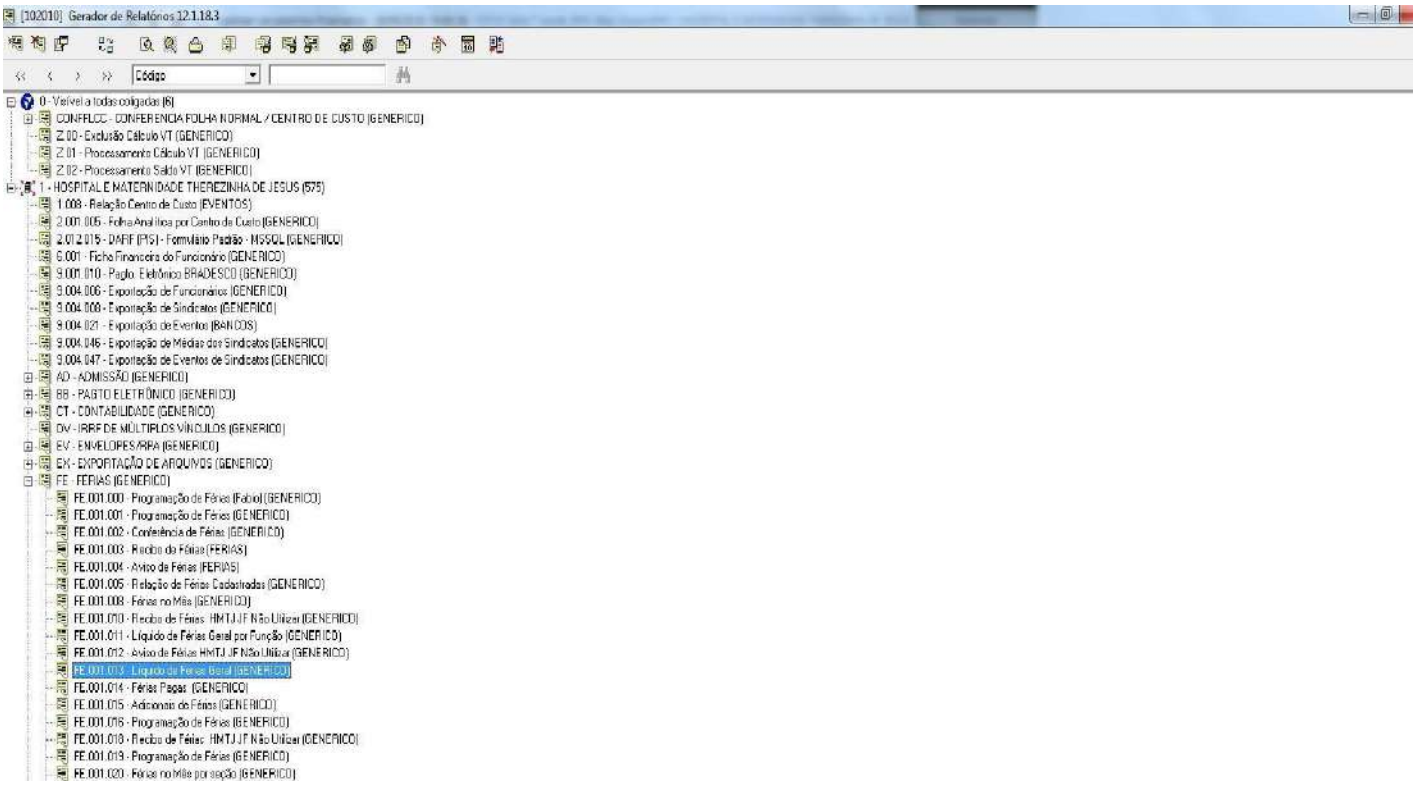
Aviso

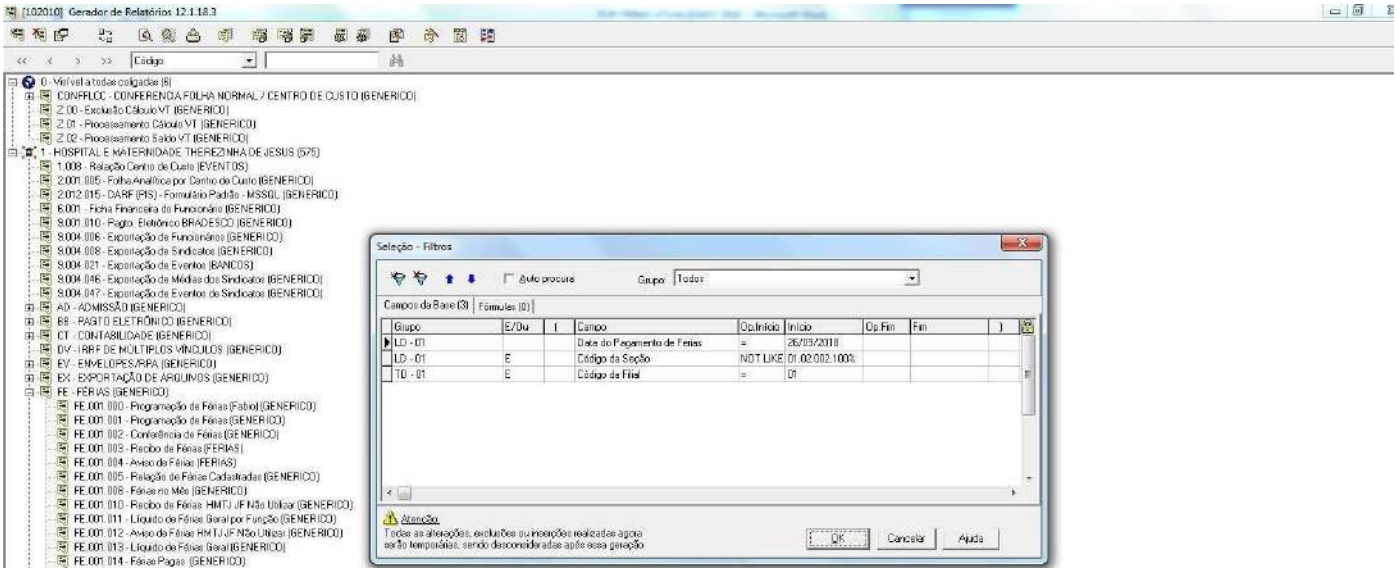
Tendo V.Sa. direito a férias relativas ao período aquisitivo de 09/03/2017 a 08/03/2018 , com o presente, levamos ao seu conhecimento que estas serão concedidas de 01/10/2018 a 30/10/2018 . Por favor, encaminhe sua Carteira de Trabalho ao Recursos Humanos a fim de podermos fazer as anotações previstas em Lei.

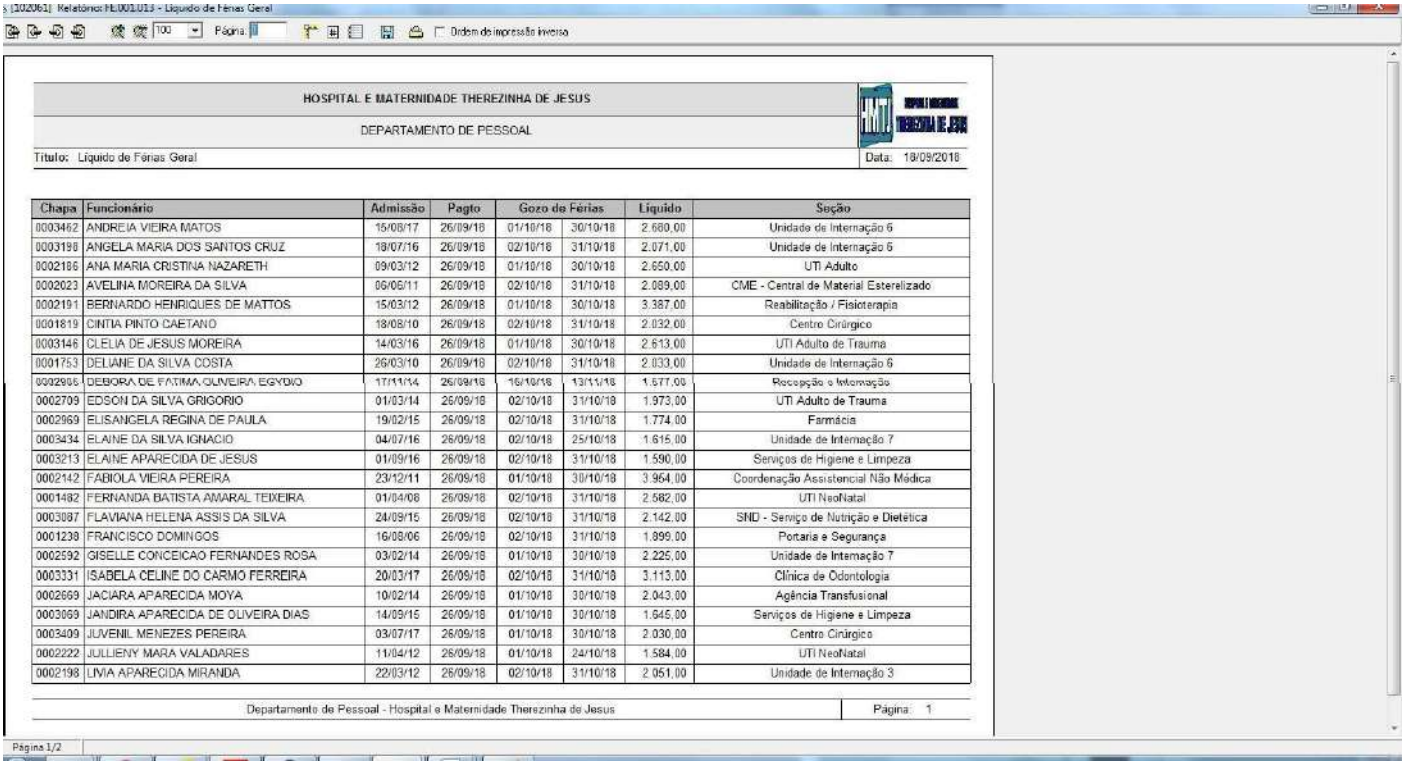
JUIZ DE FORA , 01/09/2018

Para geração do Líquido de Férias:

Acesse - Relatórios / Gerador / FE.001.013







HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DEPARTAMENTO DE PESSOAL

Titulo: Líquido de Férias Geral — Data: 18/09/2018

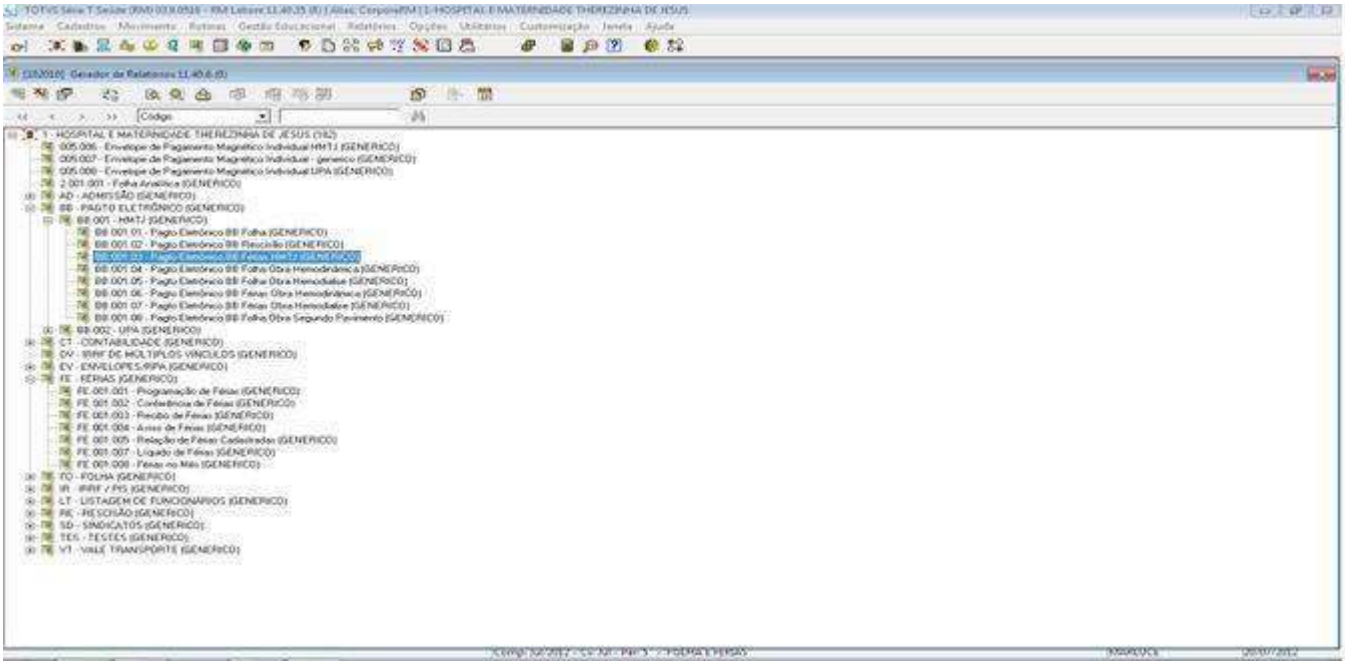
Chapa	Funcionário	Admissão	Pagto	Gozo de Férias		Líquido	Seção
0003462	ANDREIA VIEIRA MATOS	15/08/17	26/09/18	01/10/18	30/10/18	2.680,00	Unidade de Internação 6
0003198	ANGELA MARIA DOS SANTOS CRUZ	18/07/16	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.071,00	Unidade de Internação 6
0002186	ANA MARIA CRISTINA NAZARETH	09/03/12	26/09/18	01/10/18	30/10/18	2.650,00	UTI Adulto
0002023	AVELINA MOREIRA DA SILVA	06/06/11	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.089,00	CME - Central de Material Esterelizado
0002191	BERNARDO HENRIQUES DE MATTOS	15/03/12	26/09/18	01/10/18	30/10/18	3.387,00	Reabilitação / Fisioterapia
0001819	CINTIA PINTO CAETANO	18/08/10	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.032,00	Centro Cirúrgico
0003146	CLELIA DE JESUS MOREIRA	14/03/16	26/09/18	01/10/18	30/10/18	2.613,00	UTI Adulto de Trauma
0001753	DELIANE DA SILVA COSTA	26/03/10	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.033,00	Unidade de Internação 6
0002986	DEBORA DE FATIMA OLIVEIRA EGYDIO	17/11/14	26/09/18	16/10/18	13/11/18	1.677,00	Recepção e Internação
0002709	EDSON DA SILVA GRIGORIO	01/03/14	26/09/18	02/10/18	31/10/18	1.973,00	UTI Adulto de Trauma
0002969	ELISANGELA REGINA DE PAULA	19/02/15	26/09/18	02/10/18	31/10/18	1.774,00	Farmácia
0003434	ELAINE DA SILVA IGNACIO	04/07/16	26/09/18	02/10/18	25/10/18	1.615,00	Unidade de Internação 7
0003213	ELAINE APARECIDA DE JESUS	01/09/16	26/09/18	02/10/18	31/10/18	1.590,00	Serviços de Higiene e Limpeza
0002142	FABIOLA VIEIRA PEREIRA	23/12/11	26/09/18	01/10/18	30/10/18	3.964,00	Coordenação Assistencial Não Médica
0001482	FERNANDA BATISTA AMARAL TEIXEIRA	01/04/08	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.582,00	UTI NeoNatal
0003087	FLAVIANA HELENA ASSIS DA SILVA	24/09/15	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.142,00	SND - Serviço de Nutrição e Dietética
0001238	FRANCISCO DOMINGOS	16/08/06	26/09/18	02/10/18	31/10/18	1.899,00	Portaria e Segurança
0002592	GISELLE CONCEICAO FERNANDES ROSA	03/02/14	26/09/18	01/10/18	30/10/18	2.225,00	Unidade de Internação 7
0003331	ISABELA CELINE DO CARMO FERREIRA	20/03/17	26/09/18	02/10/18	31/10/18	3.113,00	Clínica de Odontologia
0002669	JACIARA APARECIDA MOYA	10/02/14	26/09/18	01/10/18	30/10/18	2.043,00	Agência Transfusional
0003069	JANDIRA APARECIDA DE OLIVEIRA DIAS	14/09/15	26/09/18	01/10/18	30/10/18	1.645,00	Serviços de Higiene e Limpeza
0003409	JUVENIL MENEZES PEREIRA	03/07/17	26/09/18	01/10/18	30/10/18	2.030,00	Centro Cirúrgico
0002222	JULLIENY MARA VALADARES	11/04/12	26/09/18	01/10/18	24/10/18	1.584,00	UTI NeoNatal
0002198	LIVIA APARECIDA MIRANDA	22/03/12	26/09/18	02/10/18	31/10/18	2.051,00	Unidade de Internação 3

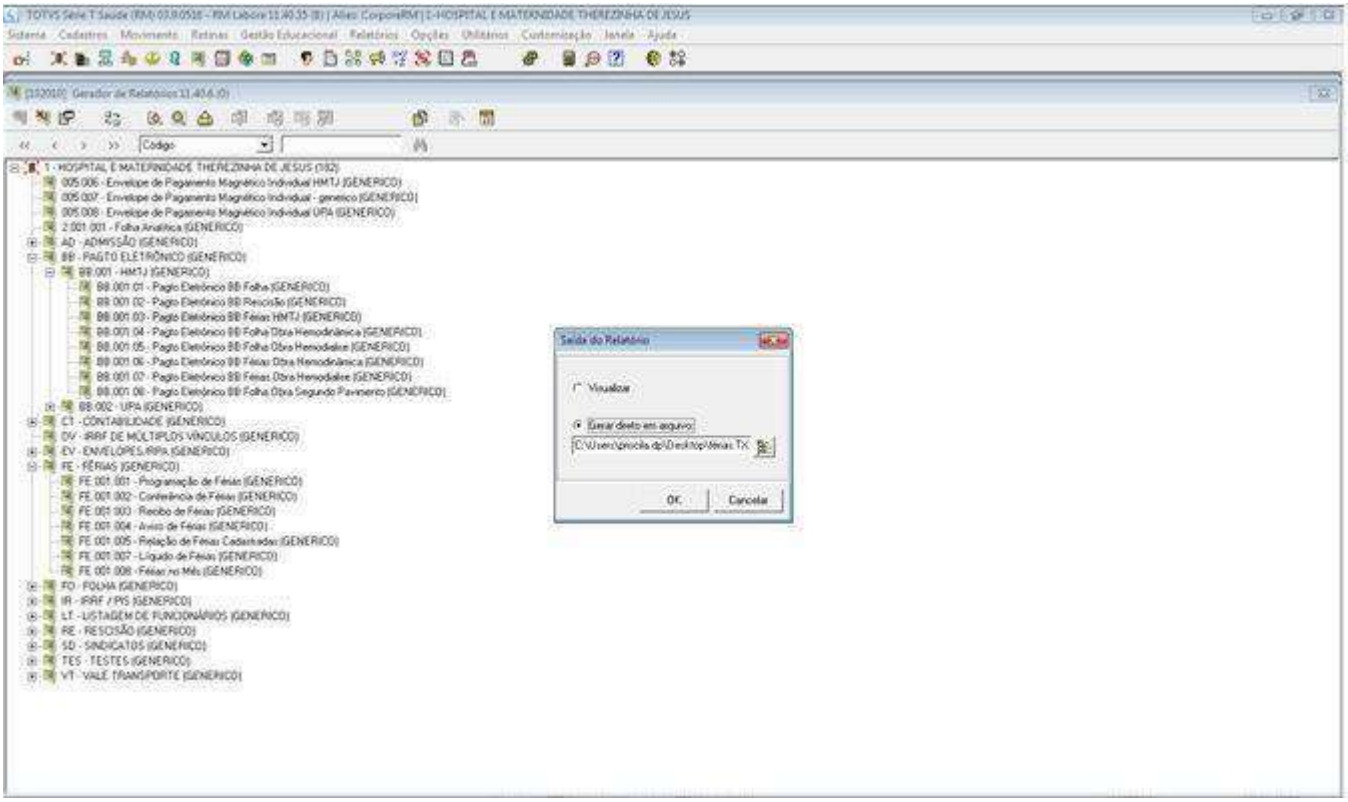
Departamento de Pessoal - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus — Página: 1

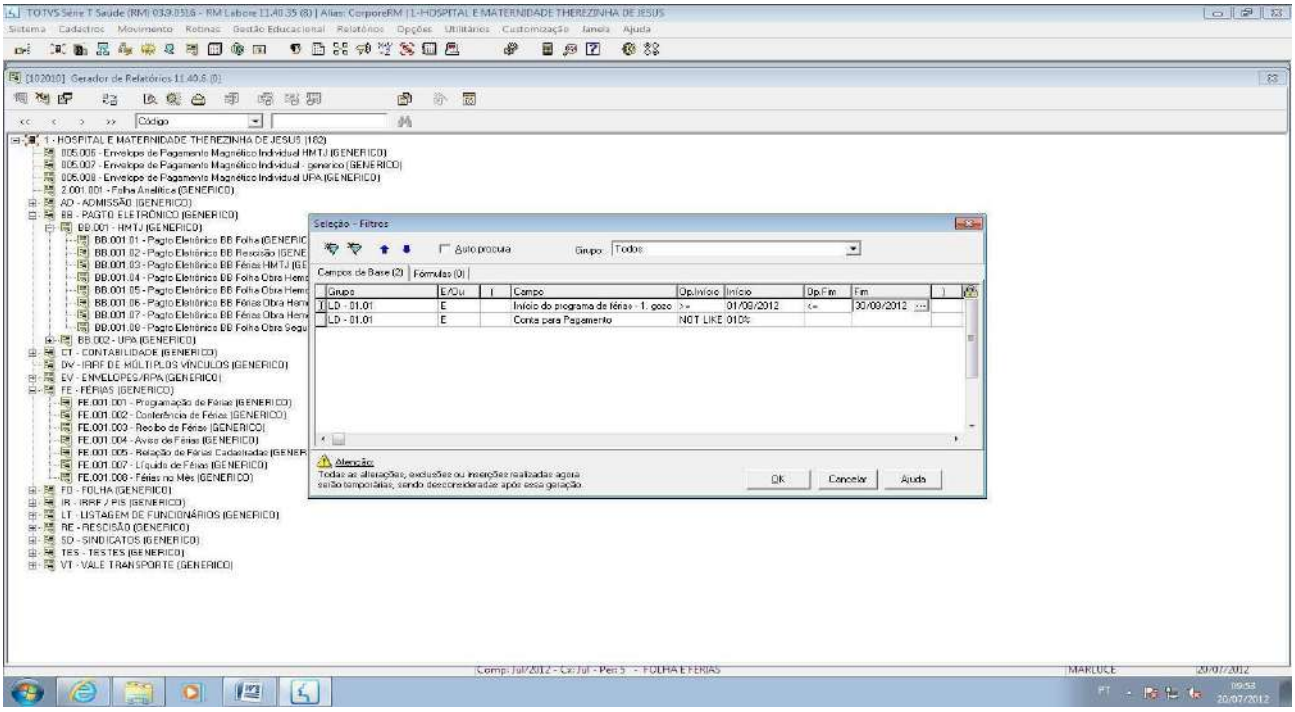
Página 1/2

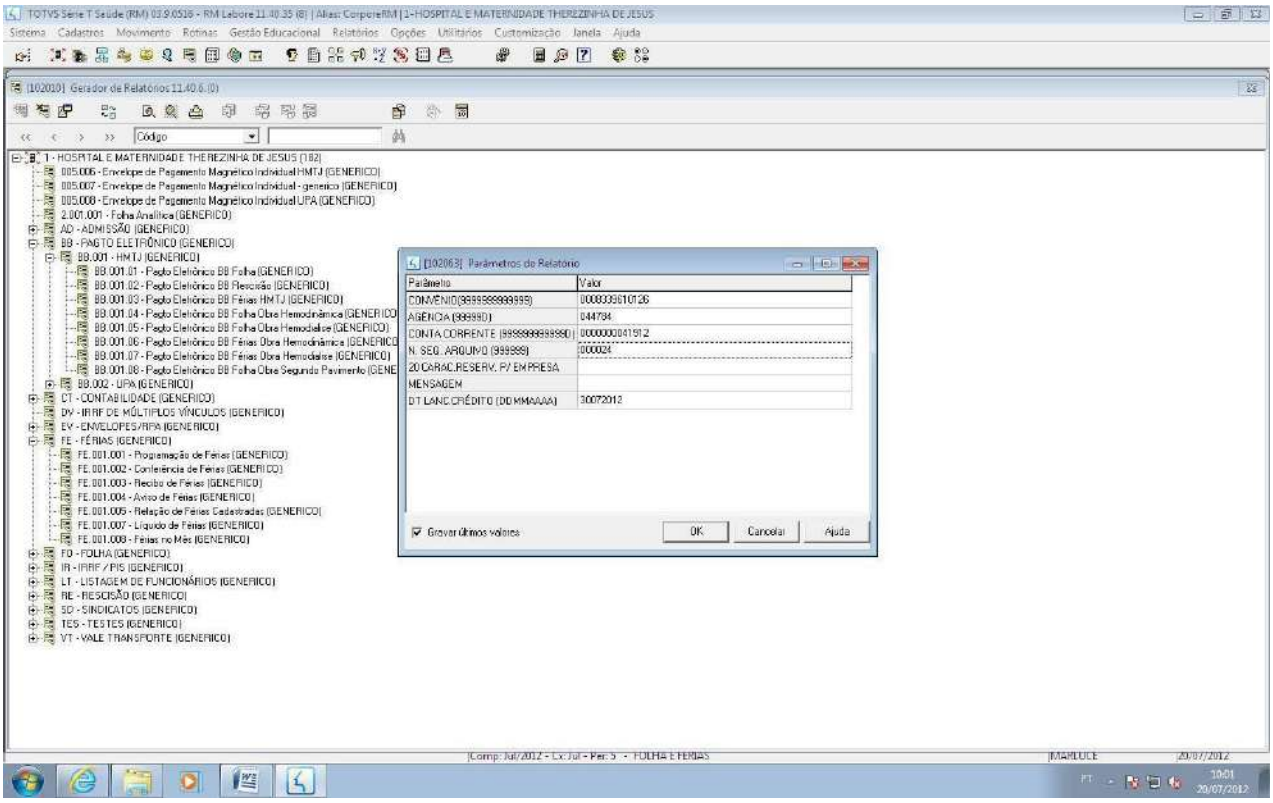
Para geração de arquivo bancário de Férias:

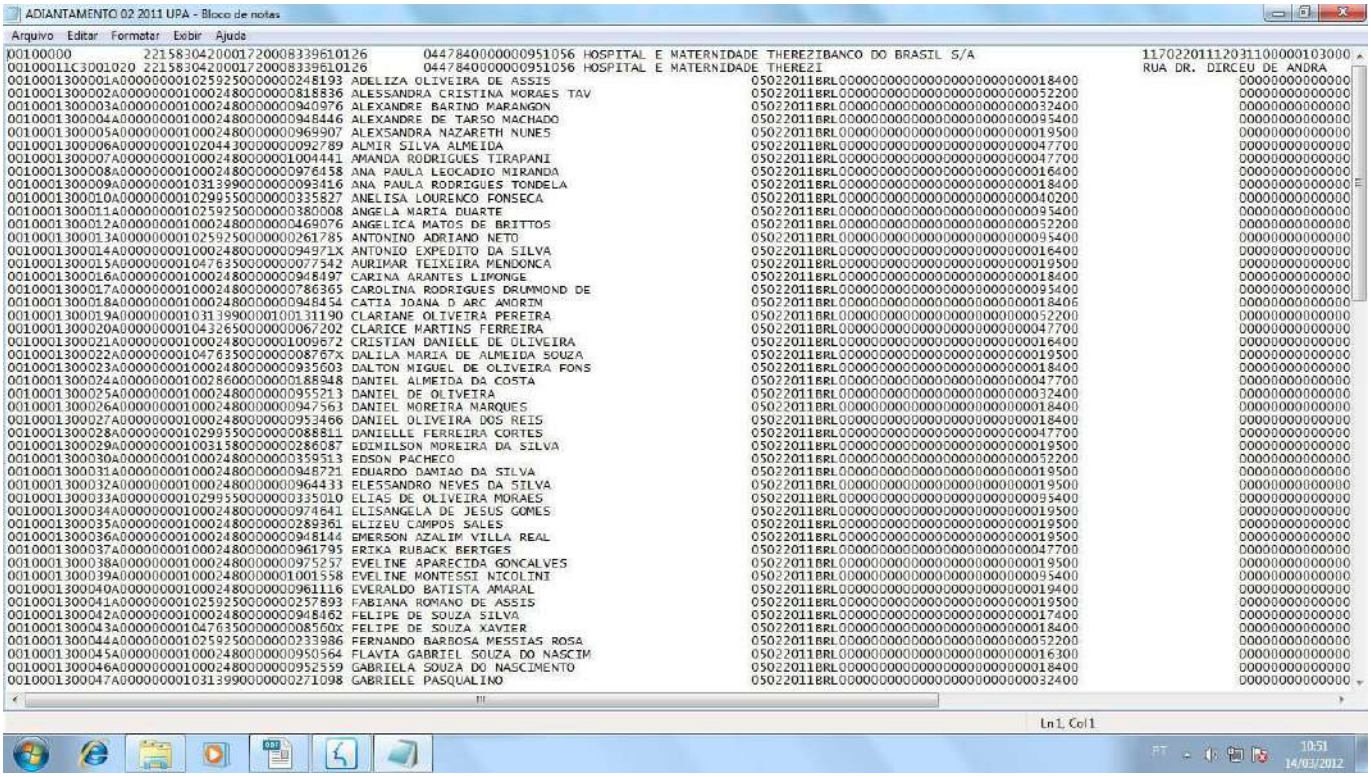
Acesse - Relatórios / Gerador / Selecione o arquivo bancário de acordo com a Filial








TOTVS Série T Saúde (RM) 03.9.0516 - RM Labore 11.40.35 (B) | Alias: CorporeRM | 1-HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Sistema Cadastros Movimento Rotinas Gestão Educacional Relatórios Opções Utilitários Customização Janela Ajuda
(102010) Gerador de Relatórios 11.40.6 (0)
Código
1 - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (182)
005.006 - Envelope de Pagamento Magnético Individual HMTJ (GENERICO)
005.007 - Envelope de Pagamento Magnético Individual - generico (GENERICO)
005.008 - Envelope de Pagamento Magnético Individual UPA (GENERICO)
2.001.001 - Folha Analítica (GENERICO)
AD - ADMISSÃO (GENERICO)
BB - PAGTO ELETRÔNICO (GENERICO)
BB.001 - HMTJ (GENERICO)
BB.001.01 - Pagto Eletrônico BB Folha (GENERICO)
BB.001.02 - Pagto Eletrônico BB Rescisão (GENERICO)
BB.001.03 - Pagto Eletrônico BB Férias HMTJ (GENERICO)
BB.001.04 - Pagto Eletrônico BB Folha Obra Hemodinâmica (GENERICO)
BB.001.05 - Pagto Eletrônico BB Folha Obra Hemodialise (GENERICO)
BB.001.06 - Pagto Eletrônico BB Férias Obra Hemodinâmica (GENERICO)
BB.001.07 - Pagto Eletrônico BB Férias Obra Hemodialise (GENERICO)
BB.001.08 - Pagto Eletrônico BB Folha Obra Segundo Pavimento (GENE
BB.002 - UPA (GENERICO)
CT - CONTABILIDADE (GENERICO)
DV - IRRF DE MÚLTIPLOS VÍNCULOS (GENERICO)
EV - ENVELOPES/RPA (GENERICO)
FE - FÉRIAS (GENERICO)
FE.001.001 - Programação de Férias (GENERICO)
FE.001.002 - Conferência de Férias (GENERICO)
FE.001.003 - Recibo de Férias (GENERICO)
FE.001.004 - Aviso de Férias (GENERICO)
FE.001.005 - Relação de Férias Cadastradas (GENERICO)
FE.001.007 - Líquido de Férias (GENERICO)
FE.001.008 - Férias no Mês (GENERICO)
FO - FOLHA (GENERICO)
IR - IRRF / PIS (GENERICO)
LT - LISTAGEM DE FUNCIONÁRIOS (GENERICO)
RE - RESCISÃO (GENERICO)
SD - SINDICATOS (GENERICO)
TES - TESTES (GENERICO)
VT - VALE TRANSPORTE (GENERICO)
(102063) Parâmetros do Relatório
Parâmetro
Valor
CONVENIO(999999999999)
0008339610126
AGENCIA (99999)
044794
CONTA CORRENTE (999999999999)
000000041912
N. SEQ. ARQUIVO (999999)
000024
20 CARAC.RESERV. P/ EMPRESA
MENSAGEM
DT LANC CRÉDITO (DDMMAAAA)
30072012
Gravar últimos valores
OK
Cancelar
Ajuda
Comp: Jul/2012 - Lc: Jul - Per: 5 - FOLHA E FERIAS
MARELCE
29/07/2012
PT
10:01
29/07/2012



IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

I. Objetivos

- Lançar as tratativas e ajustes das informações do Ponto Eletrônico.

II. Materiais

- Computador;
- Sistema da TOTVS Automação do Ponto.

III. Descrição dos passos da atividade

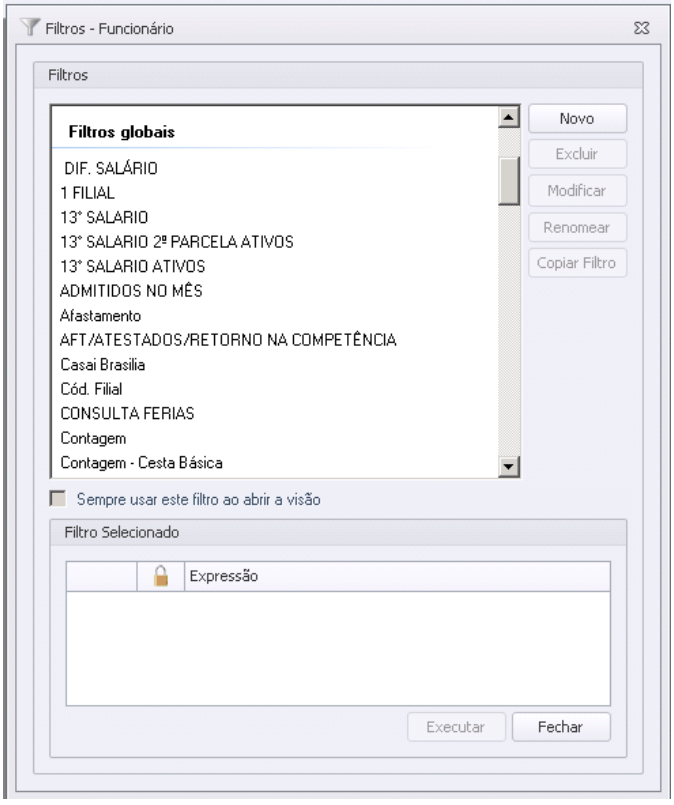
Para acessar ao sistema, você deverá dar um duplo clique no Ícone do RM.
O ícone se encontra na sua área de trabalho.

Logo em seguida você deverá digitar o seu Login, Senha e depois clicar em Entrar.

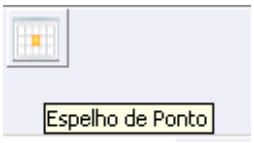
Quando o sistema abrir, você deverá ir no Menu / RH / Automação do Ponto:

Depois do sistema atualizado, agora devemos conferir as informações geradas, proceder com os possíveis abonos e se for o caso ajustar as batidas dos funcionários.
Você deverá ir na barra do Menu, clicar em Cadastro / Funcionário:

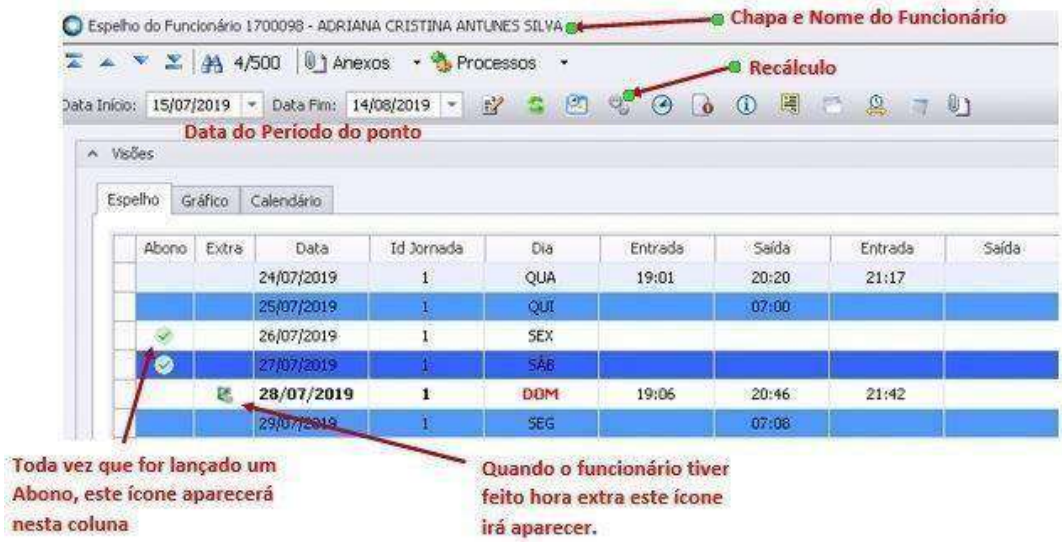
Logo em seguida abrirá uma tela com as opções de Filtros. Aqui você deverá escolher o filtro da sua Unidade ou um outro filtro que possa lhe atender e depois de selecionado clicar em Executar:



Em seguida na barra de menu dar um clique no ícone Espelho do Ponto:

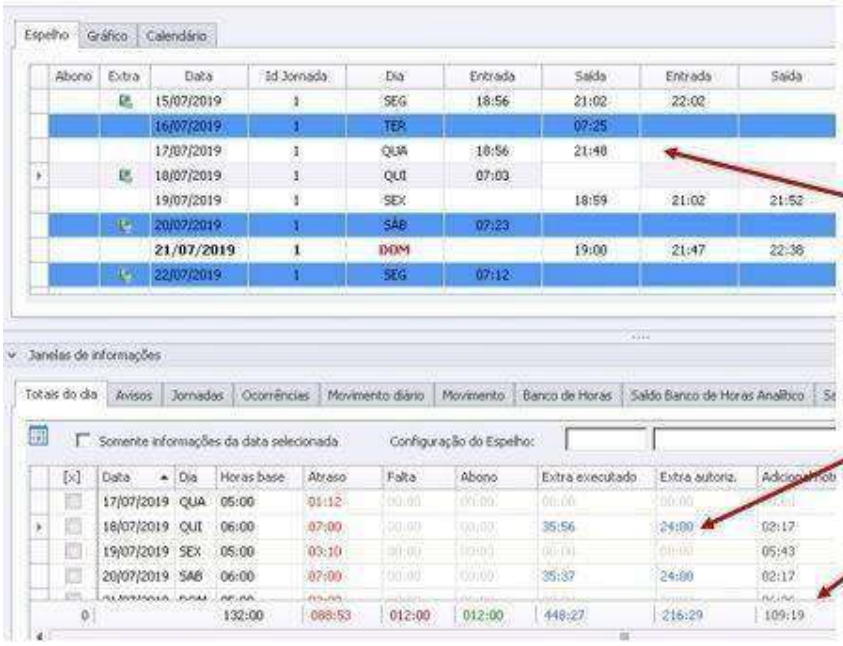


Na figura abaixo é a tela aonde iremos fazer os devidos ajustes, mas antes vamos conhecer alguns atalhos e ícones do sistema:



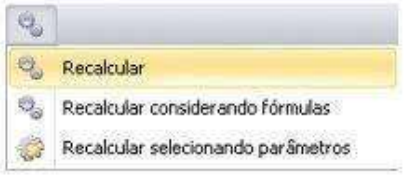
É bom sempre deixar a Janela de Informações visível, pois ela facilita na conferência do que já foi apurado para o funcionário, mostrando os totais do dia e do período, conforme mostrado na figura abaixo:

Agora veremos na prática como proceder com os ajustes no sistema e ver os seus impactos no cálculo do sistema. O 1º exemplo é um tipo mais comum de acontecer, que é falta de batida. Aqui você deverá colocar a batida correspondente. Repare que a ausência de batida em um dia gera um efeito em cascata, afetando os demais dias:



Para ajustar basta dar um duplo clique no lugar aonde está faltando a batida e incluir o horário faltante, selecionar a Natureza da batida e conforme a portaria 1510 deverá ser feito uma justificativa para o lançamento:

Depois de lançado a batida ir na barra de menu e clicar no ícone Recalcular e selecionar Recalcular:



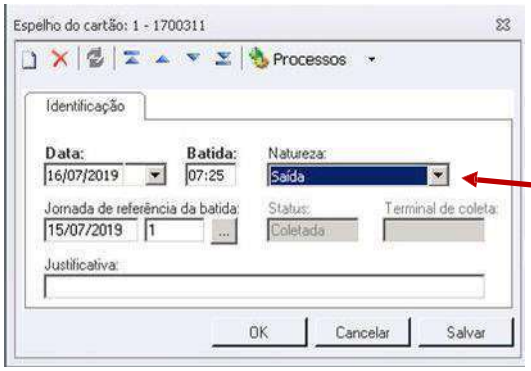
Logo em seguida ele vai fazer o processo de Recalculo do funcionário, recalculando o movimento dele com o ajuste feito e verifique se os totais do movimento dele foi ajustado:

Repare que depois do lançamento todas as batidas foram alocadas para o seu devido lugar.

E o movimento dele também foi ajustado ficando dentro da sua normalidade.

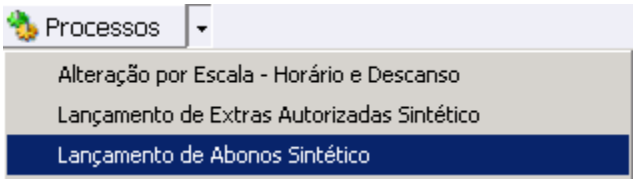
Neste 2º exemplo, também é muito comum acontecer, uma batida está desposicionadas. A correção a ser aplicada é parecida com a inclusão da batida só que mais simples. Neste caso você vai clicar duas vezes na batida errada e ajustar apenas a Natureza dela e dar OK. Não é necessário Justificar:

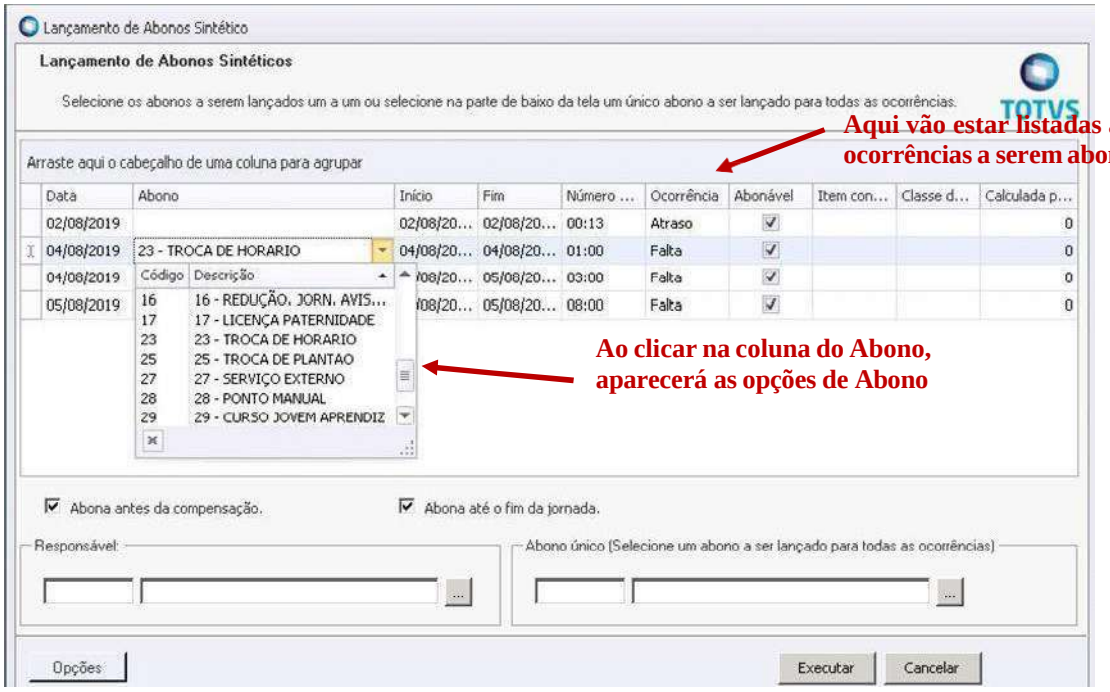
Abono	Extra	Data	Id Jornada	Dia	Entrada	Saída	Entrada	Saída
		15/07/2019	1	SEG	18:56	21:02	22:02	
		16/07/2019	1	TER	07:25			



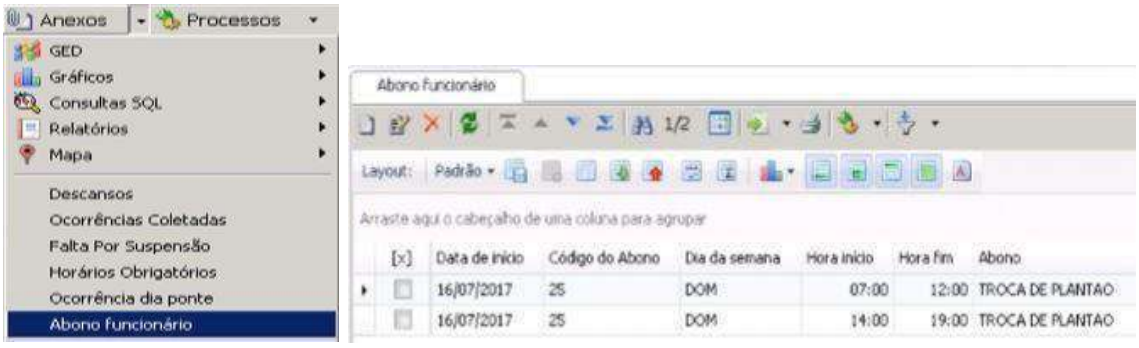
Aqui somente selecionará a opção da Natureza para qual a batida deverá ir e depois de ajustado fazer o **Recálculo.**

Para o 3º exemplo, trata-se dos lançamentos dos abonos. Abaixo segue a lista homologada pelo HMTJ para lançamento e no final deste manual se encontra quando se deve usar cada um. Em caso de dúvida qual o abono lançar consulte o responsável pelo DP da sua unidade.
Na barra de menu vai em Processos, clica na seta e na opção Lançamento de Abonos Sintético e em seguida vai aparecer uma janela com as ocorrências que podem ser abonadas, você vai na linha do dia do abono que você quer lançar e na coluna Abono, clicando na coluna ele vai trazer as opções de Abono e basta selecionar qual deve ser lançado.
No caso de funcionário que trabalha em plantão noturno, deverá ser abonado o dia seguinte também.
Depois de lançado basta clicar em Executar e não esquecer de **Recalcular**.

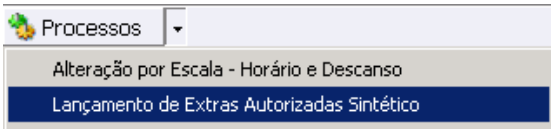


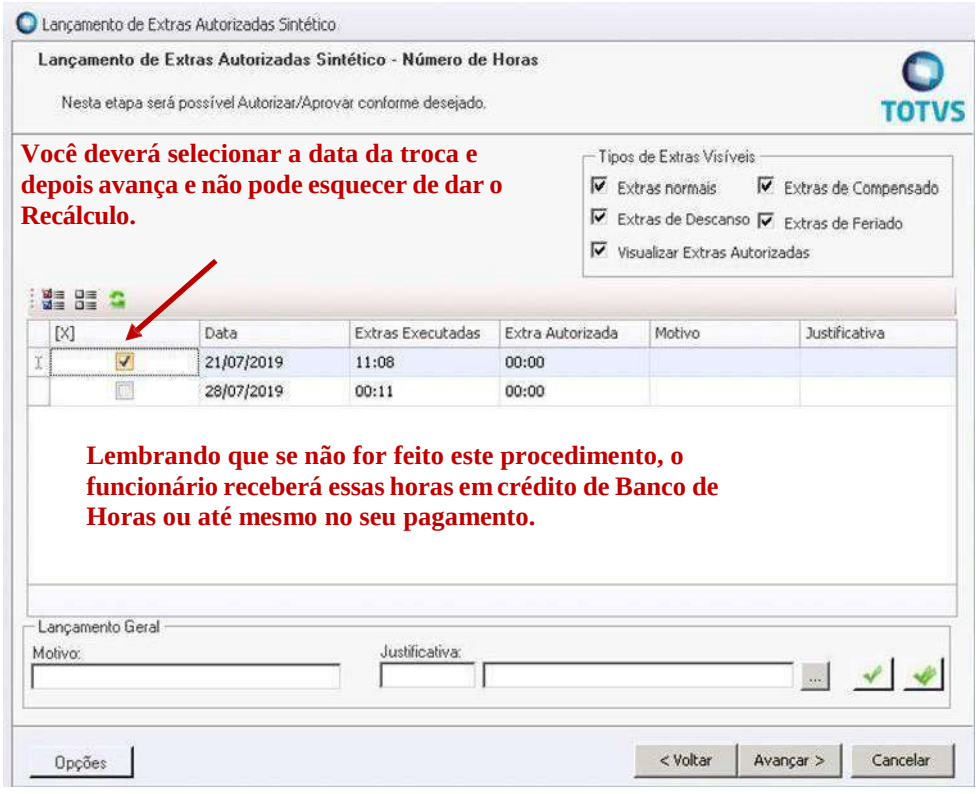


Se por acaso lançou um abono errado e precisar excluir ou precisar saber qual foi o abono lançado, você deverá ir em Anexos / Abono Funcionário, irá abrir ao lado das batidas.
Para providenciar a exclusão é só selecionar os abonos a serem excluídos e clicar no ícone excluir
( ) e dar ok e depois dar o **Recálculo.**

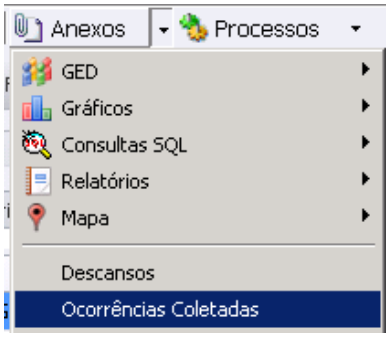


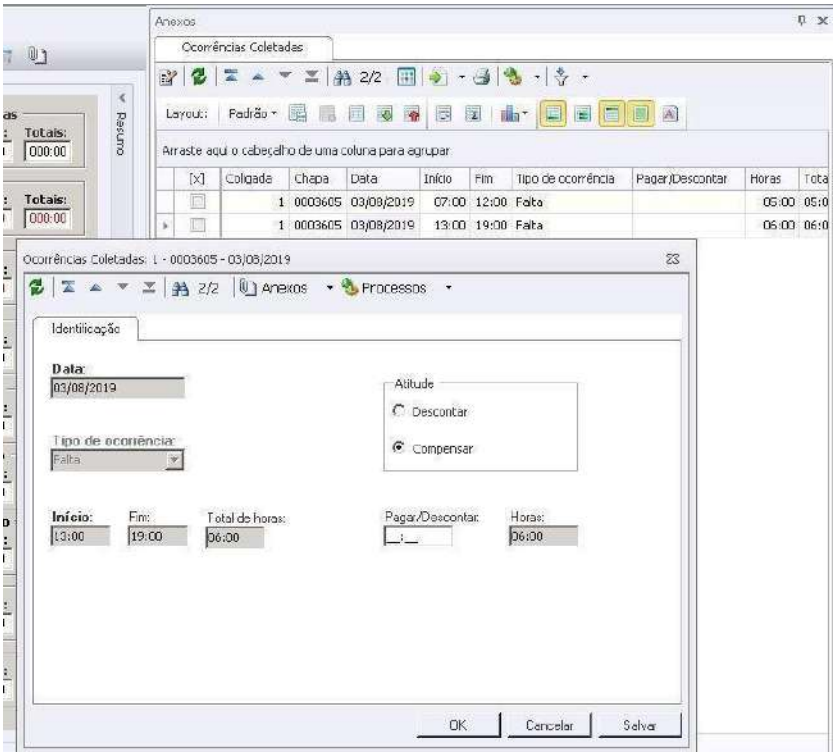
Quando houver troca de plantão devemos retirar o plantão dele como extra, já que o sistema entende que o dia dele era de folga e o mesmo veio trabalhar.
Ir em Processo / Lançamento de Extra Autorizado Sintético, na 1ª e 2ª janela você deve clicar em Avançar e na 3ª janela selecionar o dia ou os dias das trocas e por último em avançar:



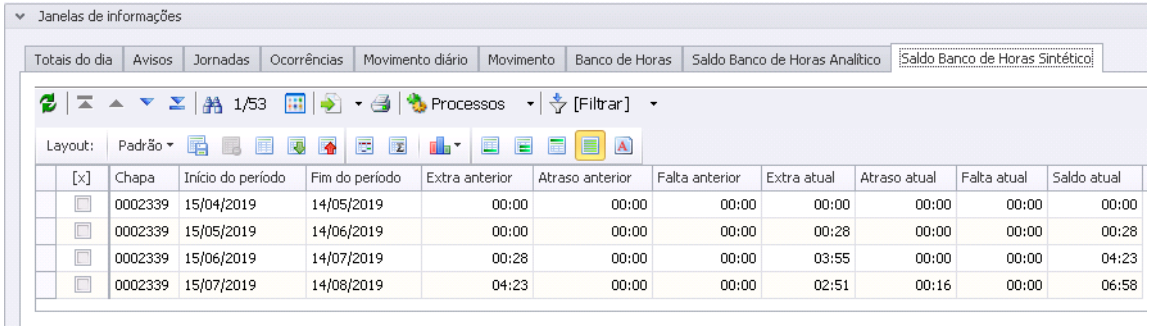


Se o funcionário faltar e o mesmo foi acordado de ser enviado para o Banco de Horas, terá que fazer o seguinte procedimento ir em Anexos / Ocorrências Coletadas, clicar na data da falta e em seguida do lado direito abrirá uma tela, aonde aparecerá a ocorrência da falta, clica na ocorrência e muda a opção para compensar.





Depois do Ponto já ajustado e atualizado é sempre bom conferir o saldo de Banco de Horas do funcionário, Basta ir na Janela de Informações na opção Saldo Banco de Horas Sintético e descer a barra de rolagem até o final e na coluna Saldo Atual mostrará a situação dele atualizada.



[x]	Chapa	Início do período	Fim do período	Extra anterior	Atraso anterior	Falta anterior	Extra atual	Atraso atual	Falta atual	Saldo atual
	0002339	15/04/2019	14/05/2019	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	0002339	15/05/2019	14/06/2019	00:00	00:00	00:00	00:28	00:00	00:00	00:28
	0002339	15/06/2019	14/07/2019	00:28	00:00	00:00	03:55	00:00	00:00	04:23
	0002339	15/07/2019	14/08/2019	04:23	00:00	00:00	02:51	00:16	00:00	06:58

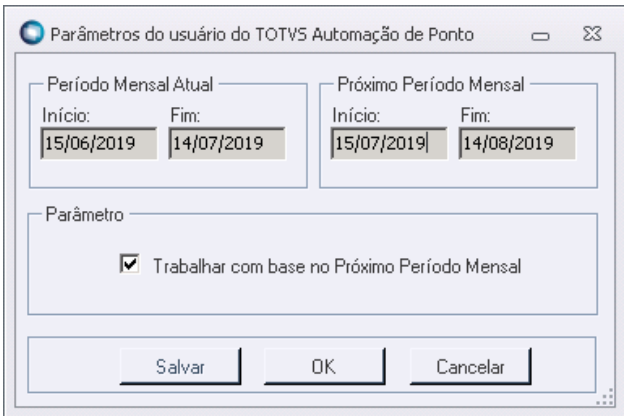
Pontos chaves para ter sucesso na apuração do Ponto

É possível consultar o horário que o funcionário está cadastrado estando no Espelho do Ponto. Basta apenas clicar no ícone Visualizar Horário ( ) ;

Data	Código do Horário	Índice	ID Jornada	Dia	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2
15/07/2019	9830	2	1	SEG	00:00	+00:00		
16/07/2019	9830	1	1	TER	07:00	12:00	13:00	19:00
17/07/2019	9830	2	1	QUA	00:00	+00:00		
18/07/2019	9830	1	1	QUI	07:00	12:00	13:00	19:00

Sempre que você estiver na dúvida se fez um recálculo ou fez a inclusão de uma batida, clique no ícone Atualizar ( ) e o sistema vai mostrar as informações atualizadas;

Para conferir em qual período você está trabalhando e for necessário mudar, ir em Configurações / TOTVS Automação de Ponto Usuário, vai aparecer uma janela com os dois períodos disponíveis:



Abono de Atestado Médico e Doação de Sangue são lançados apenas pelo Sesmt;

Faltas não justificadas deverão ser aplicadas Advertências.

Abonos

Segue abaixo Abonos que são homologados para uso no sistema da TOTVS e em qual situação são usados:

Código	Descrição	Situação
01	ATESTADO MÉDICO	Lançado Pelo Sesmt
02	ATESTADO DE OBITO	até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica, mas podendo se estender depende da convenção coletiva.
03	DOAÇÃO DE SANGUE	Com o claro objetivo de estimular o ato nobre de **doar sangue**, o inciso IV do artigo 473 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) dispõe que o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço, sem prejuízo do salário, por um dia, em cada 12 meses, em caso de **doação** voluntária de **sangue** devidamente comprovada".
04	AFASTAMENTO SERVIÇO MILITAR	No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra "c" do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar);
05	ABONO COMP. JUIZO	Pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a juízo;
06	ABONO EMP. SINDICAL	Quando o empregado for representante de entidade sindical e estiver participando de uma reunião oficial internacional de determinado órgão do qual o Brasil seja membro — ou caso seja chamado para servir como conciliador nas Comissões de Conciliação Prévia e para outras ausências estabelecidas em acordos e convenções coletivas da categoria profissional do funcionário.
07	ABONO VESTIBULAR	Nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior;
08	SAIDA POS GRADUAÇAO	Quando o funcionário necessitar se ausentar para tal finalidade;
09	CONCURSO PUBLICO	Quando o funcionário necessitar se ausentar para tal finalidade;
10	FOLGA ACORDO COLETIVO	Folga concedida conforme convenção coletiva
11	RETORNO FERIAS	Somente para funcionários noturnos / Retorno Férias;
12	LICENÇA AMAMENT/RED. JORNADA	O artigo 396 da CLT estabelece que, durante a jornada de trabalho, a empregada mãe tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, para **amamentar** o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade. Mas aqui na HMTJ aplicamos 1 hora na entrada ou na saída.
13	CONGRESSO	Lançado para os funcionários que estão ausentes devido a ida aos congressos da categoria
14	LICENÇA CASAMENTO	até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;
15	LICENÇA ELEITORAL	Todo trabalhador que for convocado pela Justiça Eleitoral e atuar durante a eleição tem direito ao descanso pelo dobro do tempo à disposição. Isso vale para mesários, secretários, presidentes de seção e também para quem exercer função durante apuração dos votos.
16	REDUÇÃO. JORN. AVISO PRÉVIO	Quando no Aviso Trabalhado o funcionário faz a opção da redução de 2 horas

17	LICENÇA PATERNIDADE	São 5 dias seguidos a contar da data de nascimento
23	TROCA DE HORARIO	Quando o funcionário troca o dia pela noite, ou faz a mesma jornada em horário diferente;
25	TROCA DE PLANTAO	Quando há troca entre dois funcionários CLT;
27	SERVIÇO EXTERNO	Quando o funcionário está fazendo trabalhando ou realizando uma reunião fora da sua unidade
28	PONTO MANUAL	Quando o funcionário não possuir Biometria com comprovação por laudo médico;
29	CURSO JOVEM APRENDIZ	Quando o Jovem Aprendiz está no curso CIEE;
30	DECLARAÇAO DE COMPARECIMENTO	até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira e por 1 (um) dia a cada 6 meses para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica
31	SUSPENSÃO	Lançar quando houver o fato.
32	COMPENSAÇÃO BANCO DE HORAS	Usado apenas na Maternidade e na Upa de Santa Luzia

IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Processos do Departamento De Pessoal			
Responsável: Gestores e Coordenadores dos setores	**Código:** PRS HMTJ 233	**Revisão:** 01	**Data:** 06/04/2022

I. Objetivos

Disseminar o processo do Departamento De Pessoal, melhorar o desempenho dos processos internos que serão abordados abaixo e desenvolver estratégias para alinhar junto às unidades aos objetivos da organização.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

1. DESCRIÇÃO

1.1. O Departamento De Pessoal é parte integrante de uma estrutura organizacional de todas as empresas. Um setor que lida, exclusivamente, com todos os processos burocráticos no que diz respeito aos funcionários, onde suas principais responsabilidades são: contratação, administração do cadastro, desligamentos, férias, concessão de licenças, afastamento médico, 13° salário, folha de pagamento entre outros.

1.2. Cuida exclusivamente, neste caso, de números e arquivos. O D.P é o "Departamento responsável pela administração de todos os procedimentos que envolvam os empregados, por fazer cumprir a legislação trabalhista e, de certa maneira, o setor que serve como termômetro em uma escala inversamente proporcional para o setor jurídico. Ou seja, quanto melhor definido os processos dentro do Departamento De Pessoal, menor o número de processos impostos pelos ex-funcionários.

1.3. Sendo assim, este setor traz a organização, uma economia em suas despesas. Em geral, é o setor que administra 60% do custo total da empresa. Com a complexidade da legislação, é necessário que os funcionários de tal departamento, estejam sempre atualizados e informados sobre assuntos que envolvam este setor, como, por exemplo, admissão e desligamento, sendo um dos assuntos mais simples, ou até mesmo em assuntos mais complexos, para que a rotina do departamento seja executada corretamente.

1.4. O Departamento De Pessoal, em regra, é dividido em três macros processos: Admissão, Direitos Trabalhistas e Desligamento. O processo de Admissão tem por função efetuar o registro de acordo com as

conformidades da legislação do trabalho. Hoje, na OSS HMTJ, por decisão da direção atual o processo admissional é conduzido pelo RH, sendo o DP responsável pelo arquivamento e atualização dos dossiês.

1.5. O Direito Trabalhista constitui por toda a parte que envolve os direitos do trabalhador e os deveres da empresa, desde a sua integração. Controla todo o fluxo de frequência, as médias de férias, a proporcionalidade do 13º salário, as médias dos adicionais noturnos, insalubridades, periculosidades, os benefícios, as rescisões, os envios das informações trabalhistas para o Governo Federal além dos pagamentos de taxas, impostos e contribuições.

1.6. O processo rescisório cuida de toda atividade relativa aos desligamentos e rescisão do contrato de trabalho dos funcionários. Além de ser responsável por todos os direitos trabalhistas junto aos sindicatos e das leis previstas na CLT, Portarias, Medidas Provisórias e jurisprudências dos Tribunais Superiores. Sendo assim, vemos claramente a importância em se ter a implantação do Departamento De Pessoal nas organizações, pelo fato de agilizar os processos burocráticos internos na relação entre empregado e empregador, mantendo essa relação trabalhista de acordo com todas as leis vigentes, direcionando a organização ao alcance de todas as exigências impostas a ela.

2. ADMISSÃO

Toda admissão deve ser feita de 01 a 20 de cada mês pelo RH.

3. CONTROLE DE PRESENÇA

Todos os colaboradores devem ter sua frequência ao trabalho registrado através do ponto biométrico ou folha manual para casos **extraordinários**. O ponto deve ser registrado pelo próprio funcionário, onde deve ser registrado no início do expediente, início e final de intervalo para almoço/janta, e final no expediente. A ausência de marcação no ponto sem justificativa implicará no salário, sendo considerada falta ao trabalho, desconto em folha de pagamento e advertência por escrito. Em caso de troca ou substituição, o ponto deverá ser registrado normalmente pelo colaborador que estará trabalhando e a solicitação de troca ser previamente solicitada à chefia imediata através do FLUIG e enviado ao D.P no prazo de 48h de antecedência**. O período de apuração do ponto vai do dia 01 ao dia 30**, onde neste período são apuradas as faltas justificadas e injustificadas, atrasos, trocas, extras, adicionais e substituições que serão lançados em folha. Todo ajuste de marcação será inicialmente tratado pela **chefia imediata** dentro do período pré-estabelecido, e **impreterivelmente liberado ao DP até o dia 1º do mês subsequente**. Caso o colaborador tenha algum problema em sua biometria, impossibilitando sua marcação de ponto no relógio biométrico, o mesmo deverá apresentar no D.P um laudo médico dermatológico onde conste sua impossibilidade na marcação da biometria. Neste caso o ponto, todavia, será registrado através de Folha de Ponto Manual e ao final do período, o mesmo deverá ser entregue no D.P devidamente preenchido e assinado pelo colaborador e seu coordenador. A ausência de entrega da Folha de Ponto Manual no D.P ao

final do período ou com preenchimento incorreto, implicará no salário sendo considerada falta ao trabalho e gerando desconto em folha de pagamento.

4. BENEFÍCIOS

A compra do VT, VA e VR será efetuada no máximo até o dia 22 de cada mês porque os benefícios deverão estar disponíveis até o dia 1º de cada mês. A empresa concede o benefício do vale transporte ao funcionário para locomoção entre residência x trabalho x residência, somente. O funcionário optante pelo recebimento do benefício participará dos gastos de seu deslocamento com desconto em seu salário no percentual de 6%. O vale transporte é concedido ao funcionário que optar pelo recebimento através do preenchimento do documento de opção de transporte fornecido pelo RH na admissão ou, em qualquer momento posterior, no D.P. Sua disponibilização é feita através do cartão magnético e seu uso é **pessoal e intransferível**. Observando que o uso indevido poderá acarretar penalidade conforme legislação. O uso e conservação do cartão é responsabilidade de cada um. E sua inteira responsabilidade locomover-se para residência X trabalho X residência, apenas. Em caso de ausência do cartão por perda, roubo ou avaria o funcionário deverá solicitar outro cartão no D.P. A 1ª via o cartão não tem custo algum para o colaborador, já a emissão da 2ª via em diante tem um custo de aproximadamente R$ 27,00 a depender de cada região. Sendo descontado de seu salário na folha de pagamento do mês seguinte.

O Vale Alimentação e o Vale Refeição são comprados e fornecidos nos mesmos moldes do VT, nas mesmas datas citadas acima e somente para as regiões onde existem acordos coletivos ou convenções coletivas que os regule e delimite os valores a serem pagos. Nesses casos não existe desconto na folha de pagamento para o fornecimento do benefício e também não são considerados como cálculo ou médias salariais.

Os benefícios são disponibilizados no cartão magnético do colaborador até o 1º dia útil do mês.

5. FOLHA DE PAGAMENTO

O pagamento de salário é feito mensalmente até o 5º dia útil do mês.

6. FÉRIAS

O Departamento De Pessoal central envia às coordenações a provisão anual de férias dos funcionários informando a data inicial e a data limite de gozo de férias. As coordenações fazem toda a programação anual de férias da sua equipe e envia, através do FLUIG, para o Departamento De Pessoal central até o dia 20 do mês de dezembro do ano anterior. Caso haja alguma alteração de programação das férias ao longo do ano, o coordenador responsável deverá enviar até o dia 10 do mês anterior. Isso se faz necessário porque o Aviso de Férias deve ser assinado com 30 dias que antecede o início do gozo. Antes de autorizadas as férias, no próprio sistema FLUIG, é verificada pendências com o SESMT que analisa junto ao setor se o ASO e o cartão de vacinação estão em dia, etc. Caso tenha alguma pendência, o funcionário

terá 48 horas para resolvê-la, caso contrário, às férias estarão suspensas. Com a listagem final de férias liberadas, o Departamento De Pessoal cadastra as férias no Sistema RM, emite o Recibo e Aviso das férias para que o funcionário as assine com 30 dias de antecedência. Emitirá também o líquido de férias e arquivo bancário para o financeiro.

Prazo para pagamento de férias: 02 dias antes do início do gozo.

7. DESLIGAMENTOS

7.1. Pedido de Demissão: O colaborador comparece ao D.P da unidade, faz uma carta escrita a próprio punho informando que à partir daquela data está solicitando o desligamento da empresa e opta por cumprir ou não o aviso prévio. O D.P da unidade envia as informações, via FLUIG, sobre o detalhamento da demissão para a CSC JF e a carta original é arquivada dentro da documentação do colaborador desligado na unidade. Após o cálculo da rescisão, a CSC JF envia os documentos pertinentes à rescisão, via FLUIG, para o D.P da unidade solicitante. Os mesmos serão impressos, carimbados, assinados e homologados em sindicato ou no próprio D.P, dependendo do caso. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

7.2. Dispensa por Iniciativa do Empregador: As demissões por iniciativa da empresa devem ser solicitadas a CSC JF através do FLUIG para saber se há possibilidade financeira e estratégica. Sendo aprovada e após ter sido comunicado da demissão, o colaborador comparece ao D.P da unidade para ser orientado em relação ao cumprimento do aviso e prazos. É feito a marcação de exame demissional, devolução de uniforme e crachá. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

V. Siglas e Definições

CSC JF – Central de Serviços Compartilhados de Juiz de Fora

CTPS – Carteira de Trabalho Previdência Social

TRCT – Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho

DP – Departamento Pessoal MP – Movimentação de Pessoal

RH – Recursos Humanos

TRCT – Termo Rescisório de Contrato de Trabalho

VT – Vale Transporte

VA – Vale Alimentação

VR – Vale Refeição

OSS HMTJ – Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FLUIG – Sistema interno usado pela instiuição

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

Disseminar o processo do Departamento De Pessoal para quem possui o direito a receber os benefícios como Vale Transporte, Vale Alimentação e Vale Refeição. Melhorando a condição financeira e bem estar do colaborador e desenvolver estratégias para alinhar junto às unidades aos objetivos da organização.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Descrição

1.1. O Vale Transporte é um benefício concedido para todos os empregados contratados por regime CLT em que a OSS HMTJ antecipa o valor gasto com transporte para que o empregado se desloque de sua residência para o local de trabalho, e vice-versa. O deslocamento da residência ao trabalho e vice-versa pode ser feito em todas as formas de transporte coletivo público urbano ou, ainda, intermunicipal e interestadual com características semelhantes ao urbano, operado diretamente pelo poder público ou mediante delegação, em linhas regulares e com tarifas fixadas pela autoridade competente. Excluem-se dasformas de transporte mencionadas os serviços seletivos e os especiais.

1.2. O benefício do Vale Transporte será concedido apenas em forma de cartão, pois, conforme o Decreto n° 95.247/87, o pagamento só poderá ser feito em dinheiro caso haja falta ou insuficiência de estoque de Vale Transporte pelas operadoras.

1.3. Referido benefício não possui natureza salarial e, por conseguinte, não se incorpora à remuneração dos empregados. Também não se constitui como base para incidência de FGTS, contribuições previdenciárias e de imposto de renda.

1.4 O custo do vale transporte é dividido entre o colaborador e a OSS HMTJ. Ou seja, do empregado será descontado 6% do seu salário. Por exemplo, se o salário-base do empregado é R$ 1.000,00 será descontado R$ 60,00. Caso o valor do Vale Transporte seja inferior a 6% do salário-base, será descontado apenas o valor gasto. E nos casos em que os valores ultrapassarem 6% do salário contratual, será descontado somente os 6%.

1.5 O colaborador para passar a receber ou cancelar o Vale Transporte deverá informar a OSS HMTJ por escrito no ato da Admissão, no primeiro caso, ou a qualquer momento, em caso de Cancelamento / Extravio, através do formulário próprio de Solicitação de Vale Transporte disponível do Departamento De Pessoal e RH.

Nele Constará:

A - Seu endereço residencial;

B - Os serviços e meios de transporte mais adequados ao seu deslocamento residência-trabalho e vice-versa. Nome e número das linhas;

C - Número de vezes utilizados no dia para o deslocamento residência/trabalho/residência.

1.6 No caso de extravio a empresa poderá descontar o pagamento da taxa integral de emissão de novo cartão do empregado. O prazo para entrega da 2ª via do cartão é de até 15 dias úteis a depender de cada operadora. O saldo que estava no cartão anterior é transferido para o novo cartão.

1.7. O trabalhador que se utilizar de declaração falsa ou usar indevidamente o Vale Transporte poderá ser demitido por justa causa conforme o artigo 482 da CLT. O funcionário que não comparecer ao serviço por motivo particular, atestado médico, férias e/ou licença maternidade, não terá direito ao auxílio referente aos dias em que não trabalhar. Cabe a OSS HMTJ exercer seu direito de poder fiscalizador para identificar os empregados que, por meio de declarações falsas, se beneficiam do VT e o utiliza para fins diversos que não o previsto em lei.

1.8. Havendo alteração dessas informações, novamente a OSS HMTJ deverá ser comunicada imediatamente, sempre por escrito ao Departamento De Pessoal ou RH, sob pena de se enquadrar no referido artigo citado acima.

1.9. Nos casos em que o empregado, por algum motivo adverso, não utilizar o total mensal depositado no cartão de transportes, a OSS HMTJ, no mês subsequente, depositará o saldo remanescente que complete o total mensal informado pelo empregado. O desconto na folha de pagamento será proporcional ao saldo depositado sem prejuízo ao funcionário.

2.0. Sua disponibilização é feita através de cartão magnético pelas operadoras Riocard / Astransp / Consórcio123 / Viação Jacareí / São Francisco Xavier / Ótimo / Betim Card / Jacareí Transporte Urbano / Pássaro Marrom, entre outros, sendo seu uso pessoal e intransferível.

2.1. Para as operadoras de cartão de VT que vinculam o CNPJ da empresa ao invés do CPF como Rio Card / Ótimo / Betim Card é importante ressaltar que o cartão pertence a empresa e não ao funcionário. Dessa forma o colaborador tem a obrigatoriedade de devolver o cartão no ato da demissão, caso contrário será descontado o valor do cancelamento do cartão em sua rescisão e o saldo devolvido a bolsa de crédito.

2.2. Os benefícios como Vale Alimentação e Vale Refeição são fornecidos de acordo com cada região, ACT ou CCT. A unidade que possui o benefício obrigatório por acordo, o mesmo é comprado no valor estipulado e fornecido para os funcionários nas mesmas datas que o VT.

3.0 O benefício é disponibilizado no cartão até o dia 1º útil no mês.

V. Siglas e Definições

CSC JF – Central de Serviços Compartilhados de Juiz de Fora

CTPS – Carteira de Trabalho Previdência Social

DP – Departamento Pessoal

RH – Recursos Humanos

VT – Vale Transporte

OSS HMTJ – Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

FGTS – Fundo De Garantias por Tempo de Serviço

ACT – Acordo Coletivo de Trabalho

CCT – Convenção Coletiva de Trabalho

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

Controlar de forma eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

O registro eletrônico do ponto tem por finalidade controlar de forma mais funcional e eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição, conforme legislação, Acordo ou Convenção Coletiva. A precisão destas informações possibilita a elaboração da folha de pagamento.

O registrador do ponto eletrônico tem como principais requisitos:

a. Finalidade exclusiva e intransferível em registrar a marcação do ponto pelo funcionário;
b. Possuir memória das marcações de ponto que não possa ser alterada ou apagada;
c. Emitir comprovante a cada marcação efetuada pelo funcionário;
d. Não possuir mecanismo que permita marcações automáticas ou restrições às marcações;
e. Registrar as entradas e saídas dos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição;
f. Cumprir a legislação do MTE.

O funcionário tem a obrigatoriedade de realizar 04 marcações por plantão/dia no relógio biométrico: (1) Início do Trabalho; (2) Saída para o Intervalo; (3) Retorno do Intervalo; (4) Saída do Trabalho.

- A tolerância diária é de até 10 (dez) minutos conforme legislação. Ou seja, 05 (cinco) minutos antes e 05 (cinco) minutos após o horário normal de trabalho do funcionário. Ressaltando que o funcionário deverá respeitar o intervalo intra jornada não podendo realizar descanso menor do que o estabelecido.

Intra jornada - são as pausas dentro da jornada diária de trabalho para o repouso e alimentação do trabalhador.

I – Em qualquer trabalho contínuo cuja duração ultrapasse 06 horas é obrigatória a concessão de intervalo de no mínimo 30 (trinta) minutos e no máximo 02 (duas) horas.

II – Não excedendo 06 horas será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos quando a duração ultrapassar 04 horas.

Inter jornada – é o período de descanso devido ao empregado em razão do trabalho realizado entre um dia e o outro dia. CLT art. 66 – Entre 02 (duas) jornadas de trabalho deve haver um período mínimo de 11 (onze) horas consecutivas de descanso.

A OSS HMTJ estabelece o intervalo de 01 (uma) hora para descanso e refeição

• A ausência de qualquer uma das 04 marcações constitui falta grave restando a chefia imediata o dever de aplicar medidas disciplinares cabíveis como advertência escrita e/ou suspensão de acordo com a rotina já estabelecida e difundida na Instituição (lembrando: 03 Advertências - 02 Suspensões – 01Justa Causa).

A ausência de marcação para fins de advertência/suspensão será avaliada por dia:

Ex1. O funcionário deixou de realizar a marcação quando retornou do intervalo e nesse dia teve o total de apenas 03 marcações;

Ex2. O funcionário deixou de realizar a marcação na entrada do trabalho, no retorno do intervalo e na saída do trabalho, tendo nesse dia o total de apenas 01 marcação.

Tanto no exemplo 01 quanto no exemplo 02 o número de advertência para ambos será o mesmo, ou seja, 01 única advertência para cada funcionário, porque o número de ausência de marcação no dia é indiferente. O que vai contar na quantidade de advertência/suspensão a ser aplicada são os dias que não tiveram as marcações corretas e não a quantidade de batida.

Portanto, o correto a ser aplicado:

Ex1. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 03 dias que ele não marcou qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências.

Ex2. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 04 dias que ele deixou de marcar qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências e 01 suspensão de imediato.

Por isso que é importante que as marcações sejam tratadas e avaliadas semanalmente pela liderança até o dia 27 de cada mês. E nos dias 28/29/30 que seja tratado diariamente, pois no dia 1º o Departamento De Pessoal precisará iniciar o processo da folha de pagamento. Em regra, para os demais casos as advertências/suspensões são aplicadas de imediato por orientação do jurídico. Especificamente para o Ponto Eletrônico por entender que o tratamento em sua maioria é semanal, as advertências/suspensões serão aplicadas imediatamente após a verificação, pela chefia, tendo seu efeito retroativo válido.

- A validação das marcações pelos gestores e aplicação da advertência/suspensão deverá ser semanal.
- O funcionário tem o dever de registrar o ponto uniformizado.
- É proibido o trabalho dentro da unidade sem a devida marcação no ponto biométrico.
- É proibido iniciar a alimentação no refeitório sem registrar a segunda batida do dia.
- É proibido realizar horas extraordinárias (para os administrativos e assistenciais não médicos) sem a devida autorização prévia, através do FLUIG, pelo diretor da unidade.
- Em nenhuma hipótese o chefe de equipe poderá obrigar o funcionário a registrar o ponto de saída e retornar ao trabalho.
- É vedada a compensação de horas extras pela chefia sem a prévia autorização da Instituição.
- O banco de horas só pode ser utilizado quando integrado de forma automatizada. Não pode cada chefia utilizar planilhas avulsas para fazer a compensação dentro do RM. Existem regras a serem estabelecidas antes de iniciar qualquer tipo de compensação.
- **Nas unidades que existirem banco de horas poderá ser realizado**

As faltas justificadas são aquelas em que o trabalhador pode deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo no salário. Para isso é necessário a comprovação da ausência no SESMT, no prazo de até 48 horas após o fato ocorrido. São consideradas:

Código	Descrição	Disponível no RM Portal
01	ATESTADO MEDICO	✓
02	ATESTADO DE OBITO	✓
03	DOAÇÃO DE SANGUE	✓
04	AFASTAMENTO SERVIÇO MILITAR	✓
05	ABONO COMP. JUIZO	✓
06	ABONO EMP. SINDICAL	✓
07	ABONO VESTIBULAR	✓
08	SAIDA POS GRADUAÇAO	✓
09	CONCURSO PUBLICO	✓
10	FOLGA ACORDO COLETIVO	✓
11	RETORNO FERIAS	✓
12	LICENÇA AMAMENT/RED. JORN...	✓
13	CONGRESSO	✓
14	LICENÇA CASAMENTO	✓
15	LICENÇA ELEITORAL	✓
16	REDUÇÃO. JORN. AVISO PRÉVIO	✓
17	LICENÇA PATERNIDADE	✓
23	TROCA DE HORARIO	✓
25	TROCA DE PLANTAO	✓
27	REUNIÃO EXTERNA	✓
28	PONTO MANUAL	✓
29	CURSO JOVEM APRENDIZ	✓
30	DECLARAÇAO DE COMPARECI...	✓
31	SUSPENSÃO	✓
32	COMPENSAÇÃO BANCO DE HO...	✓

As faltas **NÃO** justificadas, ou seja, aquelas descontadas em folha de pagamento que influenciam no período de gozo das férias. Serão consideradas as faltas injustificadas ocorridas no período aquisitivo de férias do colaborador, observado a tabela abaixo conforme as faltas no período:

Dias de gozo de férias	Faltas injustificadas no período aquisitivo
30 dias	Até 5 faltas
24 dias	De 6 a 14 faltas
18 dias	De 15 a 23 faltas
12 dias	De 24 a 32 faltas

O colaborador que faltar sem justificativa por mais de 32 dias dentro de período aquisitivo perderá o direito de gozo de férias conforme legislação trabalhista.

- Qualquer mudança de horário deverá ser comunicada ao D.P, através do FLUIG, com o prazo de no mínimo 24h anterior a solicitação para as devidas alterações. Sendo necessário informar a data da mudança e o novo horário a ser realizado. Aqueles funcionários que solicitarem a mudança de horário por interesse próprio recomenda-se que seja solicitado por escrito a chefia da unidade, desde que tal solicitação atenda a demanda da Instituição.
- O tratamento do ponto é realizado pelas chefias no programa de automação de ponto RM TOTVS.
- O período do ponto é do dia 01 ao dia 30 do mês.
- Só é permitida até 02 (duas) trocas dentro do mesmo período através de formulário próprio no FLUIG. Lembrando que esse não constitui um direito adquirido do funcionário. Fica a cargo da chefia autorizar e conceder as trocas levando sempre em consideração a conduta profissional do empregado na instituição. Podendo negá-las a qualquer momento através de justificativa plausível ao funcionário.
- Para a conferência do ponto inicia-se acertando as batidas para verificar se os funcionários possuem:

a) Falta de marcação por esquecimento; b) Atrasos; c). Realizar horário de descanso inferior ao estabelecido pela sua jornada de trabalho; d) Mais de duas trocas de plantão dentro do período. Conforme treinamento realizado.

V. Siglas e Definições

D.P – Departamento de Pessoal
FLUIG – Sistema de Gestão Interno
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
RM TOTVS – Sistema de Conferência do ponto
SESMT - Segurança e medicina do Trabalho
OSSHMTJ – Organização Social de saúde Hospital e maternidade Therezinha de Jesus

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

As advertências e suspensões trabalhistas servem como uma forma legal para mostrar que um determinado comportamento ou prática, por parte do funcionário, está em desacordo com as regras estipuladas pela empresa.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) é uma grande conquista no que diz respeito ao zelo pelas práticas empregatícias, assegurando direitos e deveres para empregados e empregadores. Entre as medidas criadas para assegurar essa relação estão as advertências trabalhistas que ao contrário do que muitos pensam, possuem um caráter educativo e não punitivo.

Basicamente, as advertências trabalhistas servem como uma forma legal para mostrar que um determinado comportamento ou prática, por parte do funcionário, está em desacordo com as regras estipuladas pela empresa. Também servindo para embasar uma futura demissão por justa causa.

Entretanto, justamente por ser uma medida prevista na lei, a prática deve ser seguida corretamente, tantono que se refere à causa da advertência, como à forma como essa deve ser ministrada ao empregador. Isso garante que a medida de fato cumpra o seu papel, em vez de gerar divergências e atritos na relação empregado- empregador.

Existem várias maneiras de ser advertido no trabalho, mas algumas delas podem gerar sérias consequências e até suspensões por justa causa, dependendo do nível de gravidade e quantidade de vezesaplicadas.

Portanto, gestores e demais lideranças precisam estar a par da forma certa de aplicar tal medida. É importante saber o que os Tribunais do trabalho orientam. No caso de advertências por escrito, é necessário recolher a assinatura de duas testemunhas. Caso o empregado se recuse a assinar a advertência, as testemunhas asseguram a aplicação, que deve ser lida em voz alta na presença do funcionário.

Em regra a OSS HMTJ adotou o procedimento de aplicar 03 (três) advertências escritas, 02 (duas) suspensões e 01 (um) justa causa. Não necessariamente deverá seguir esta ordem a depender da gravidade da situação. Em casos mais extremos, para que seja avaliada uma suspensão imediata sem anteriores advertências, o Jurídico da empresa deverá ser acionado.

Os motivos para advertência são:

1. Atos de desídia na empresa

Todo profissional é contratado para desempenhar uma determinada função, que compreende uma série de tarefas. Para tanto, espera-se, em contrapartida, responsabilidade, comprometimento, atenção e empenho do colaborador no ambiente de trabalho.

Quando este passa agir com preguiça, má vontade, desatenção, desleixo, relaxo e demais comportamentos que vão de encontro com o esperado é caracterizado motivo para aplicação de advertência.

Esse hábito, conhecido como desídia, está entre os principais motivos de advertências trabalhistas. Para a empresa, é fácil notar essas características quando os gestores acompanham de perto o funcionário.

Quando elas tornam-se frequentes, uma das formas mais eficazes de corrigi-las é por meio da advertência. Normalmente, o colaborador tende a modificar seus hábitos após receber a notificação.

2. Embriaguez habitual no serviço

Chegar ao trabalho embriagado pode gerar sérios problemas para um trabalhador e para a própria imagem da empresa. No entanto, quando a bebida torna-se um hábito constante, as consequências podem ser mais graves. Afinal, além de prejudicar a saúde do profissional, a credibilidade da empresa também é arranhada.

A embriaguez habitual é uma falta grave no emprego e, apesar de ser considerada uma doença, o artigo 482 da CLT autoriza a demissão por justa causa. Em algumas empresas, dependendo da afinidade entre o

empregador e o seu empregado, é comum que esses profissionais sejam encaminhados para a realização de um tratamento.

Todavia, a decisão de advertir ou recorrer à suspensão dos serviços do trabalhador acusado de embriaguez habitual, acompanhada de testemunhas, é válida e pode ser aplicada em todos os casos mediante provas apresentadas e consulta ao jurídico da empresa.

3. Insubordinação e indisciplina do trabalhador

Dentro de uma empresa existem pessoas com diferentes personalidades. Por isto é muito provável que uma pequena parcela se comporte de maneira inadequada em algum momento do trabalho.

Por via das dúvidas, as advertências trabalhistas também podem ser aplicadas nesses dois casos: quando um profissional comete alguma indisciplina ou quando ele age de maneira insubordinada.

Nos dois casos, entende-se que ocorreu uma falta grave seguida de desrespeito à empresa, sendo necessário alertar o trabalhador sobre o seu comportamento inaceitável. Referente à indisciplina, ela pode ocorrer quando um colaborador deixa de cumprir uma obrigação ou regra da empresa.

Já a insubordinação ocorre quando um trabalhador não cumpre uma ordem dada diretamente a ele. Seja de forma verbal ou escrita, esse ato pode ser advertido, comprovando que o indivíduo desobedeceu um líder em sua posição de subordinado.

4. Negociações realizadas por conta própria do trabalhador

Ter liberdade para tomar decisões dentro de uma empresa é um privilégio para muitos funcionários. Ainda mais hoje em dia, quando há uma tendência dos colaboradores serem mais autônomos nas suas funções.

Porém, o profissional deve ter bom-senso na execução dessa liberdade concedida. Quando essa é executada de forma que ocasiona prejuízos à empresa ou visa benefícios e interesses particulares, caracteriza-se como uma situação passível de aplicar uma advertência.

Considerado um cartão amarelo para o trabalhador, essas negociações sem permissão, realizadas por conta própria, podem ser mais graves do que se imagina. Além de comprometer o cargo desse profissional, essa falha ainda pode beneficiar a concorrência ou apenas privilegiar o funcionário, por exemplo, ao receberuma comissão indevida.

5. Comportamento inadequado à política da empresa

Conhecer a política interna de uma empresa é o primeiro passo para evitar advertências. Porém, ainda assim algumas regras podem ser desrespeitadas com certa facilidade, dependendo da conduta do profissional.

Muitos trabalhadores se comportam ao contrário da política cultural de uma empresa. No entanto, quando esse comportamento vai de encontro a atos libidinosos, por exemplo, ele pode ser suspenso ou até mesmo demitido.

Além disso, usar roupas inadequadas ou agir de outras maneiras que possam denegrir a imagem da empresa ou influenciar a conduta de outros colegas de trabalho, também são consideradas falhas que podem ser advertidas.

Vale salientar que fofocas, agressões verbais e físicas são ações extremamente problemáticas que devem ser notificadas, visando proteger os demais funcionários e o ambiente de trabalho como um todo.

6. Atestados médicos falsos, furtos e violação de regras morais

Outra prática bastante comum que motiva a aplicação de advertências trabalhistas é a violação de regras morais e comportamentos ilegais. Adulteração de documentos, vazamento de informações confidenciais, furtos, atestados falsificados ou até mesmo marcação de ponto para terceiros são exemplos disso.

Normalmente, essas práticas podem se enquadrar como desídia ou interesses particulares, dependendo da natureza ou tipo do fato. O importante é que a prática seja documentada e arquivada, para assegurar os direitos do empresário na aplicação da advertência.

V. Siglas e Definições

D.P – Departamento de Pessoal
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
OSS HMTJ – Organização Social de saúde Hospital e maternidade Therezinha de Jesus

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

Ter acesso ao Informe da sua Remuneração através do site.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

IV. Descrição dos passos da atividade

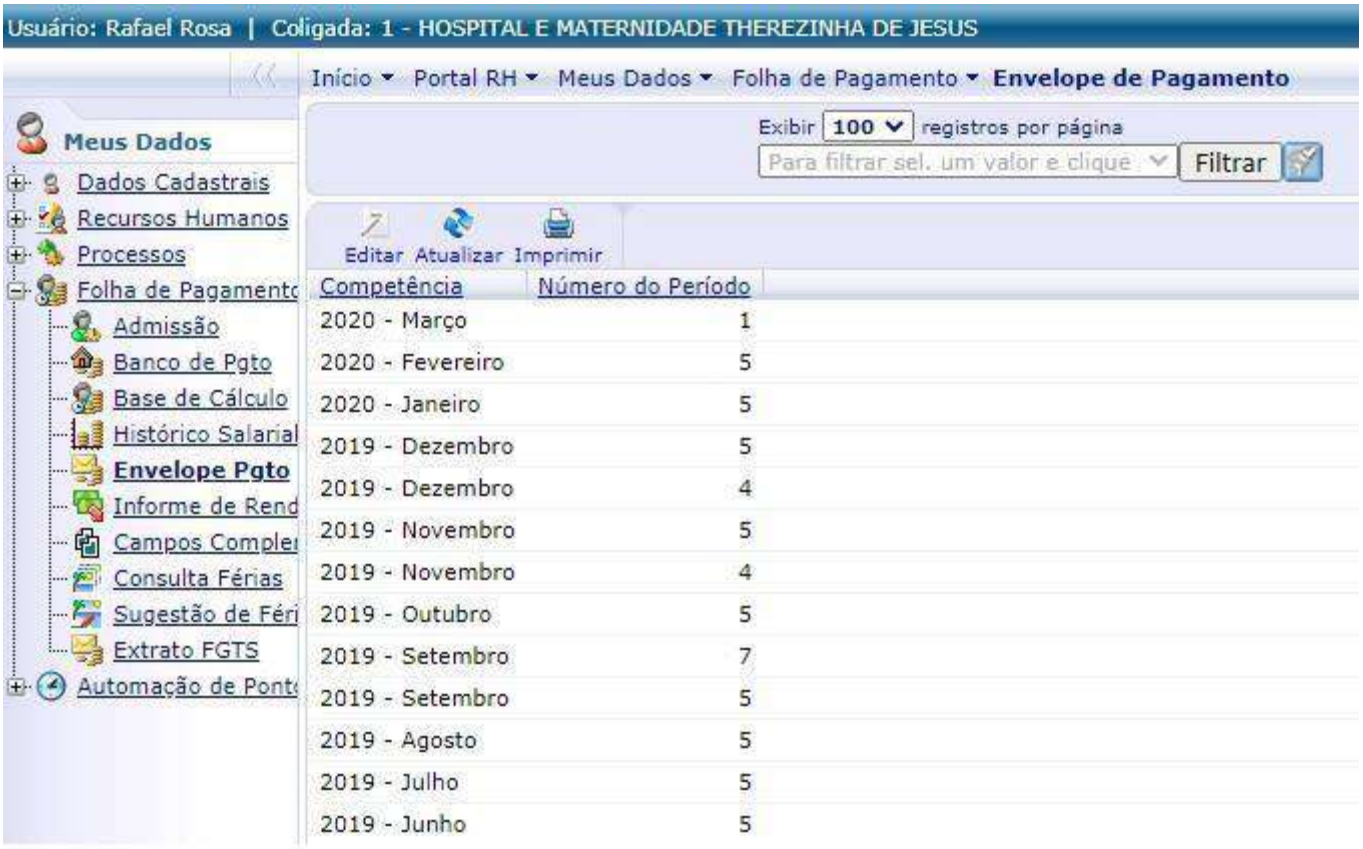
Os Contracheques e Informe de Rendimentos dos colaboradores estão disponíveis através do Portal do Colaborador onde o colaborador poderá acessar de qualquer computador com internet no site do HMTJ, com seu Login (Matrícula) e Senha (CPF). Podendo imprimir e salvar.

1. Acesse o site **www.osshmtj.org.br** e clique em **Portal do Colaborador**:

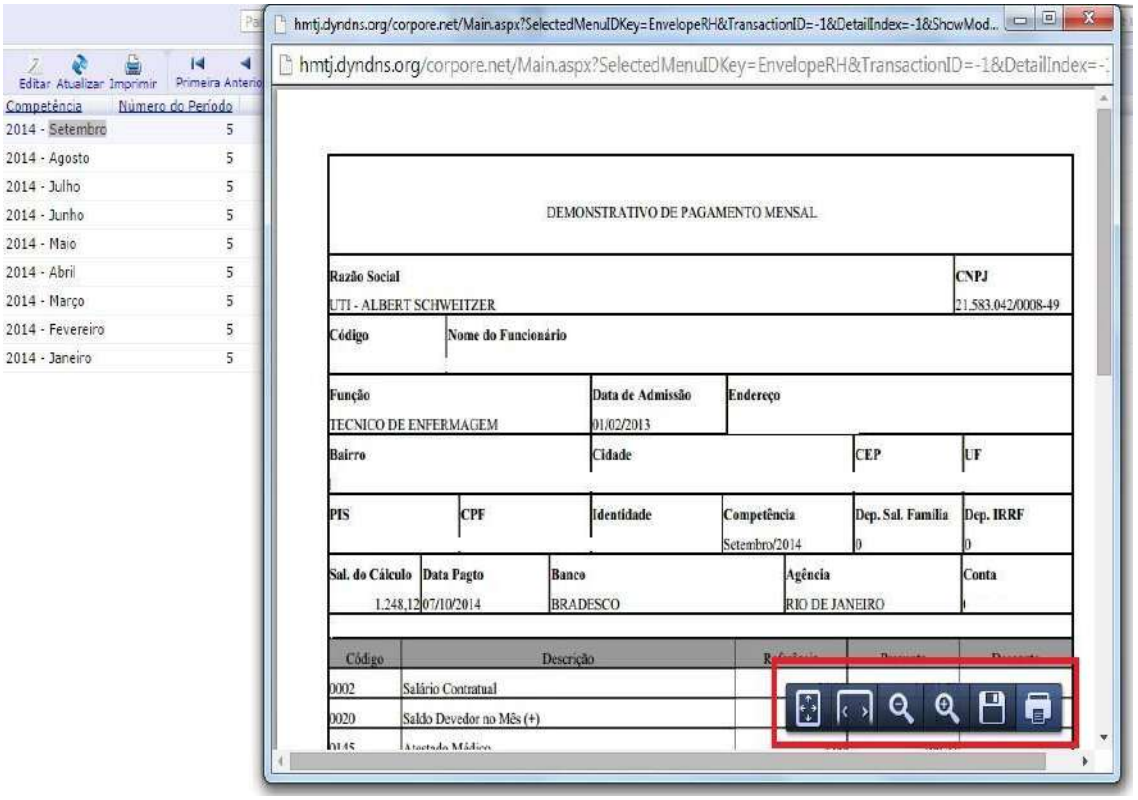
2. **Faça o login**. Seu usuário será o número da sua matricula e a sua senha será o seu CPF.

3. Vá em Portal RH.

4. Clicar em Envelope Pgto e escolha o mês que deseja o seu contracheque.



5. **Visualizar, salvar ou imprimir o contracheque**. Passar o mouse na parte inferior direita do contracheque sinalizada abaixo, que disponibilizará as opções supracitadas e também as opções de aumentar e diminuir o zoom ou colocar em tela cheia.



V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

Visando a melhoria e automatização dos processos, a OSSHMTJ disponibiliza uma nova ferramenta para os funcionários. Trata-se de um novo aplicativo chamado MEU RH. Através dele todos os funcionários poderão ter acesso as suas informações pessoais relacionadas ao Departamento De Pessoal, tais como: Demonstrativo de Salário, Informe de Rendimentos, Espelho do Ponto e Banco de Horas.

II. Materiais

Celular

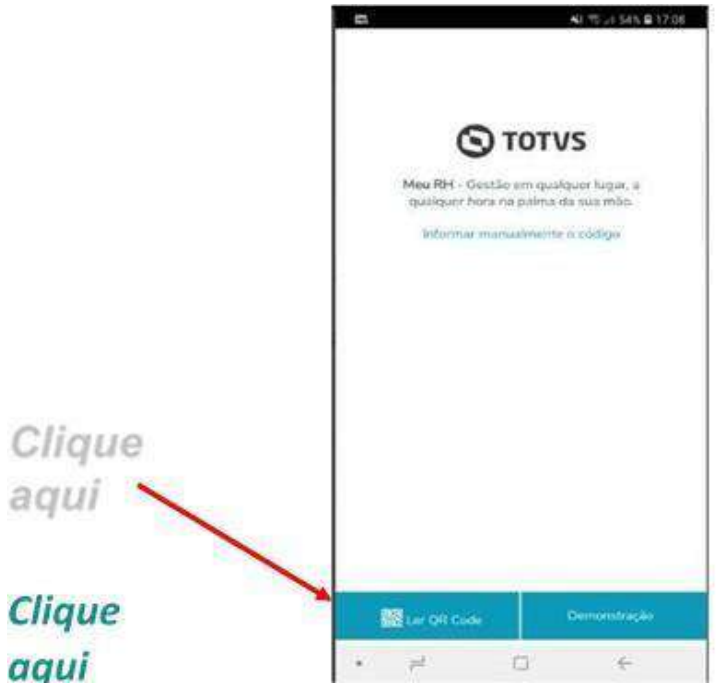
III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

IV. Descrição dos passos da atividade

O APP está disponível para Android e IOS. Para isso basta baixar o APP MEU RH na Play Store ou na App Store

Ao abrir o aplicativo pela primeira vez, será apresentada a tela paraleitura do QR Code. Basta clicar em "Ler QR Code" e posicionar a câmera do celular no QR Code abaixo.



Após a leitura do QR Code será apresentada a tela abaixo para que sejam digitados o usuário (Matrícula) e a senha (CPF) e em seguidaclique em "Acessar".

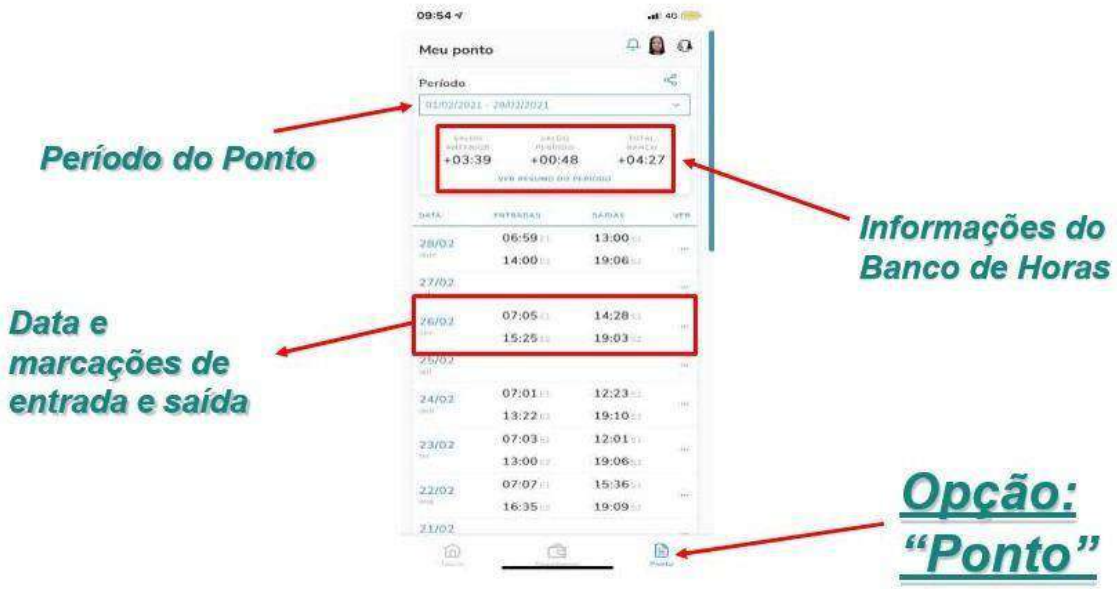
Usuário: Chapa (matrícula)

Senha: CPF

Ao entrar no APP ele mostrará o nome do colaborador, os Atalhos mais Acessados, o Saldo do Banco de Horas e as Opções de Acesso, conforme a figura abaixo:

✓ ***Na opção "Pagamento" pode obter as informações do Envelope de Pagamento e do Informe de Rendimentos.***

✓ ***Na opção "Ponto" aparecerá o Período do Ponto, as Informações do Banco de horas e as Datas e Marcações das Batidas.***



✓ ***Resumo Diário***

V. Siglas e Definições

APP : Aplicativo

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

- Lançar as tratativas e ajustes das informações do Ponto Eletrônico.

II. Materiais

- Computador;
- Sistema da TOTVS Automação do Ponto.

III. Abrangência

- Toda coordenação

IV. Descrição dos passos da atividade

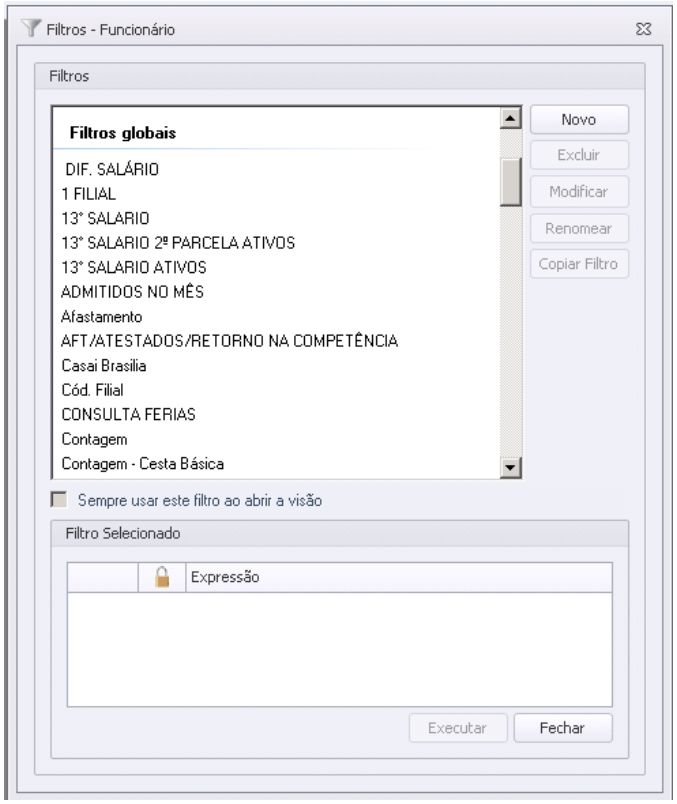
Para acessar ao sistema, você deverá dar um duplo clique no Ícone do RM.
O ícone se encontra na sua área de trabalho.

Logo em seguida você deverá digitar o seu Login, Senha e depois clicar em Entrar.

Quando o sistema abrir, você deverá ir no Menu / RH / Automação do Ponto:

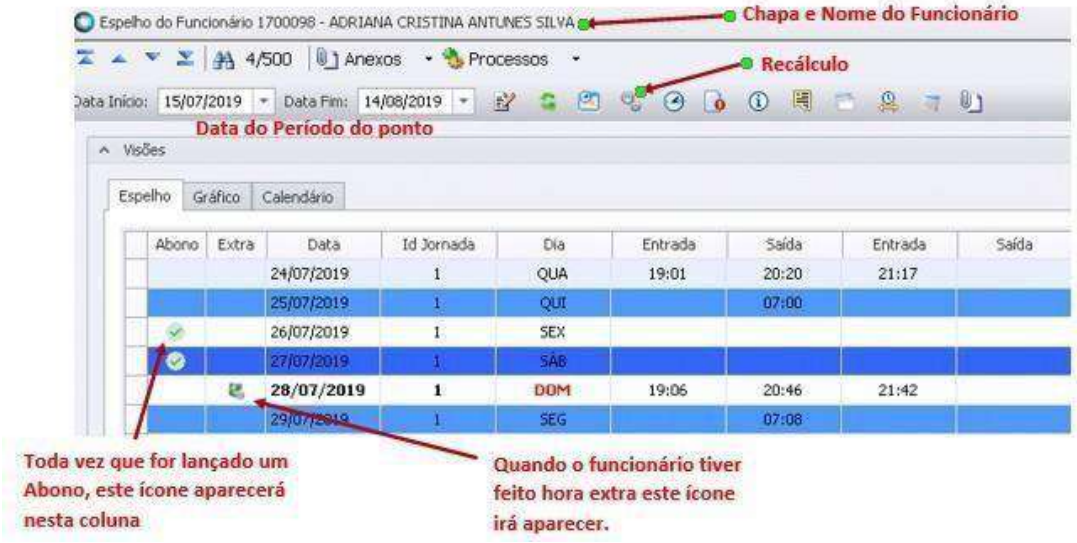
Depois do sistema atualizado, agora devemos conferir as informações geradas, proceder com os possíveis abonos e se for o caso ajustar as batidas dos funcionários.
Você deverá ir na barra do Menu, clicar em Cadastro / Funcionário:

Logo em seguida abrirá uma tela com as opções de Filtros. Aqui você deverá escolher o filtro da sua Unidade ou um outro filtro que possa lhe atender e depois de selecionado clicar em Executar:

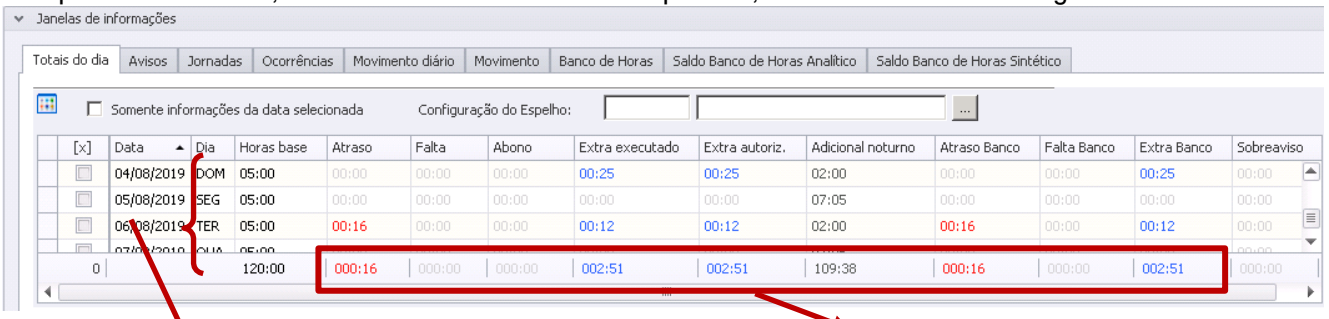


Em seguida na barra de menu dar um clique no ícone Espelho do Ponto:

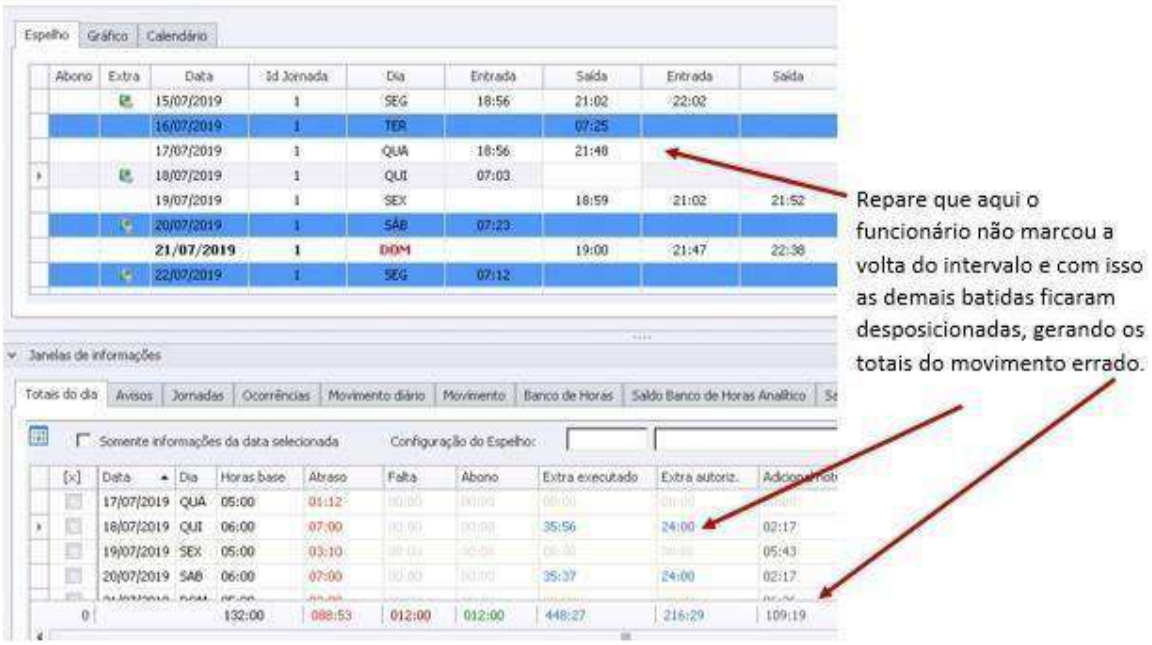
Na figura abaixo é a tela aonde iremos fazer os devidos ajustes, mas antes vamos conhecer alguns atalhos e ícones do sistema:



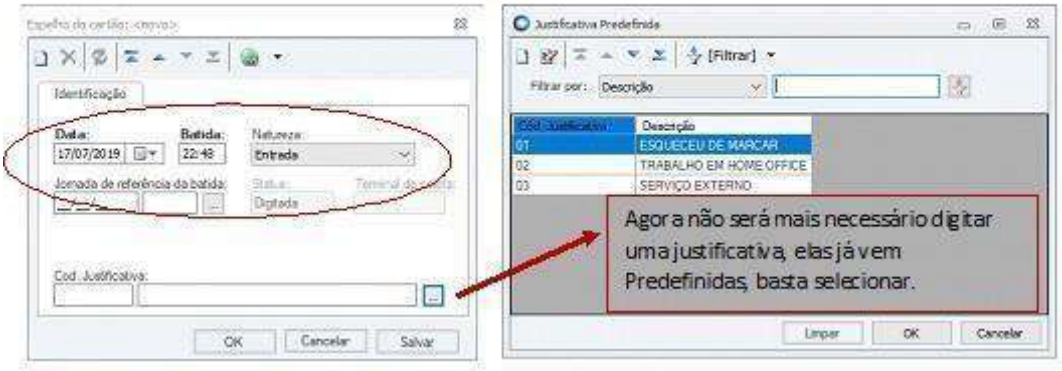
É bom sempre deixar a Janela de Informações visível, pois ela facilita na conferência do que já foi apurado para o funcionário, mostrando os totais do dia e do período, conforme mostrado na figura abaixo:



Agora veremos na prática como proceder com os ajustes no sistema e ver os seus impactos no cálculo do sistema. O 1º exemplo é um tipo mais comum de acontecer, que é falta de batida. Aqui você deverá colocar a batida correspondente. Repare que a ausência de batida em um dia gera um efeito em cascata, afetando os demais dias:

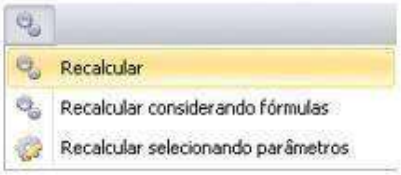


Para ajustar basta dar um duplo clique no lugar aonde está faltando a batida e incluir o horário faltante, selecionar a Natureza e escolher a justificativa da inclusão:



Obs.: Agora não será mais necessário enviar as atipicidades para o setor de DP, após os lançamentos os mesmos podem ser descartados.

Depois de lançado a batida ir na barra de menu e clicar no ícone Recalcular e selecionar Recalcular:

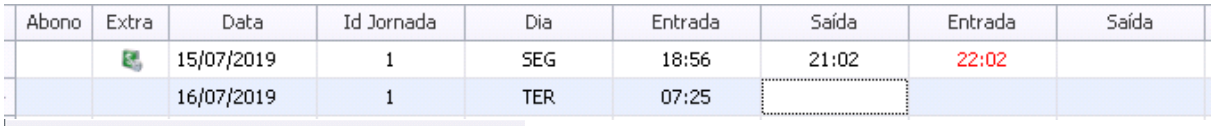


Logo em seguida ele vai fazer o processo de Recalculo do funcionário, recalculando o movimento dele com o ajuste feito e verifique se os totais do movimento dele foi ajustado:

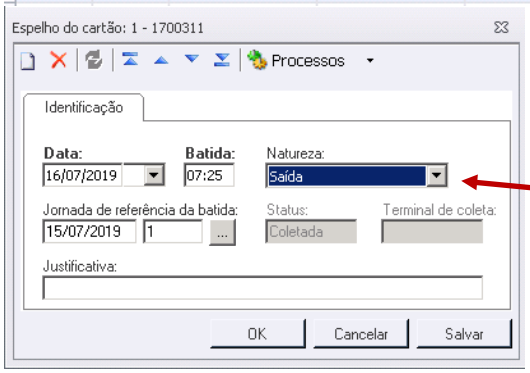
Repare que depois do lançamento todas as batidas foram alocadas para o seu devido lugar.

E o movimento dele também foi ajustado ficando dentro da sua normalidade.

Neste 2º exemplo, também é muito comum acontecer, uma batida está desposicionadas. A correção a ser aplicada é parecida com a inclusão da batida só que mais simples. Neste caso você vai clicar duas vezes na batida errada e ajustar apenas a Natureza dela e dar OK. Não é necessário Justificar:

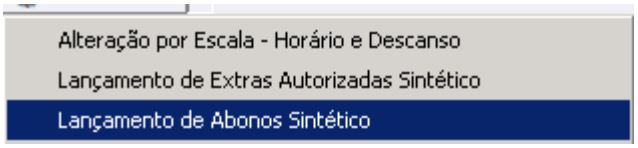


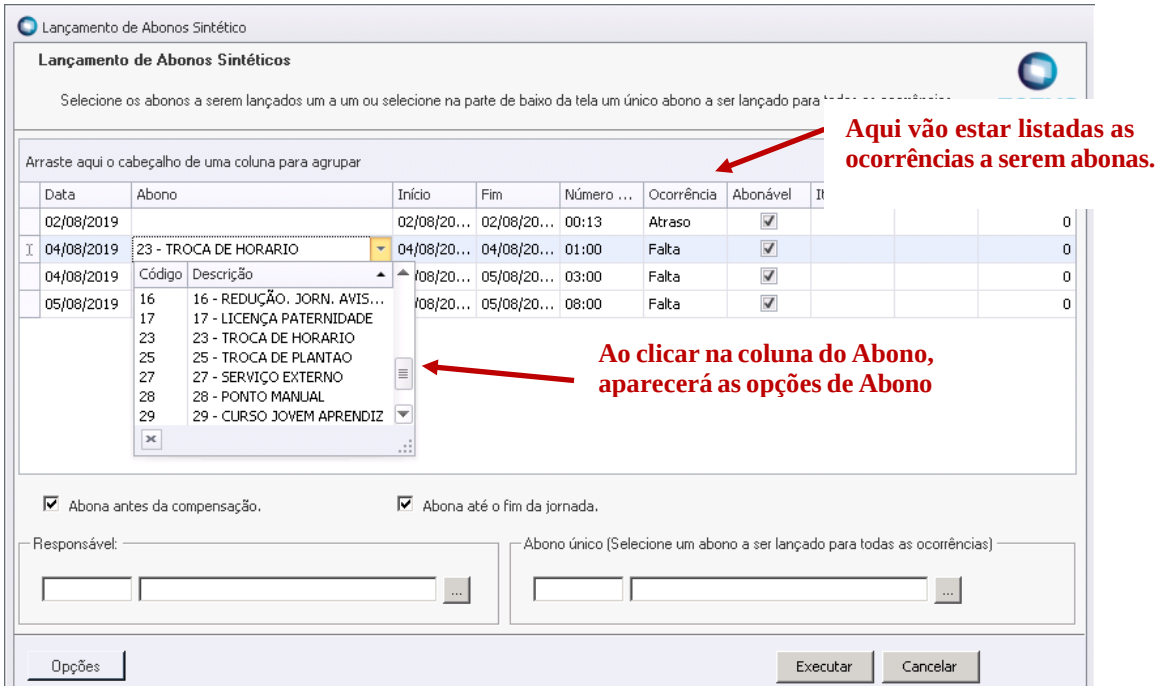
Abono	Extra	Data	Id Jornada	Dia	Entrada	Saída	Entrada	Saída
		15/07/2019	1	SEG	18:56	21:02	22:02	
		16/07/2019	1	TER	07:25			



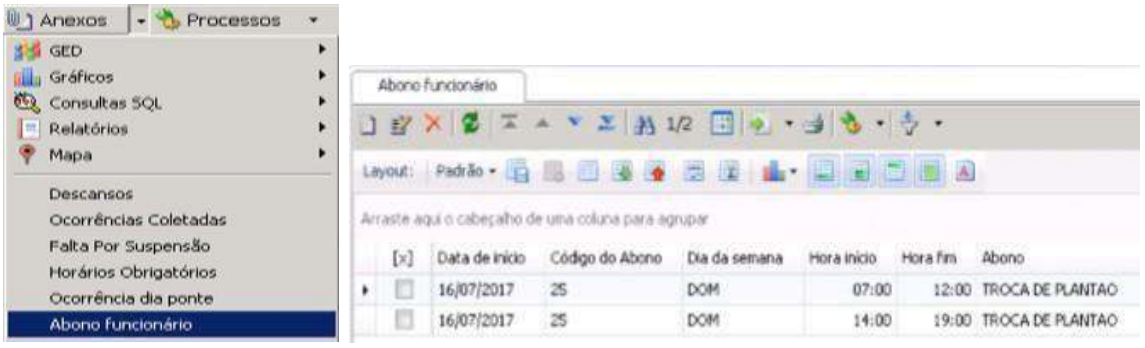
Aqui somente selecionará a opção da Natureza para qual a batida deverá ir e depois de ajustado fazer o **Recálculo.**

Para o 3º exemplo, trata-se dos lançamentos dos abonos. Abaixo segue a lista homologada pelo HMTJ para lançamento e no final deste manual se encontra quando se deve usar cada um. Em caso de dúvida qual o abono lançar consulte o responsável pelo DP da sua unidade.
Na barra de menu vai em Processos, clica na seta e na opção Lançamento de Abonos Sintético e em seguida vai aparecer uma janela com as ocorrências que podem ser abonadas, você vai na linha do dia do abono que você quer lançar e na coluna Abono, clicando na coluna ele vai trazer as opções de Abono e basta selecionar qual deve ser lançado.
No caso de funcionário que trabalha em plantão noturno, deverá ser abonado o dia seguinte também.
Depois de lançado basta clicar em Executar e não esquecer de **Recalcular**.

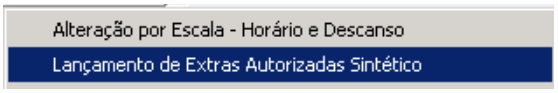


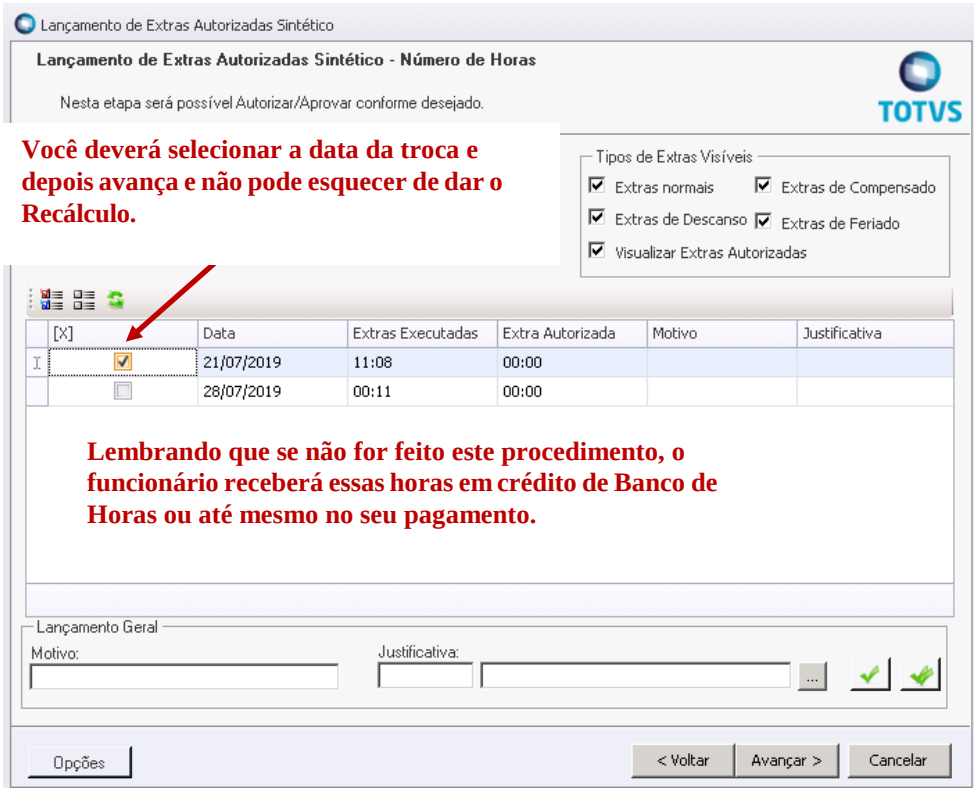


Se por acaso lançou um abono errado e precisar excluir ou precisar saber qual foi o abono lançado, você deverá ir em Anexos / Abono Funcionário, irá abrir ao lado das batidas.
Para providenciar a exclusão é só selecionar os abonos a serem excluídos e clicar no ícone excluir
( ) e dar ok e depois dar o **Recálculo.**

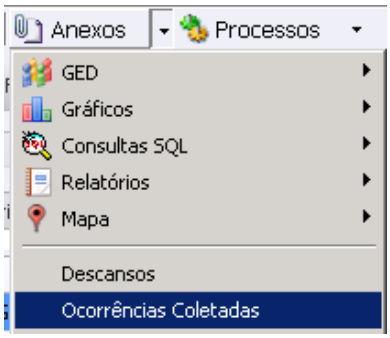


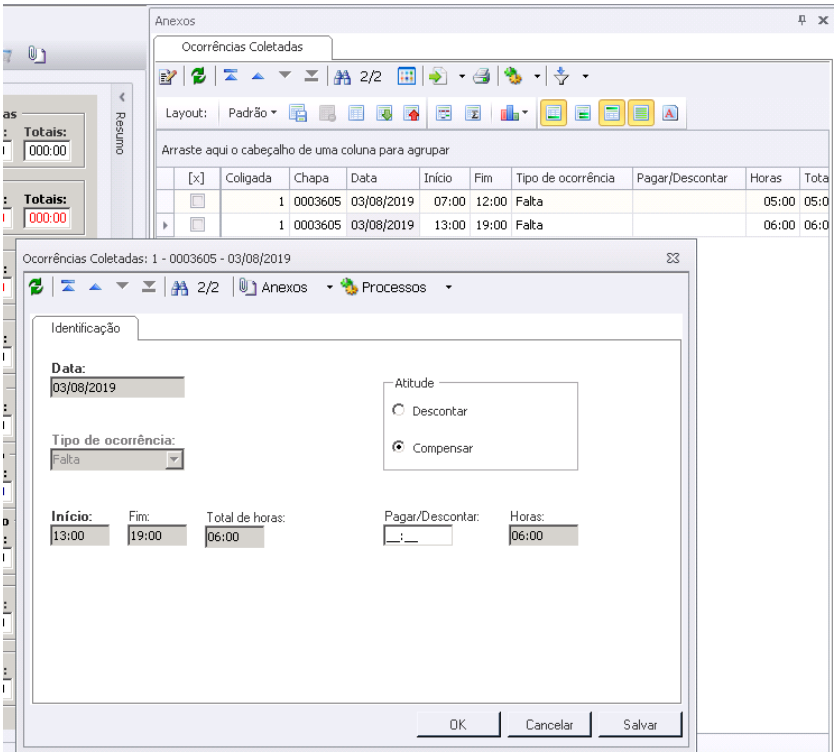
Quando houver troca de plantão devemos retirar o plantão dele como extra, já que o sistema entende que o dia dele era de folga e o mesmo veio trabalhar.
Ir em Processo / Lançamento de Extra Autorizado Sintético, na 1ª e 2ª janela você deve clicar em Avançar e na 3ª janela selecionar o dia ou os dias das trocas e por último em avançar:



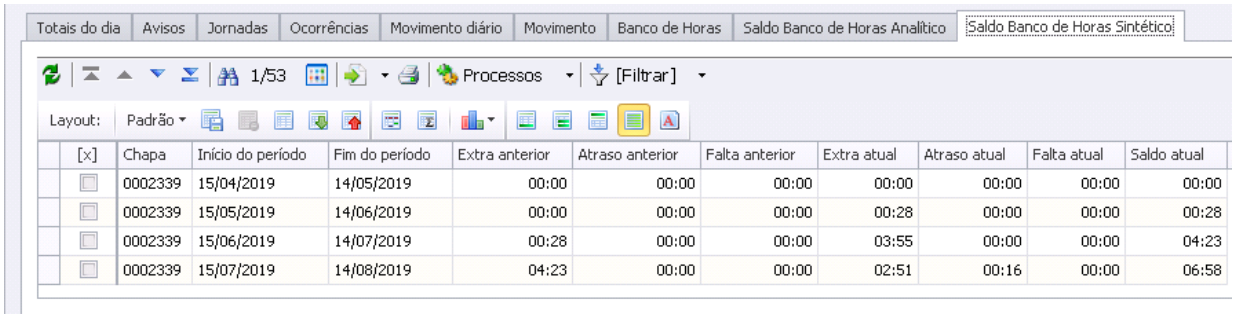


Se o funcionário faltar e o mesmo foi acordado de ser enviado para o Banco de Horas, terá que fazer o seguinte procedimento ir em Anexos / Ocorrências Coletadas, clicar na data da falta e em seguida do lado direito abrirá uma tela, aonde aparecerá a ocorrência da falta, clica na ocorrência e muda a opção para compensar.





Depois do Ponto já ajustado e atualizado é sempre bom conferir o saldo de Banco de Horas do funcionário, Basta ir na Janela de Informações na opção Saldo Banco de Horas Sintético e descer a barra de rolagem até o final e na coluna Saldo Atual mostrará a situação dele atualizada.



[x]	Chapa	Início do período	Fim do período	Extra anterior	Atraso anterior	Falta anterior	Extra atual	Atraso atual	Falta atual	Saldo atual
	0002339	15/04/2019	14/05/2019	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
	0002339	15/05/2019	14/06/2019	00:00	00:00	00:00	00:28	00:00	00:00	00:28
	0002339	15/06/2019	14/07/2019	00:28	00:00	00:00	03:55	00:00	00:00	04:23
	0002339	15/07/2019	14/08/2019	04:23	00:00	00:00	02:51	00:16	00:00	06:58

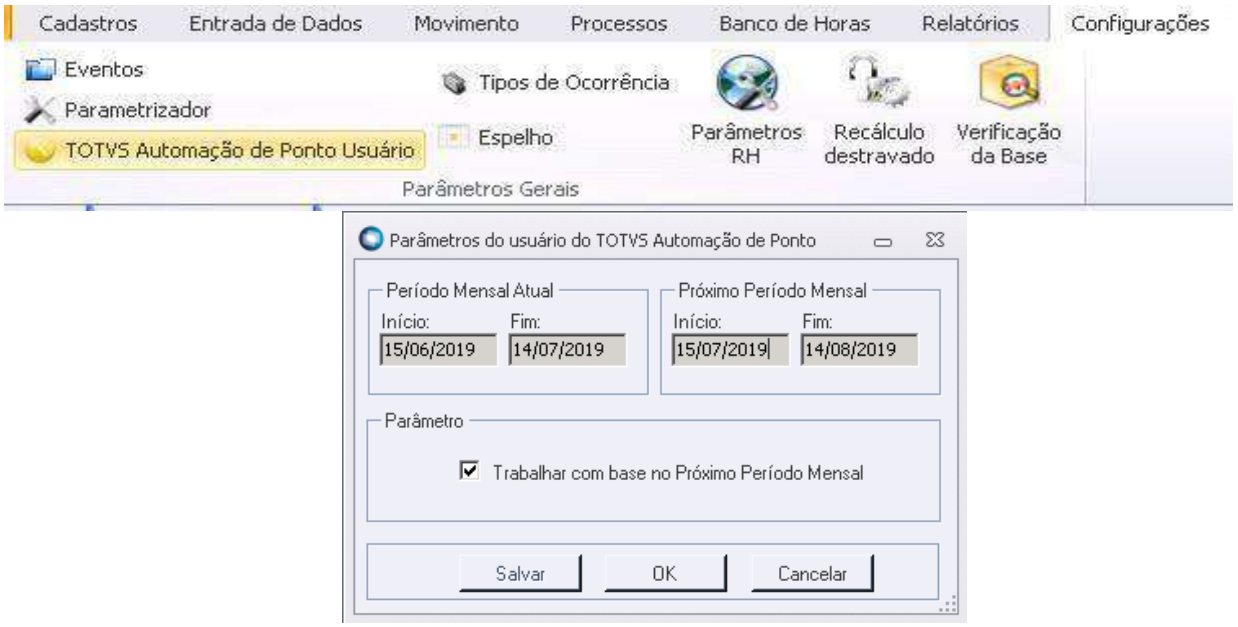
Pontos chaves para ter sucesso na apuração do Ponto

É possível consultar o horário que o funcionário está cadastrado estando no Espelho do Ponto. Basta apenas clicar no ícone Visualizar Horário ( ) ;

Data	Código do Horário	Índice	ID Jornada	Dia	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2
15/07/2019	9830	2	1	SEG	00:00	+00:00		
16/07/2019	9830	1	1	TER	07:00	12:00	13:00	19:00
17/07/2019	9830	2	1	QUA	00:00	+00:00		
18/07/2019	9830	1	1	QUI	07:00	12:00	13:00	19:00

Sempre que você estiver na dúvida se fez um recálculo ou fez a inclusão de uma batida, clique no ícone Atualizar ( ) e o sistema vai mostrar as informações atualizadas;

Para conferir em qual período você está trabalhando e for necessário mudar, ir em Configurações / TOTVS Automação de Ponto Usuário, vai aparecer uma janela com os dois períodos disponíveis:



Abono de Atestado Médico e Doação de Sangue são lançados apenas pelo Sesmt;

Faltas não justificadas deverão ser aplicadas Advertências.

Abonos

Segue abaixo Abonos que são homologados para uso no sistema da TOTVS e em qual situação são usados:

Código	Descrição	Situação
01	ATESTADO MÉDICO	Lançado Pelo Sesmt
02	ATESTADO DE OBITO	até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica, mas podendo se estender dependo da convenção coletiva.
03	DOAÇÃO DE SANGUE	Com o claro objetivo de estimular o ato nobre de **doar sangue**, o inciso IV do artigo 473 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) dispõe que o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço, sem prejuízo do salário, por um dia, em cada 12 meses, em caso de **doação** voluntária de **sangue** devidamente comprovada".
04	AFASTAMENTO SERVIÇO MILITAR	No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra "c" do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar);
05	ABONO COMP. JUIZO	Pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a juízo;
06	ABONO EMP. SINDICAL	Quando o empregado for representante de entidade sindical e estiver participando de uma reunião oficial internacional de determinado órgão do qual o Brasil seja membro — ou caso seja chamado para servir como conciliador nas Comissões de Conciliação Prévia e para outras ausências estabelecidas em acordos e convenções coletivas da categoria profissional do funcionário.
07	ABONO VESTIBULAR	Nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior;
08	SAIDA POS GRADUAÇAO	Quando o funcionário necessitar se ausentar para tal finalidade;
09	CONCURSO PUBLICO	Quando o funcionário necessitar se ausentar para tal finalidade;
10	FOLGA ACORDO COLETIVO	Folga concedida conforme convenção coletiva
11	RETORNO FERIAS	Somente para funcionários noturnos / Retorno Férias;
12	LICENÇA AMAMENT/RED. JORNADA	O artigo 396 da CLT estabelece que, durante a jornada de trabalho, a empregada mãe tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, para **amamentar** o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade. Mas aqui na HMTJ aplicamos 1 hora na entrada ou na saída.
13	CONGRESSO	Lançado para os funcionários que estão ausentes devido a ida aos congressos da categoria
14	LICENÇA CASAMENTO	até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;
15	LICENÇA ELEITORAL	Todo trabalhador que for convocado pela Justiça Eleitoral e atuar

		durante a eleição tem direito ao descanso pelo dobro do tempo à disposição. Isso vale para mesários, secretários, presidentes de seção e também para quem exercer função durante apuração dos votos.
16	REDUÇÃO. JORN. AVISO PRÉVIO	Quando no Aviso Trabalhado o funcionário faz a opção da redução de 2 horas
17	LICENÇA PATERNIDADE	São 5 dias seguidos a contar da data de nascimento
23	TROCA DE HORARIO	Quando o funcionário troca o dia pela noite, ou faz a mesma jornada em horário diferente;
25	TROCA DE PLANTAO	Quando há troca entre dois funcionários CLT;
27	SERVIÇO EXTERNO	Quando o funcionário está fazendo trabalhando ou realizando uma reunião fora da sua unidade
28	PONTO MANUAL	Quando o funcionário não possuir Biometria com comprovação por laudo médico;
29	CURSO JOVEM APRENDIZ	Quando o Jovem Aprendiz está no curso CIEE;
30	DECLARAÇAO DE COMPARECIMENTO	até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira e por 1 (um) dia a cada 6 meses para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica
31	SUSPENSÃO	Lançar quando houver o fato.
32	COMPENSAÇÃO BANCO DE HORAS	Usado apenas na Maternidade e na Upa de Santa Luzia

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES DO SETOR DE CONTABILIDADE

Objetivos

A conciliação bancária consiste em um procedimento de comparação entre os saldos de contas bancárias da entidade com seu controle financeiro interno. Os lançamentos efetuados pelo depatamento financeiro deverão coincidir com o saldo final do extrato bancário referente a data a ser conciliada.

Materiais

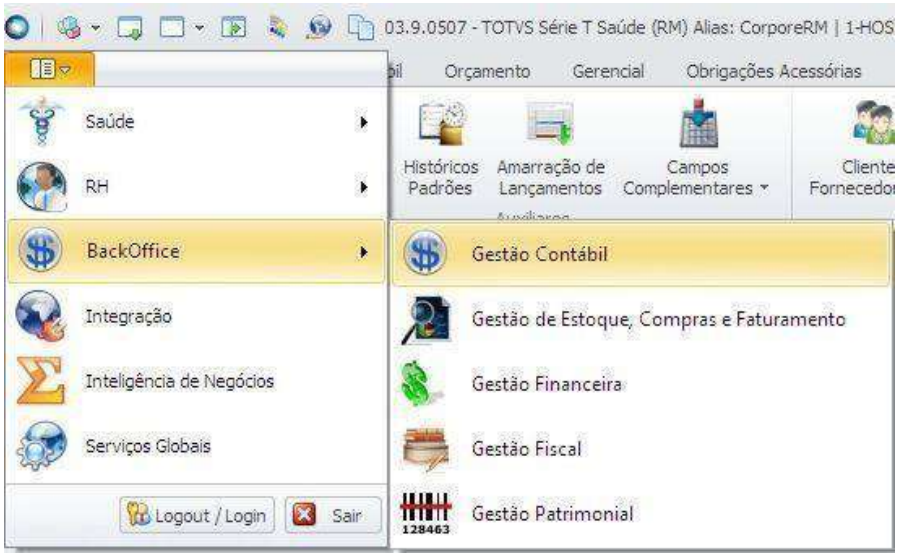
Computador, Documentos Fiscais, Material de Escritório e Colaborador treinado.

Descrição dos passos da atividade

– Sistema de acesso

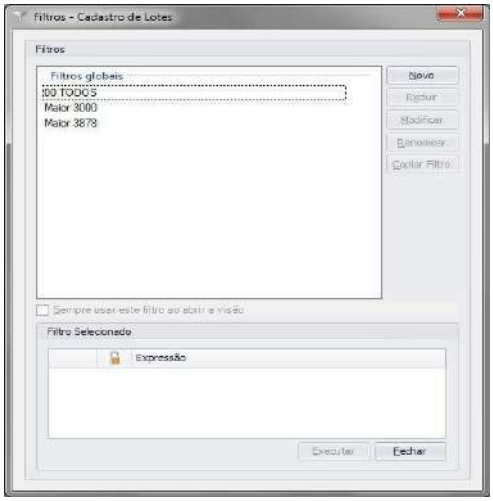
- Clicar em RM e FAZER LOGIN

- Clicar em BackOffice, Gestão Contábil.

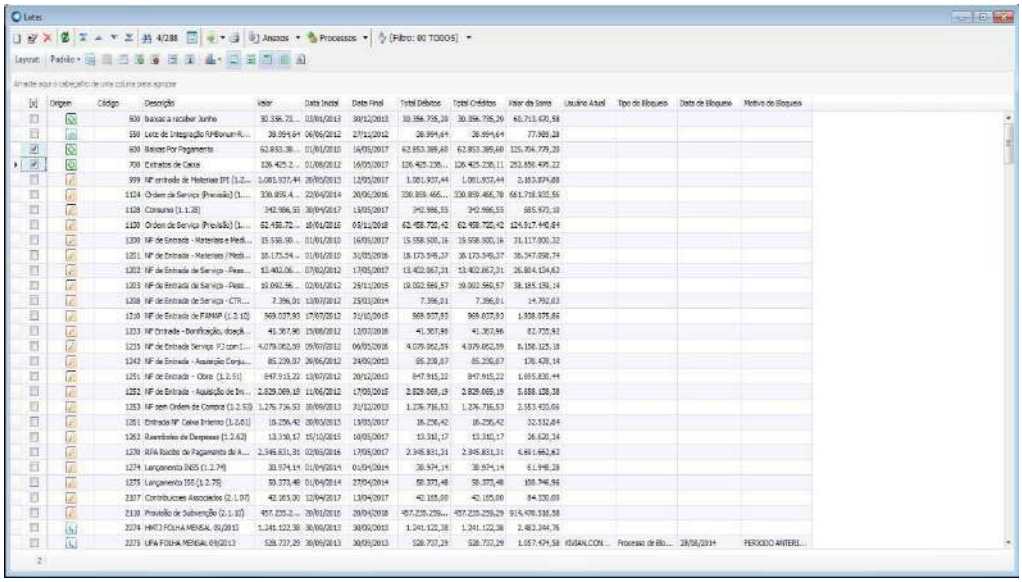


- Aparecerá a tela principal da contabilidade. Clicar em Escrituração Contábil, Lotes e Lotes.

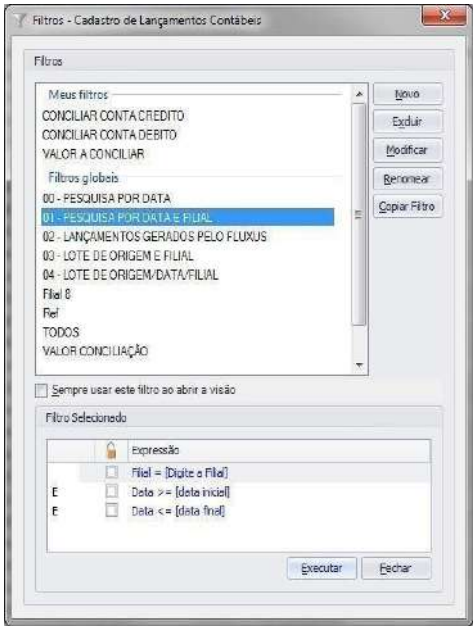
- Abrirá tela para escolher o filtro, nele será escolhida a opção “todos” e “executar”.



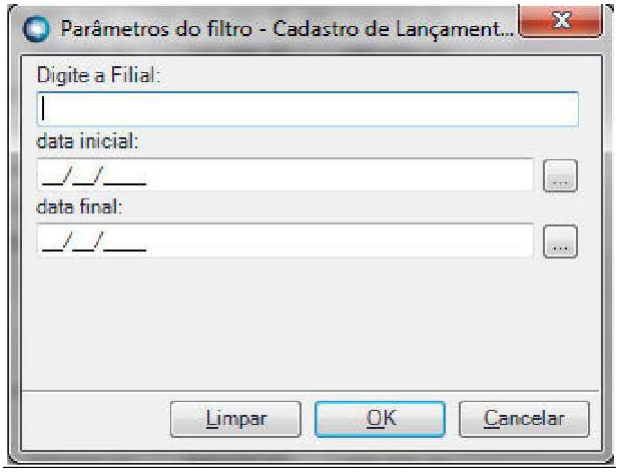
- Depois desse passo, abrirá uma nova tela com todos os lotes, integraremos os lotes “600 e 700”.



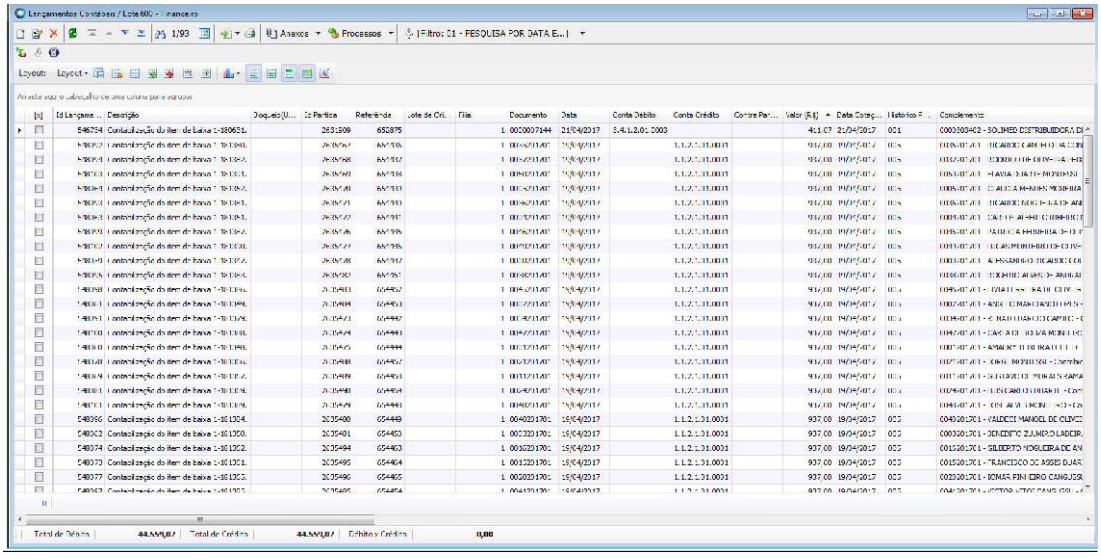
- Logo após, aparecerá uma tela para escolher o filtro, escolher “pesquisa por data e filial” e executar.



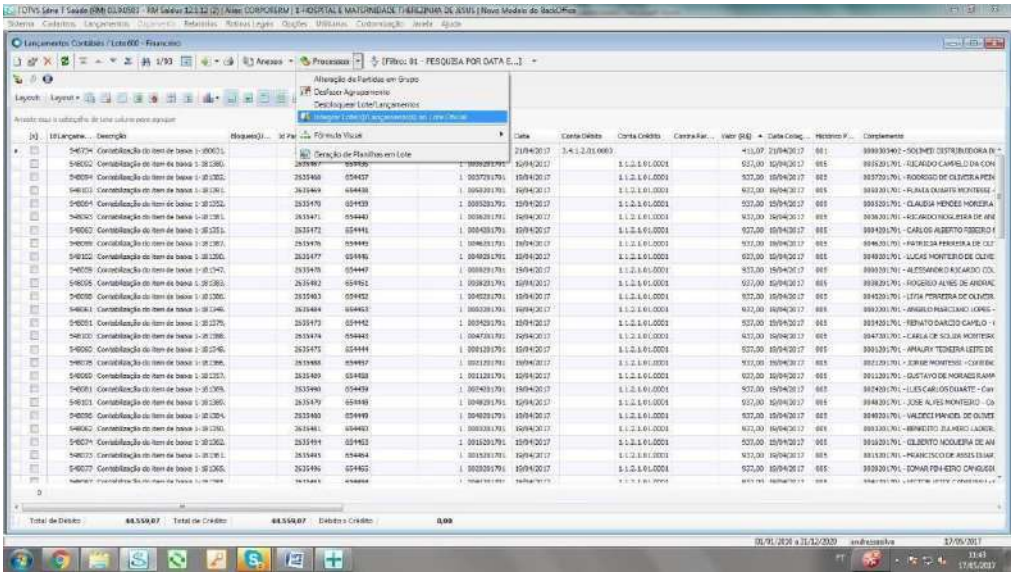
- Escolher a filial e data conforme imagem abaixo:



- Abrirá a seguinte tela com lançamentos:

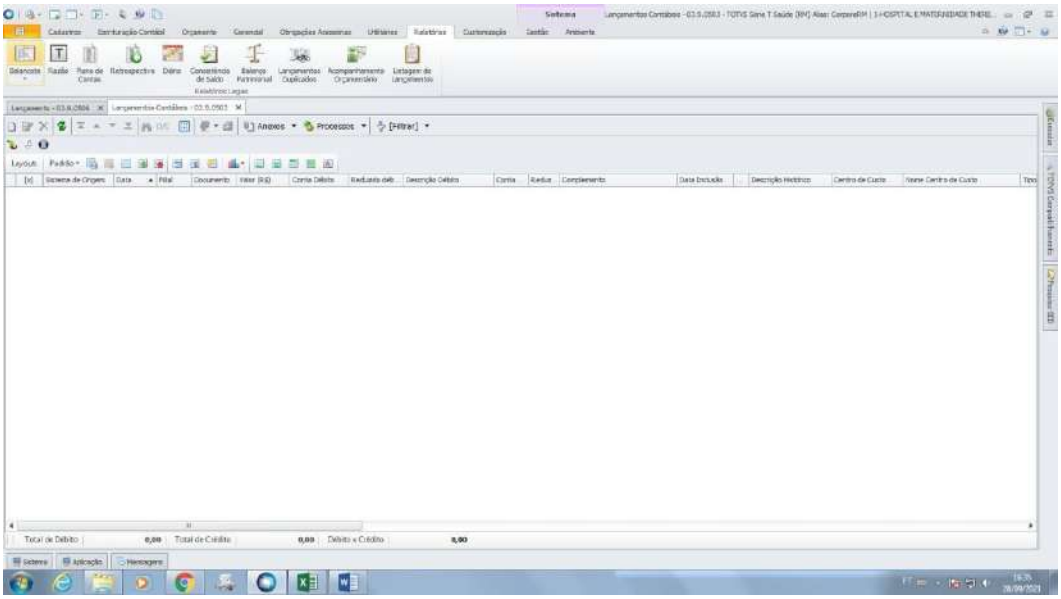


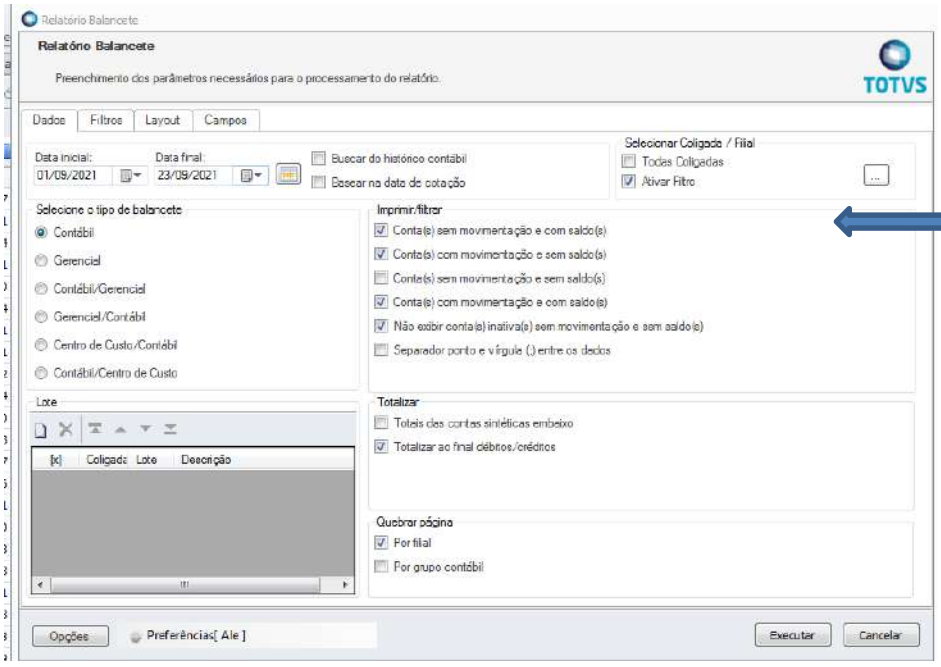
– Conferir se a data e a filial está correta. O próximo passo é clicar em “PROCESSOS” - “INTEGRAR LOTES/LANÇAMENTOS AO LOTE OFICIAL”.



– Feito isso, deverá ser aberto ainda no Gestão Contábil, o balancete referente a unidade a ser conferida. Conforme demonstração abaixo:

12 - Clicar em Balancete, inserir período que deseja conciliar e escolher filial desejada (conforme seta abaixo):

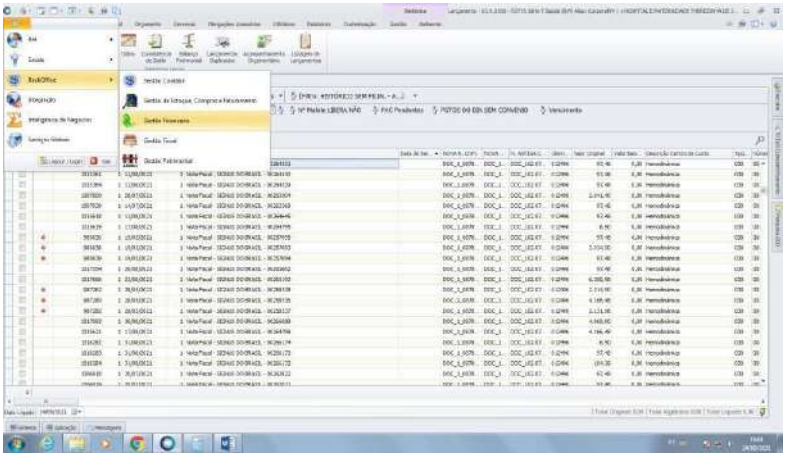


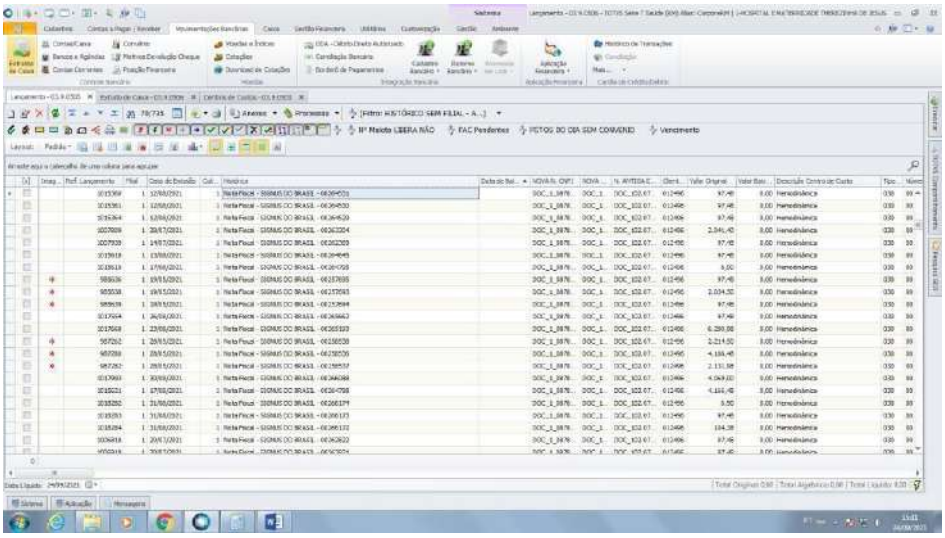


- Após a geração do balancete irão aparecer as contas Contas Correntes e Aplicações Financeiras. As Contas Correntes deverão ser conferidas dia a dia, já as Aplicações Financeiras após o fechamento do mês corrente.

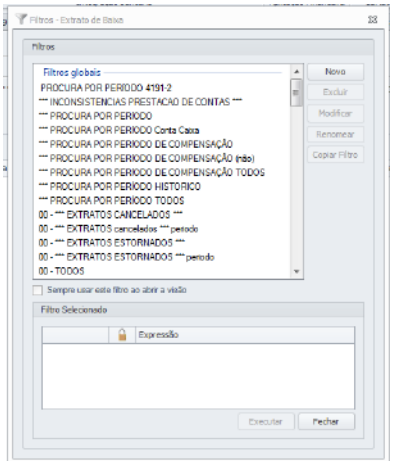
Conta	Reduzido	Descrição	Anterior	Débitos	Créditos	Saldo Atual
		Filial: 17 - HMTJ - UPA NORTE - BETIM				
1	1	ATIVO	37.078.032,53	9.307.953,94	11.035.972,63-	35.350.013,84
1.1	2	ATIVOS CIRCULANTES	27.331.205,13	9.307.922,44	11.035.851,02-	25.603.276,55
1.1.1	3	CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	2.703.320,00	7.952.026,37	7.679.785,49-	2.975.560,88
1.1.1.1	4	CAIXA E BANCOS CONTA MOVIMENTO	2.489,90	5.775.053,11	5.773.552,17-	3.990,84
1.1.1.1.01	5	CAIXA	2.489,90	1.490,65	0,00	3.980,55
1.1.1.1.01.0047	973	FUNDO FIXO STHYWEN DAMAS - BETIM	2.489,90	0,00	0,00	2.489,90
1.1.1.1.01.0055	6581	FUNDO FIXO - UPA ALTEROSAS - THA	0,00	1.490,65	0,00	1.490,65
1.1.1.1.03	33	CONTAS CORRENTES-RECURSOS C/REST	0,00	5.773.562,46	5.773.552,17-	10,29
1.1.1.1.03.0084	16009	CEF 3206-1 BETIM	0,00	5.262.298,85	5.262.298,85-	0,00
1.1.1.1.03.0129	6291	ITAU BETIM AG 3165 CC 47847-4	0,00	511.263,61	511.253,32-	10,29
1.1.1.2	1520	APLICAÇÕES LIQUIDEZ IMEDIATA	2.700.830,10	2.176.973,26	1.906.233,32-	2.971.570,04
1.1.1.2.01	1521	APLICAÇÕES FINANCEIRAS - C/ REST	2.700.830,10	2.176.973,26	1.906.233,32-	2.971.570,04
1.1.1.2.01.0123	15910	CAIXA ECONOMICA - BETIM (3206-1)	2.700.830,10	2.176.973,26	1.906.233,32-	2.971.570,04

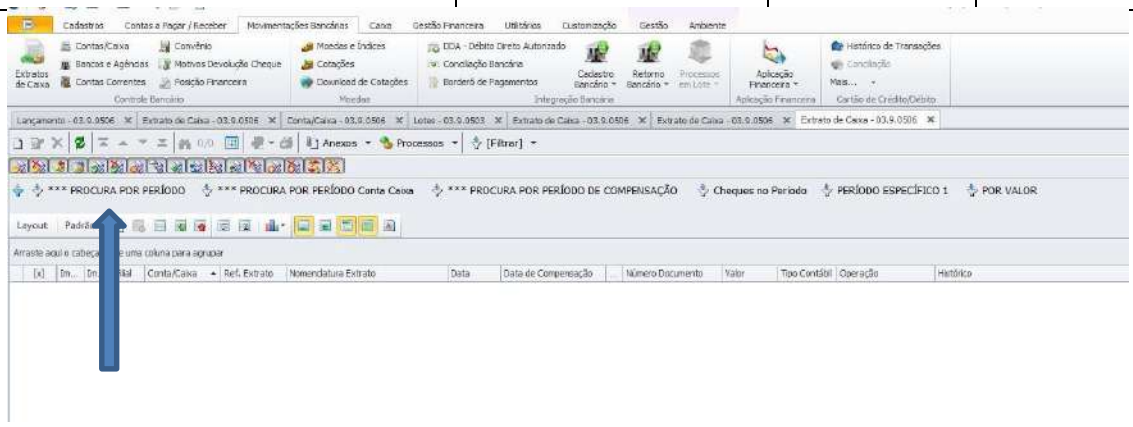
13 - O próximo passo será pegar os extratos bancários que são disponibilizados via fluig. Ir em BackOficce, Gestão Financeira, Movimentações Bancárias, Extrato de Caixa,

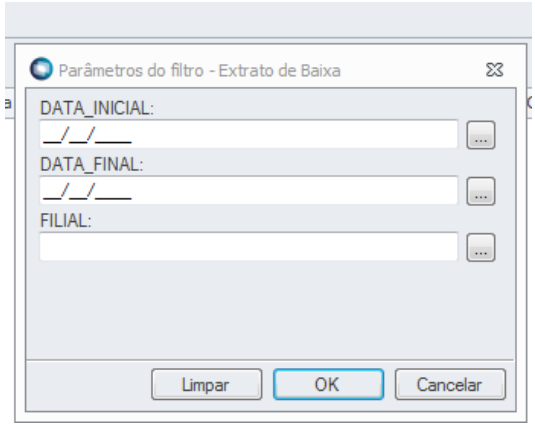




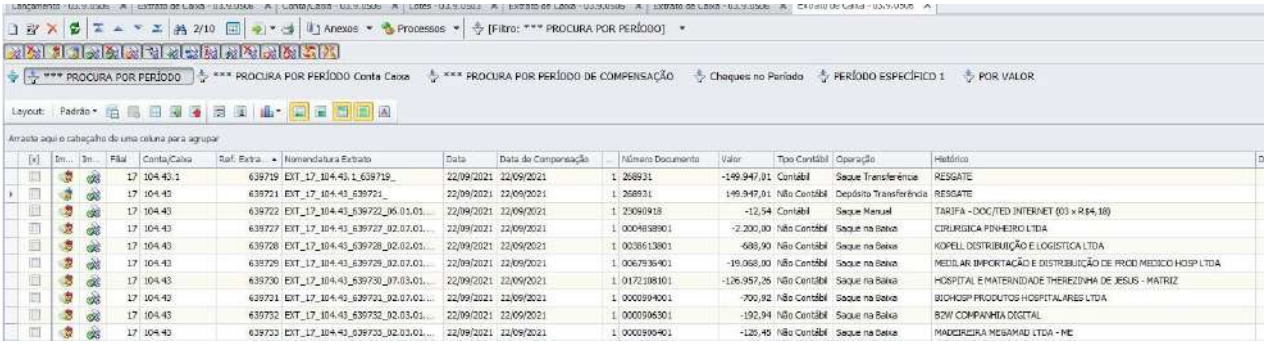
Clicar em fechar. Aparecerá a página abaixo:



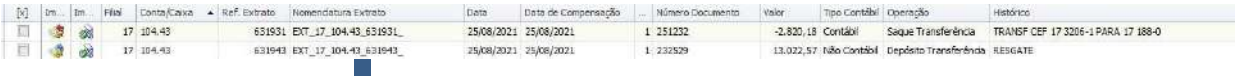




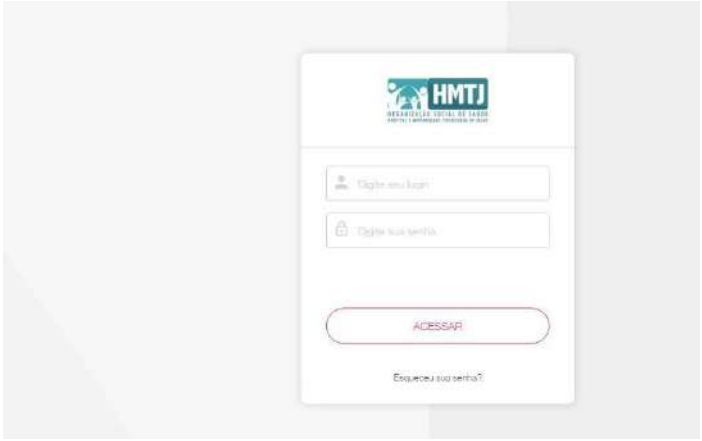
Inserir a data inicial e final do período o qual se pretende buscar o extrato bancário e a filial.



Classificar a coluna conta/caixa de forma crescente pois o extrato bancário está anexado no primeiro lançamento da conta caixa de conta corrente .
Copiar o atalho da Nomenclatura Extrato:

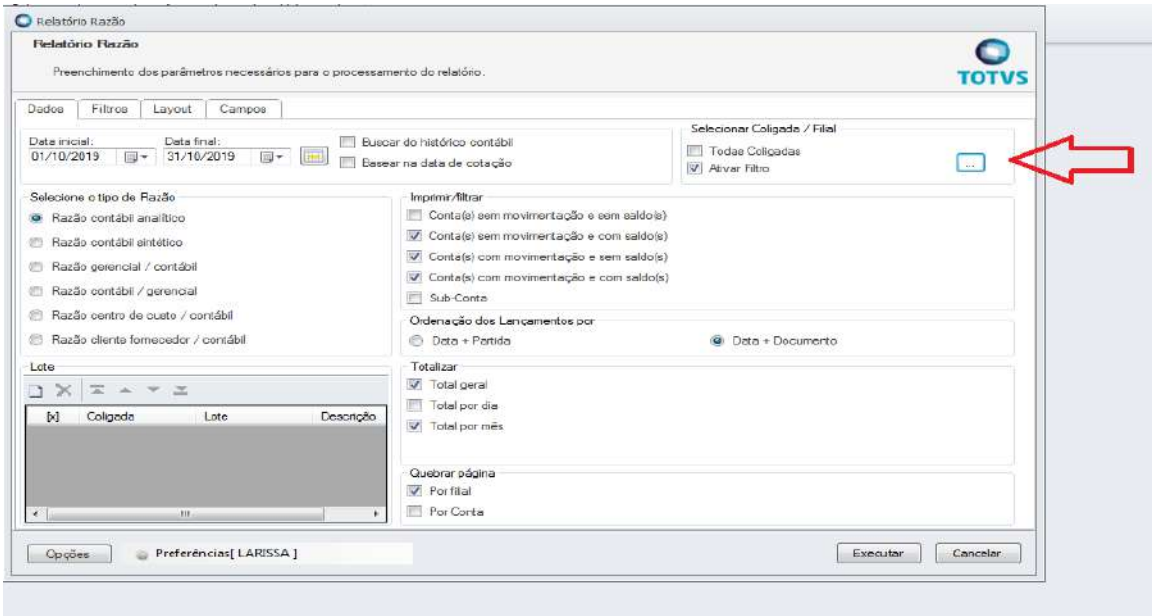


Abrir a página do Fluig: http://hmtjfluig.dnsalias.com:8080/portal/home e inserir login e senha do usuário:



Colar a nomenclatura de extrato no fluig e fazer o download do arquivo.

14 - Após seguir o procedimento demonstrado acima, abrirá o Razão Contábil que deverá ser conferido com os Extratos Bancários.

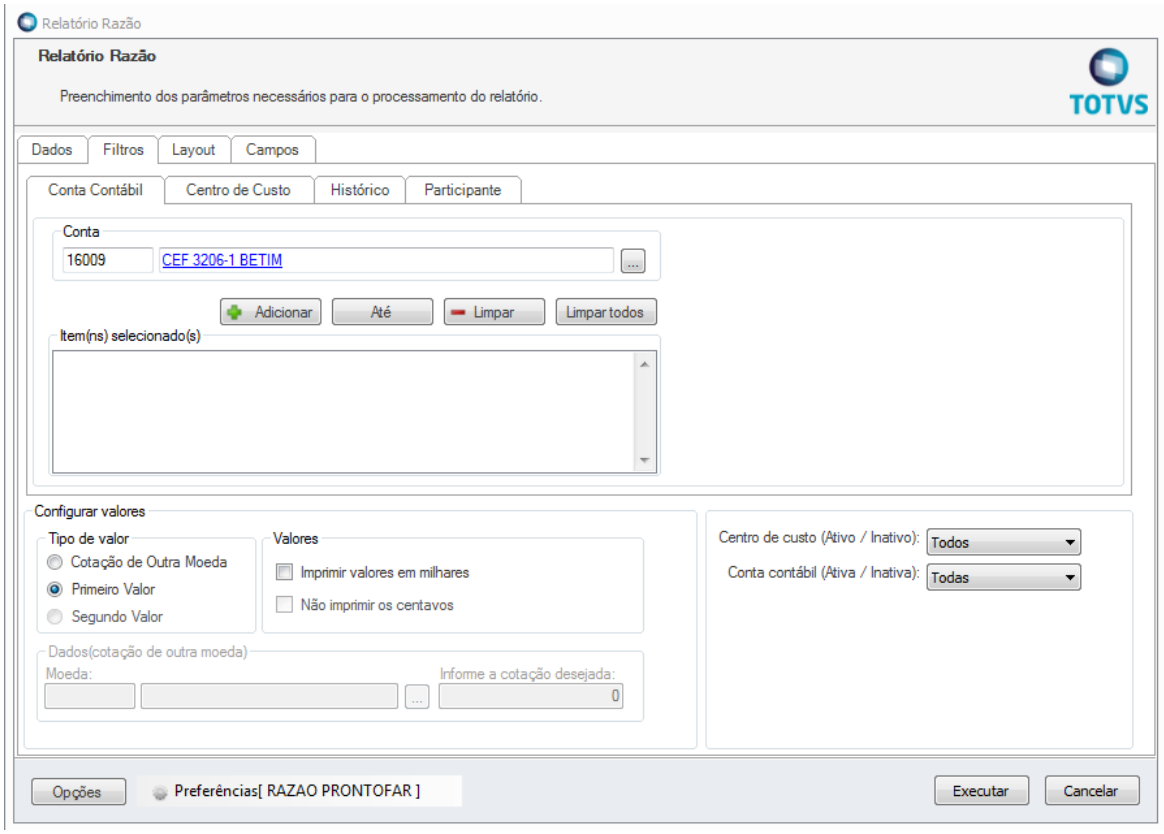


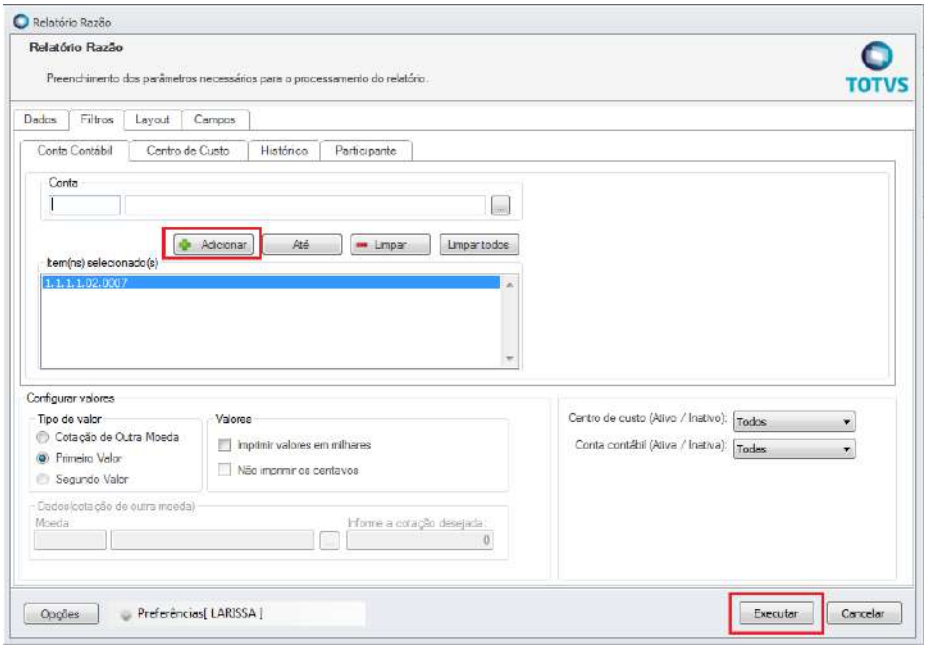
Feito isso clicar na opção Filtros, selecionar conta que deseja conferir, como segue exemplo da conta bancária destacada abaixo:

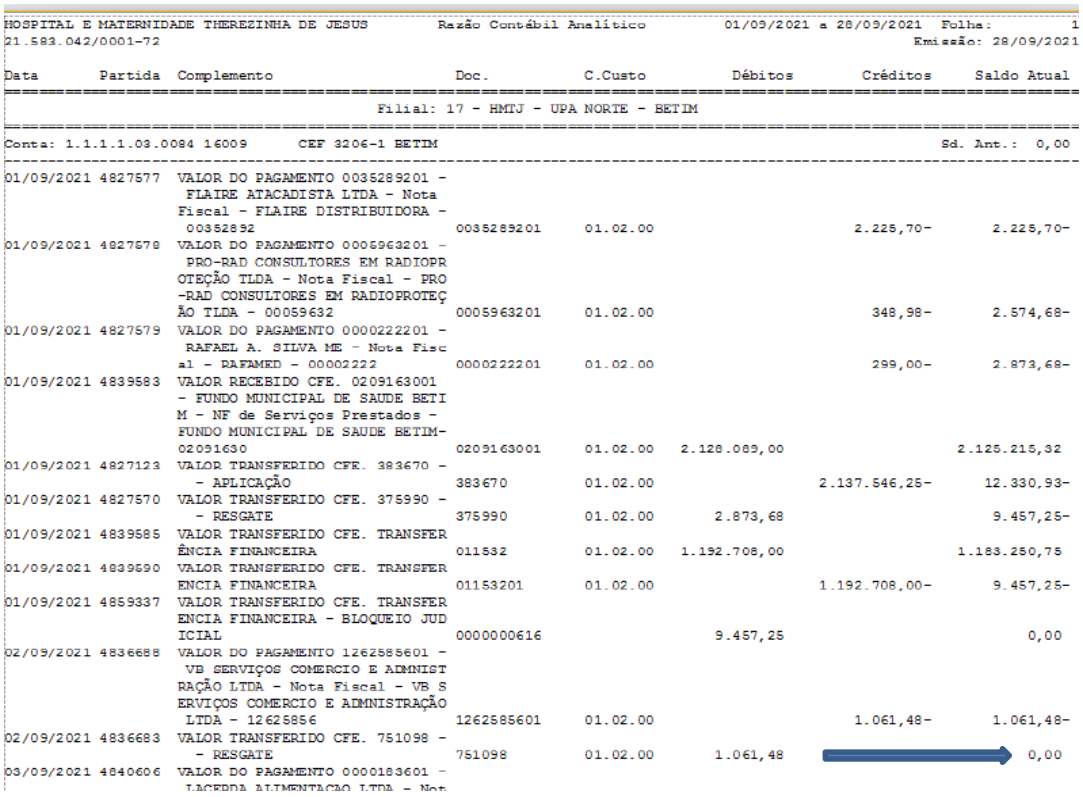
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS Balancete Contábil Analítico 01/09/2021 a 23/09/2021 Folha:
21.583.042/0001-72 Emissão: 28/09/202

Conta	Reduzido	Descrição	Anterior	Débitos	Créditos	Saldo Atual
Filial: 17 - HMTJ - UPA NORTE - BETIM						
1	1	ATIVO	37.078.032,53	9.349.038,90	11.108.688,66-	35.318.382,77
1.1	2	ATIVOS CIRCULANTES	27.331.205,13	9.349.007,40	11.108.567,05-	25.571.645,48
1.1.1	3	CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	2.703.320,00	7.988.379,24	7.752.501,52-	2.939.197,72
1.1.1.1	4	CAIXA E BANCOS CONTA MOVIMENTO	2.489,90	5.811.405,98	5.809.915,33-	3.980,55
1.1.1.1.01	5	CAIXA	2.489,90	1.490,65	0,00	3.980,55
1.1.1.1.01.0047	973	FUNDO FIXO STHYWEN DAMAS - BETIM	2.489,90	0,00	0,00	2.489,90
1.1.1.1.01.0055	6581	FUNDO FIXO - UPA ALTEROSAS - THA	0,00	1.490,65	0,00	1.490,65
1.1.1.1.03	33	CONTAS CORRENTES-RECURSOS C/REST	0,00	5.809.915,33	5.809.915,33-	0,00
1.1.1.1.03.0084	16009	CEF 3206-1 BETIM	0,00	5.298.651,72	5.298.651,72-	0,00
1.1.1.1.03.0129	6291	ITAU BETIM AG 3165 CC 47847-4	0,00	511.263,61	511.263,61-	0,00
1.1.1.2	1520	APLICAÇÕES LIQUIDEZ IMEDIATA	2.700.830,10	2.176.973,26	1.942.586,19-	2.935.217,17
1.1.1.2.01	1521	APLICAÇÕES FINANCEIRAS - C/ REST	2.700.830,10	2.176.973,26	1.942.586,19-	2.935.217,17
1.1.1.2.01.0123	15910	CAIXA ECONOMICA - BETIM (3206-1)	2.700.830,10	2.176.973,26	1.942.586,19-	2.935.217,17

No relatório razão selecionar a conta bancária desejada e clicar no botão adicionar e após isso, executar


Relatório Razão
Relatório Razão
Preenchimento dos parâmetros necessários para o processamento do relatório.
TOTVS
Dados
Filtros
Layout
Campos
Conta Contábil
Centro de Custo
Histórico
Participante
Conta
16009
CEF 3206-1 BETIM
Adicionar
Até
Limpar
Limpar todos
Item(ns) selecionado(s)
Configurar valores
Tipo de valor
Cotação de Outra Moeda
Primeiro Valor
Segundo Valor
Valores
Imprimir valores em milhares
Não imprimir os centavos
Dados(cotação de outra moeda)
Moeda:
Informe a cotação desejada:
Centro de custo (Ativo / Inativo):
Todos
Conta contábil (Ativa / Inativa):
Todas
Opções
Preferências[RAZAO PRONTOFAR]
Executar
Cancelar


Relatório Razão
Relatório Razão
Preenchimento dos parâmetros necessários para o processamento do relatório.
TOTVS
Dados
Filtros
Layout
Campos
Conta Contábil
Centro de Custo
Histórico
Participante
Conta
Adicionar
Até
Limpar
Limpar todos
Item(ns) selecionado(s)
1.1.1.1.02.0007
Configurar valores
Tipo de valor
Cotação de Outra Moeda
Primeiro Valor
Segundo Valor
Valores
Imprimir valores em milhares
Não imprimir os centavos
Dados(cotação de outra moeda)
Moeda:
Informe a cotação desejada:
Centro de custo (Ativo / Inativo):
Todos
Conta contábil (Ativa / Inativa):
Todas
Opções
Preferências[LARISSA]
Executar
Cancelar



HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS — Razão Contábil Analítico — 01/09/2021 a 28/09/2021 — Folha: 1
21.583.042/0001-72 — Emissão: 28/09/2021

Filial: 17 - HMTJ - UPA NORTE - BETIM

Conta: 1.1.1.1.03.0084 16009 CEF 3206-1 BETIM — Sd. Ant.: 0,00

Data	Partida	Complemento	Doc.	C.Custo	Débitos	Créditos	Saldo Atual
01/09/2021	4827577	VALOR DO PAGAMENTO 0035289201 - FLAIRE ATACADISTA LTDA - Nota Fiscal - FLAIRE DISTRIBUIDORA - 00352892	0035289201	01.02.00		2.225,70-	2.225,70-
01/09/2021	4827579	VALOR DO PAGAMENTO 0005963201 - PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTEÇÃO TLDA - Nota Fiscal - PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTEÇÃO TLDA - 00059632	0005963201	01.02.00		348,98-	2.574,68-
01/09/2021	4827579	VALOR DO PAGAMENTO 0000222201 - RAFAEL A. SILVA ME - Nota Fiscal - RAFAMED - 00002222	0000222201	01.02.00		299,00-	2.873,68-
01/09/2021	4839583	VALOR RECEBIDO CFE. 0209163001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE BETIM - NF de Serviços Prestados - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE BETIM-02091630	0209163001	01.02.00	2.128.089,00		2.125.215,32
01/09/2021	4827123	VALOR TRANSFERIDO CFE. 383670 - - APLICAÇÃO	383670	01.02.00		2.137.546,25-	12.330,93-
01/09/2021	4827570	VALOR TRANSFERIDO CFE. 375990 - - RESGATE	375990	01.02.00	2.873,68		9.457,25-
01/09/2021	4839585	VALOR TRANSFERIDO CFE. TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA	011532	01.02.00	1.192.708,00		1.183.250,75
01/09/2021	4839690	VALOR TRANSFERIDO CFE. TRANSFERENCIA FINANCEIRA	01153201	01.02.00		1.192.708,00-	9.457,25-
01/09/2021	4859337	VALOR TRANSFERIDO CFE. TRANSFERENCIA FINANCEIRA - BLOQUEIO JUDICIAL	0000000616		9.457,25		0,00
02/09/2021	4836688	VALOR DO PAGAMENTO 1262585601 - VB SERVIÇOS COMERCIO E ADMINISTRAÇÃO LTDA - Nota Fiscal - VB SERVIÇOS COMERCIO E ADMINISTRAÇÃO LTDA - 12625856	1262585601	01.02.00		1.061,48-	1.061,48-
02/09/2021	4836683	VALOR TRANSFERIDO CFE. 751098 - - RESGATE	751098	01.02.00	1.061,48		0,00
03/09/2021	4840606	VALOR DO PAGAMENTO 0000183601 - LACERDA ALIMENTAÇÃO LTDA - Not					

O saldo final da data conciliada do relatório razão deverá ser o mesmo saldo final do extrato bancário do dia:

Extrato

Cliente: HOSPL E MAT THEREZINHA DE JESUS

Conta: 1641 | 003 | 00003206-1

Data: 03/09/2021 - 08:31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
02/09/2021	751098	RSG FUNDO	1.061,48 C	1.061,48 C
02/09/2021	021341	CRED TEV	438,52 C	1.500,00 C
02/09/2021	419298	PAG BOLETO	1.500,00 D	0,00 C

Siglas e Definições

HMTJ – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Anexos

NA

Referências

Sistema RM (Totvs)

I. Objetivos

Elaboração de Prestação de Contas referente a contratos de gestão.

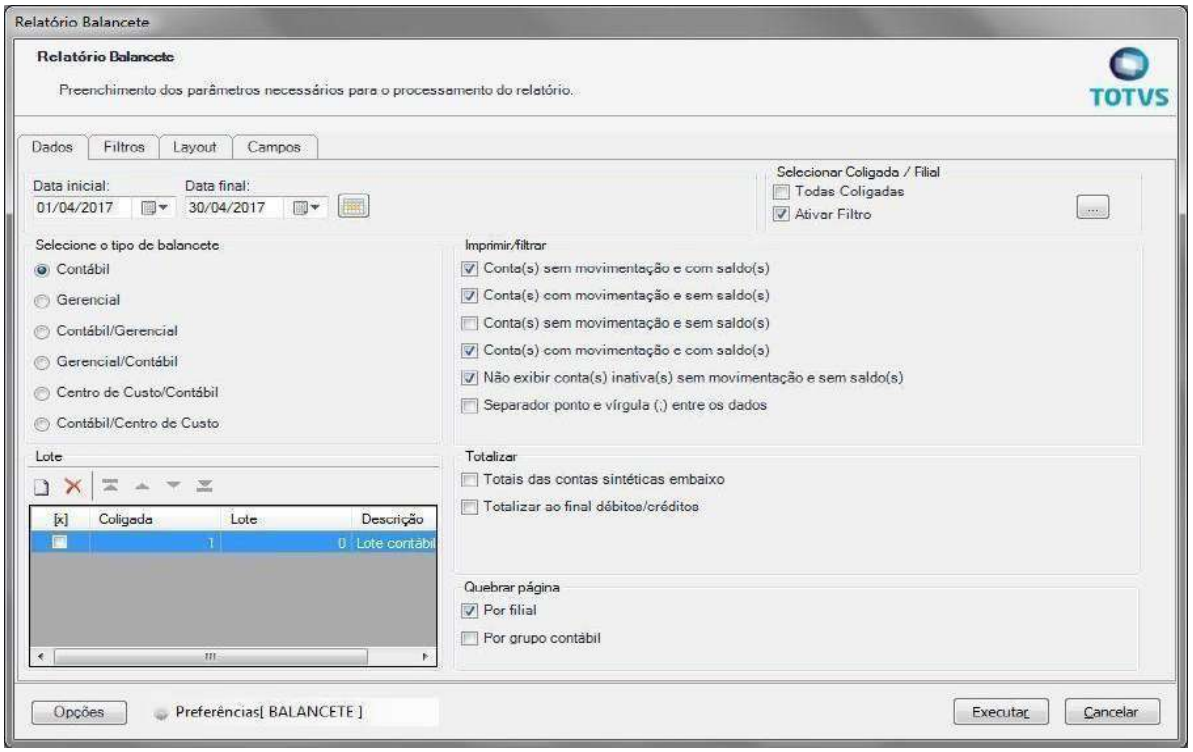
II. Materiais

Computador, Excel, colaborador treinado.

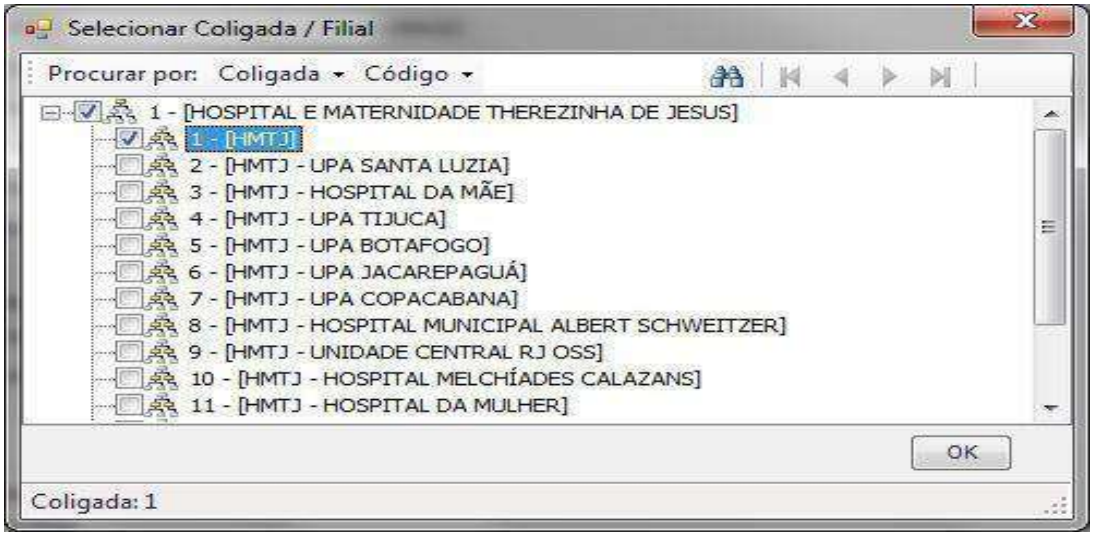
III. Descrição dos passos da atividade

1 - Imprimir Balancete no RM - Gestão Contábil, cujo primeiro passo é clicar em Relatórios e Balancete conforme tela abaixo.

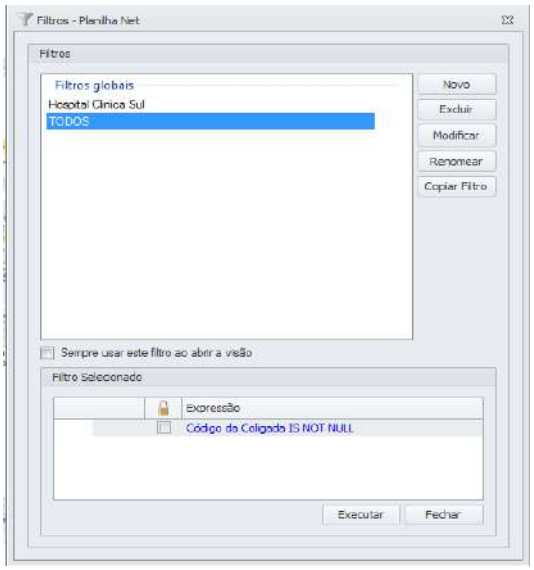
2 - Selecionar data do relatório conforme demonstrado abaixo:

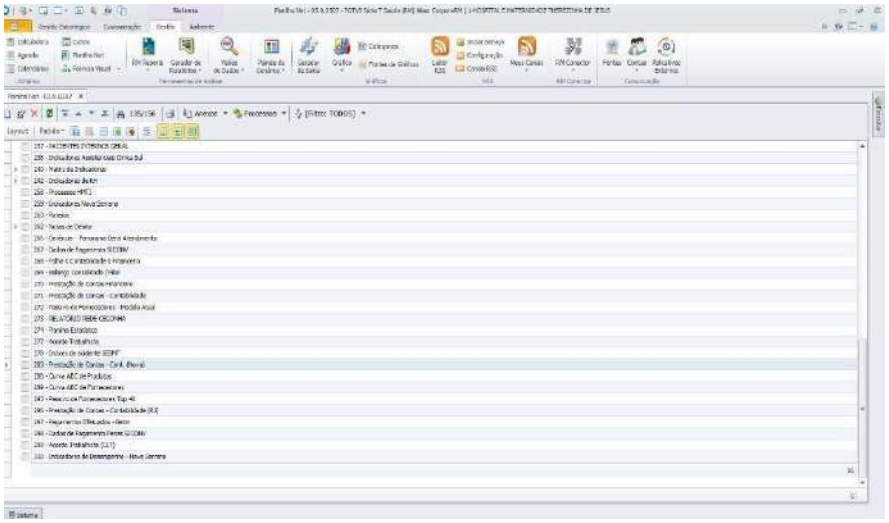


3 - Selecionar filial do relatório conforme imagem abaixo.

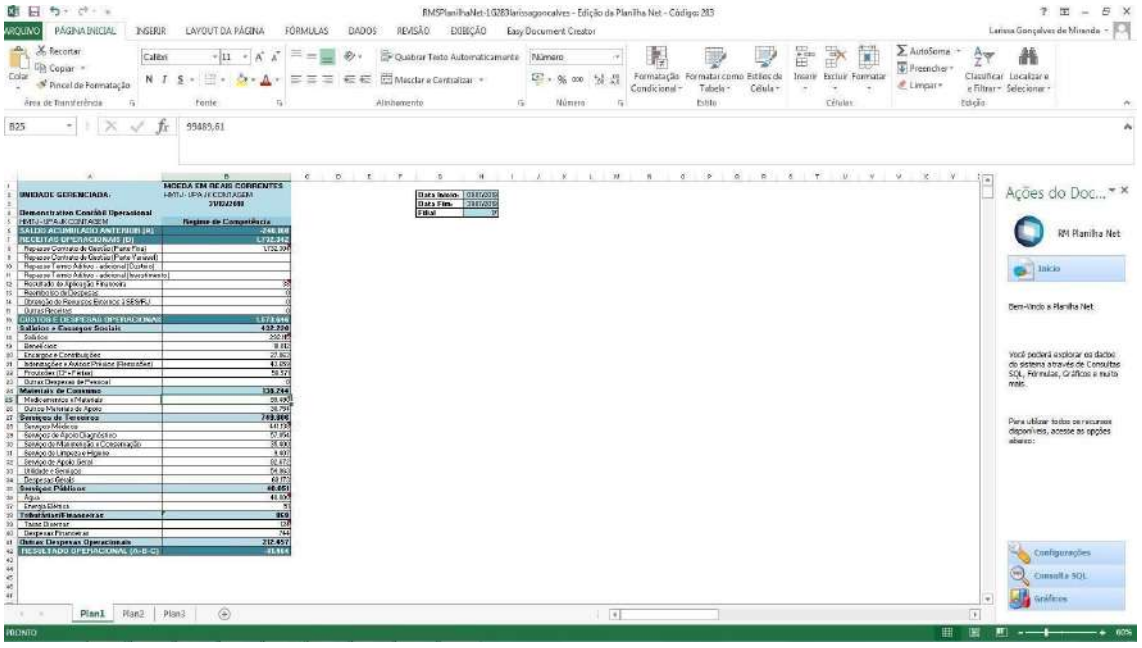


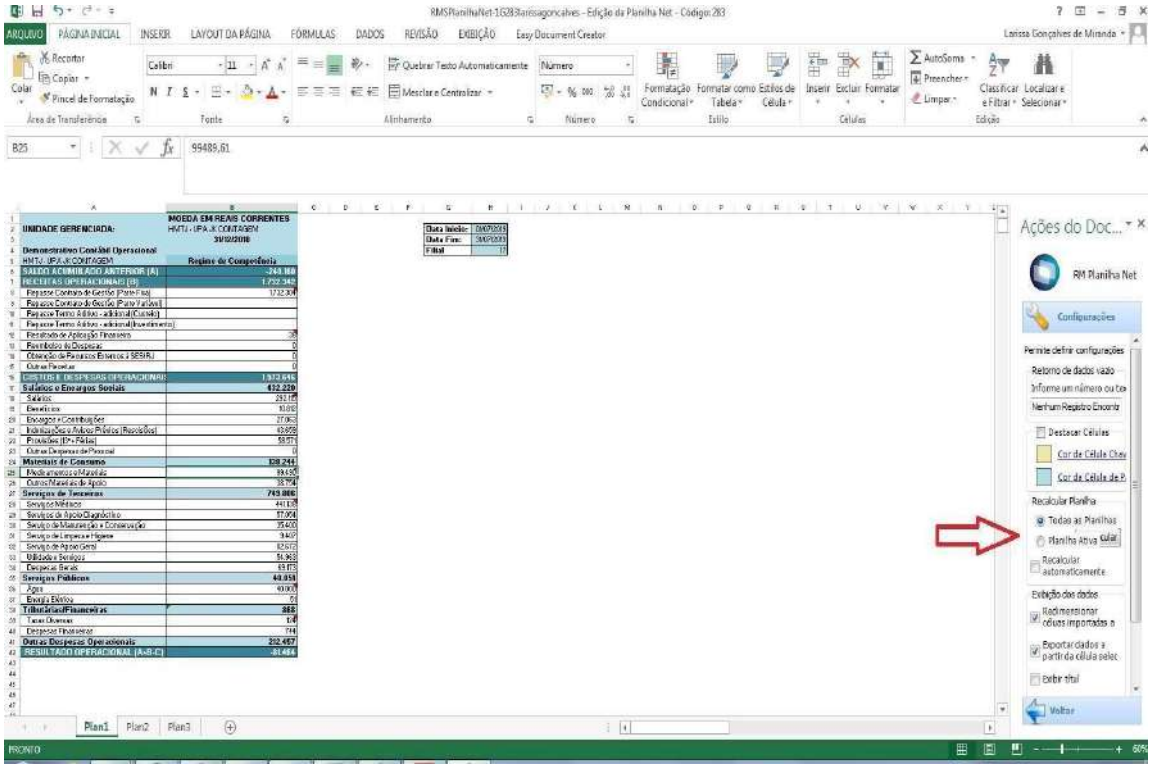
4 - Em seguida, deve-se emitir planilha para preenchimento, conforme imagens abaixo:

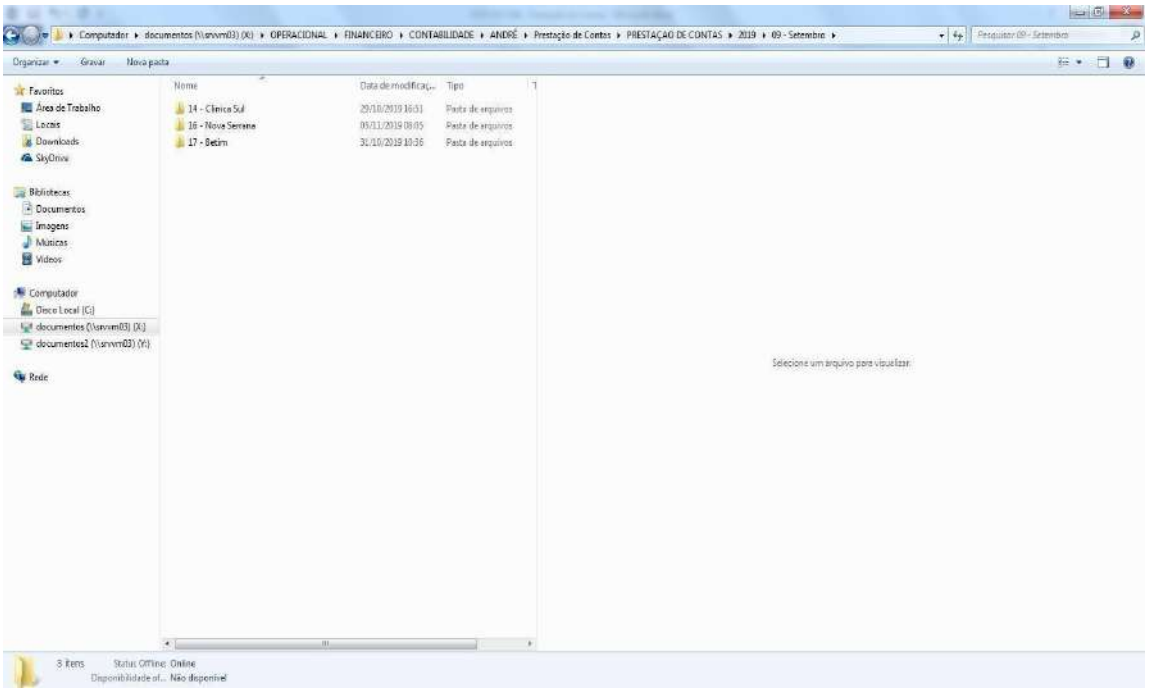




Atualizar os dados da planilha, tais como, Data Início, Data Fim e Filial, ir na opção Configurações e colocar para Recalcular Planilha – Planilha Ativa – Calcular. Feito isso, salvar em pasta no servidor de acordo com filial que esteja fazendo.







Fazer conferência da Planilha de Prestação de Contas gerada com Balancete impresso anteriormente.

5 - Preencher relatório de prestação de contas de acordo planilha e balancete. Abaixo, relatório a ser preenchido para envio de Prestação de Contas.

CUSTOS REALIZADOS EM OUTUBRO DE 2019

UNIDADE GERENCIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

UNIDADE GESTORA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

As principais práticas contábeis de Outubro de 2019 estão descritas a seguir:

Estoques:

Os valores do consumo dos insumos na competência foram:

- Drogas e Medicamentos: 0,00
- Materiais Médicos: 0,00
- Gases Medicinais: 0,00
- Dietas Enterais e Parenterais: 0,00
- Material de Limpeza: 0,00
- Material de Expediente: 0,00
- Material de Manutenção: 0,00
- Material de Copa e Cozinha: 0,00
- Roupas Profissionais e EPI: 0,00

Outras Despesas Operacionais.

No Demonstrativo Contábil em Outras Despesas Operacionais, estão lançadas despesas compartilhadas com a matriz no valor de R$ 0,00 (valor por extenso)

Demonstrativo contábil.

A conciliação bancária representa a movimentação do extrato bancário e seus respectivos lançamentos contábeis. Esta comparação mostra que os controles apresentados pela OSS estão em consonância com os extratos.

Os investimentos demonstrados no balancete do período são contabilizados por regime de competência respeitando a ITG 2002, e estão de acordo com as notas finais protocoladas ao contratante.

O Demonstrativo Contábil reflete o mês de competência. Vale ressaltar que dos valores repassados também existem valores compromissados para as próximas competências, relativo a obrigações assumidas e que ainda não ocorrera.

Juiz de Fora (MG), 24 de outubro de 2021.

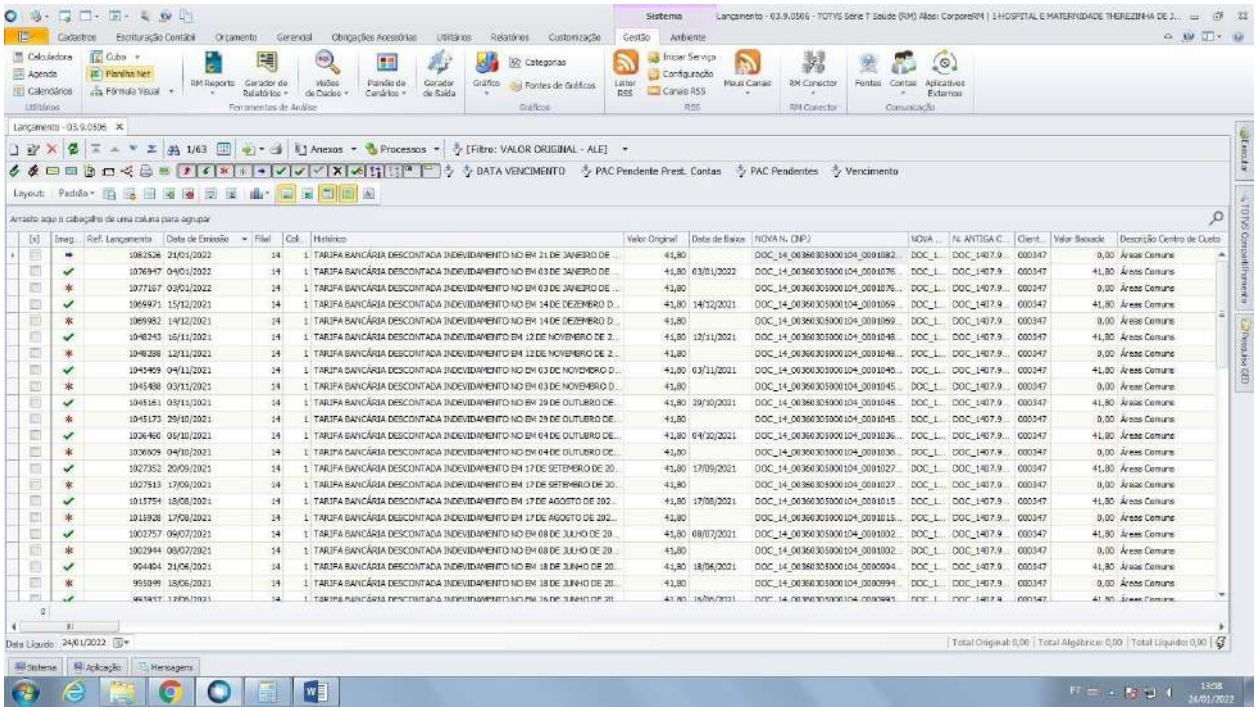
6 - Após o preenchimento dos relatórios descritos acima o próximo passo é fazer o preenchimentos do planilha de demonstrativo acumulado em que copiaremos dados da comparência vigente e incluiremos na planilha. Ponto de atenção: o saldo final da coluna anterior deverá ser igual ao saldo inicial do mês.

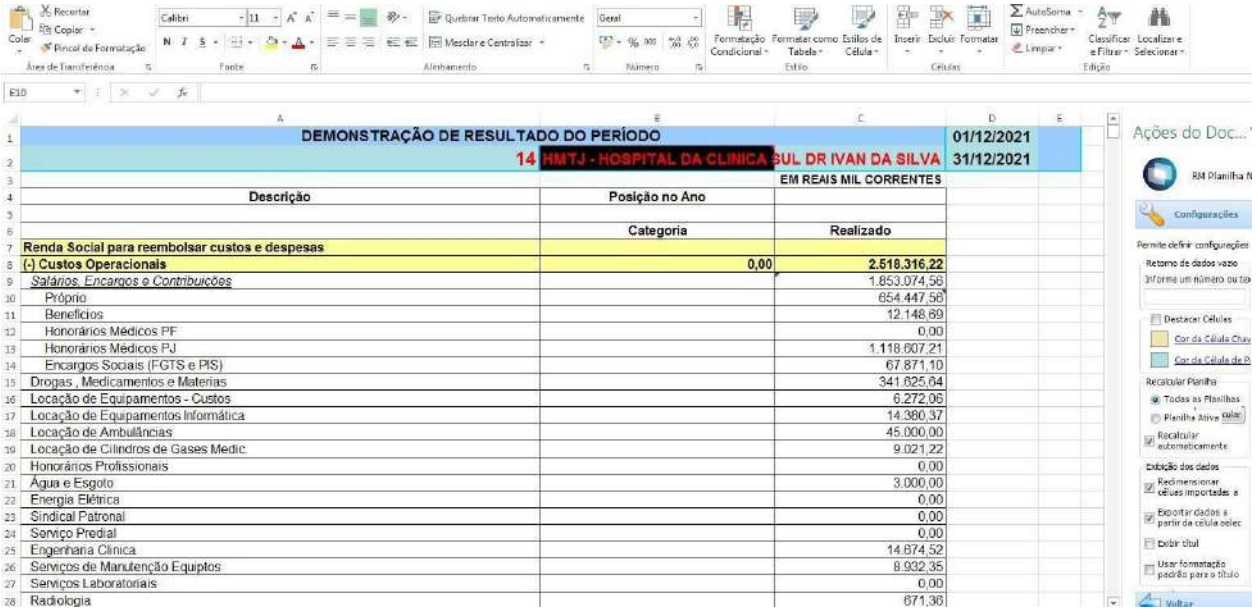
ADE GERENCIADA: UPA Norte

Regime de Competência	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	ACUMULADO
SALDO ACUMULADO ANTERIOR (A)	0	39.813	55.083	190.376	369.241	690.031	802.179	931.390	992.786	845.838	645.341	873.944	701.522
RECEITAS OPERACIONAIS (B)	1.758.998	1.757.479	1.761.285	1.760.482	1.764.366	1.764.041	1.800.718	2.139.017	2.142.827	2.144.615	1.809.119	1.812.467	22.416.314
Repasse Contrato de Gestão (Parte Fixa)	1.755.379	1.755.379	1.755.379	1.755.379	1.755.379	1.755.379	1.789.873	2.128.089	2.128.089	2.128.089	1.789.873	1.789.873	22.286.160
Repasse Contrato de Gestão (Parte Variável)													0
Repasse Termo Aditivo - adicional (Custeio)													0
Repasse Termo Aditivo - adicional (Investimento)													0
Resultado de Aplicação Financeira	3.616	2.120	5.257	5.063	8.716	8.662	10.845	11.828	14.738	16.546	19.049	22.474	128.914
Reembolso de Despesas	0	0	649	0	22	0	0	0	0	0	0	0	671
Obtenção de Recursos Externos a SES/RJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras Receitas	3	0	0	0	250	0	0	0	0	0	197	120	570
CUSTOS E DESPESAS OPERACIONAIS (C)	1.798.811	1.772.770	1.826.577	2.039.308	1.585.156	1.876.190	1.929.928	2.201.313	1.995.879	1.944.137	2.037.722	1.928.798	23.406.590
Salários e Encargos Sociais	670.427	592.202	683.809	772.944	718.673	696.662	725.568	942.268	749.776	791.187	767.742	762.182	8.873.441
Salários	396.431	336.182	427.009	475.797	427.352	413.103	425.015	600.947	465.802	471.683	448.733	443.817	5.331.869
Benefícios	80.388	22.317	41.120	31.665	26.984	58.050	57.888	84.917	30.892	31.194	30.788	32.558	384.037
Encargos e Contribuições	35.471	29.472	36.522	39.778	36.689	35.754	35.857	37.600	32.128	43.548	53.711	56.090	472.621
Indenizações e Avisos Prévios (Rescisões)	123.907	123.864	128.976	130.493	133.886	128.248	137.930	141.220	132.986	142.958	139.410	138.952	1.602.810
Provisões (13º + Férias)	80.659	80.369	50.182	95.212	93.812	85.607	89.378	127.584	87.968	101.802	95.100	90.805	1.078.478
Outras Despesas de Pessoal	3.626	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.626
Materiais de Consumo	157.717	160.243	245.487	259.032	221.572	199.686	196.715	206.585	165.462	122.630	223.656	203.294	2.362.079
Medicamentos e Materiais	119.788	135.589	223.654	227.334	167.225	169.342	171.419	159.651	143.463	99.227	156.982	176.828	1.950.501

Com todos os relatórios preenchidos, enviamos os dados ao setor de custo. As planilhas acima são utilizadas no envio das prestações de contas das seguintes unidades: Upa Nova Serrana, Upa Norte Betim, Upa Alterosas, Upa Timóteo. Referente as unidades Clinica Sul e UBS serão enviados os dados que sem seguem abaixo.

7 - Back office – gestão contábil – gestão – planilhas net – demonstração de resultado SJC (45). Fazer a alteração da data da competência atual e calcular.





DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO DO PERÍODO			01/12/2021
14 HMTJ - HOSPITAL DA CLINICA BUL DR IVAN DA SILVA			31/12/2021
		EM REAIS MIL CORRENTES	
Descrição	Posição no Ano		
	Categoria	Realizado	
Renda Social para reembolsar custos e despesas			
(-) Custos Operacionais	0,00	2.518.316,22	
Salários, Encargos e Contribuições		1.853.074,56	
Próprio		654.447,56	
Benefícios		12.148,69	
Honorários Médicos PF		0,00	
Honorários Médicos PJ		1.118.607,21	
Encargos Sociais (FGTS e PIS)		67.871,10	
Drogas , Medicamentos e Materias		341.625,64	
Locação de Equipamentos - Custos		6.272,06	
Locação de Equipamentos Informática		14.380,37	
Locação de Ambulâncias		45.000,00	
Locação de Cilindros de Gases Medic.		9.021,22	
Honorários Profissionais		0,00	
Água e Esgoto		3.000,00	
Energia Elétrica		0,00	
Sindical Patronal		0,00	
Serviço Predial		0,00	
Engenharia Clinica		14.674,52	
Serviços de Manutenção Equiptos		8.932,35	
Serviços Laboratoriais		0,00	
Radiologia		671,36	

Para fazer a conferencia, devemos emitir um relatório de balancete, ir na conta de resultado do período em que faremos a conta do saldo final menos o saldo inicial e desse resultado subtrair a receita de renda com contrato de gestão. Uma outra forma de conferir se os dados estarão corretos seria pegar os saldos das conta 3.2, 3.3 e 3.4. O valor deverá ser o mesmo da primeira conferencia assim como o da planilha.

Despesas Financeiras		-10.746,60	
Despesas Bancárias		90,12	
Despesas Financeiras de Curto Prazo			
Despesas Financeiras de Longo Prazo		-10.836,72	
Receitas Financeiras		0,00	
Recuperação de Despesas Compartilhas		0,00	
(=) Resultado para reembolsar Despesas Totais antes dos Investimentos		3.285.095,98	
Investimentos adquiridos (CUSTEIO)		1.812,00	
Investimento para equipamentos		1.812,00	
Investimento para móveis e utensílios		0,00	
Investimento para obras e instalações		0,00	
Investimentos em Intangíveis		0,00	
(=) Resultado para reembolsar Despesas Totais		3.286.907,98	
		0	
	3.2	3.2	3.3
	33.791.687,06	5.839.085,18	-59.849,85
	30.981.076,55	5.353.853,11	-49.103,25
	2.810.610,51	485.232,07	-10.746,60
	total	3.285.095,98	
	resultado		
	-165.831,26		
	24.102,85	0,00	
	-189.934,11		
	receita com contrato de gestao		
	-3.475.030,09		
	-3.285.095,98		

Os outros relatórios serão iguais das outras unidades anteriores com exceção do demonstrativo acumulado.

IV. Siglas e Definições

UPA – Unidade de Pronto.
Atendimento HMTJ – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Sistema RM (Totvs) Planilha Excel.

I. Objetivos

O POP para a manutenção de lotes foi desenvolvido para acompanhamento das integrações dos lançamentos dos outros setores, tais como: financeiro, almoxarifado, departamento pessoal, farmácia entre outros, para alimentação da contabilidade.

II. Materiais

Computador, Software, Colaborador capacitado.

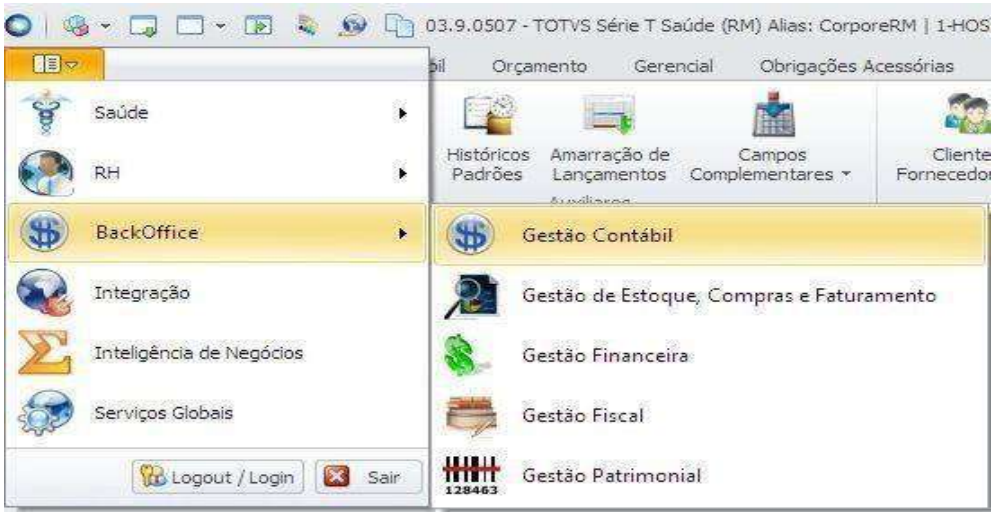
III. Descrição dos passos da atividade

Para efetuar a verificação das integrações para o Gestão Contábil (programa utilizado pela contabilidade) é necessário seguir os seguintes passos:

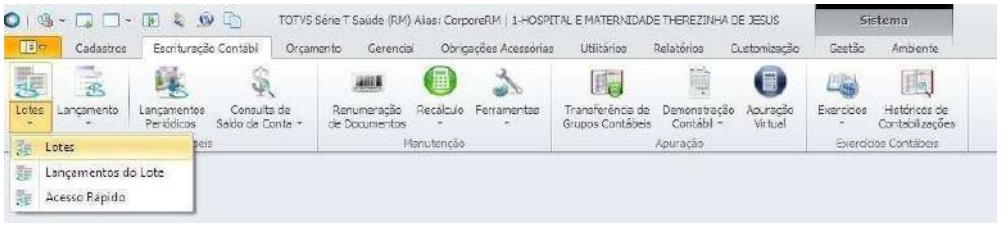
1 **–** Sistema de acesso.

2 **–** Clicar em RM e fazer login

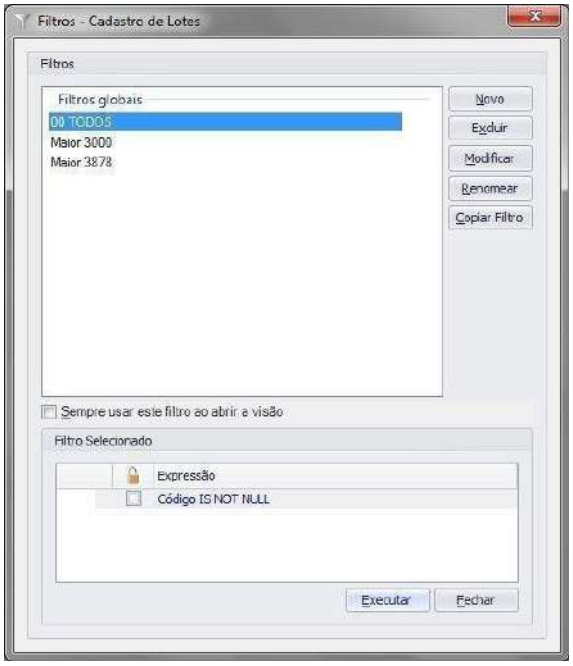
3 **–** Clicar em BackOffice / Gestão Contábil.



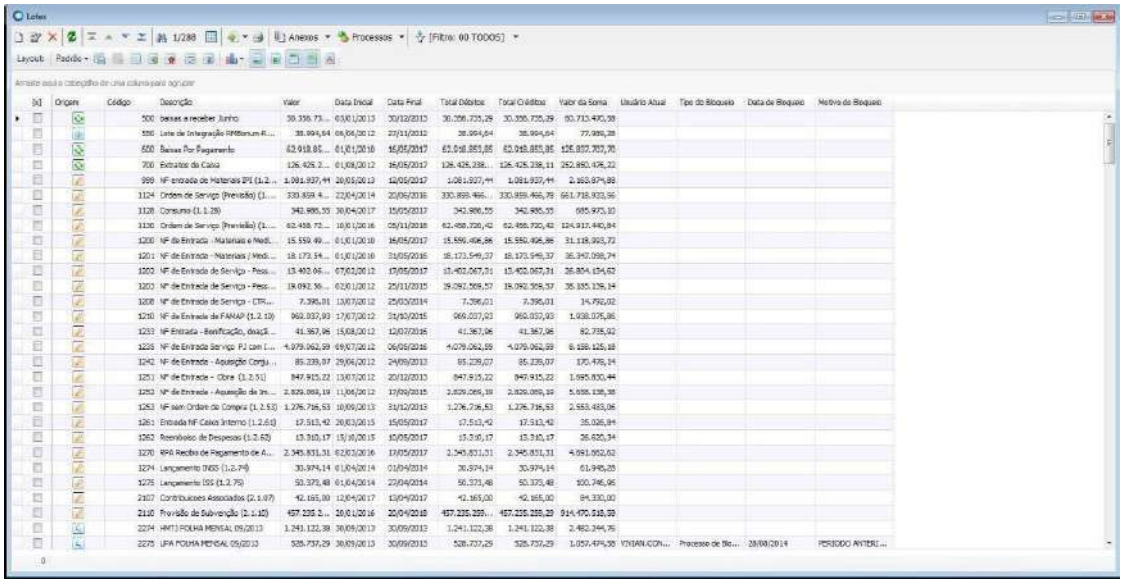
4 - Irá abrir a tela principal da contabilidade. Clicar em Escrituração Contábil, Lotes e Lote.



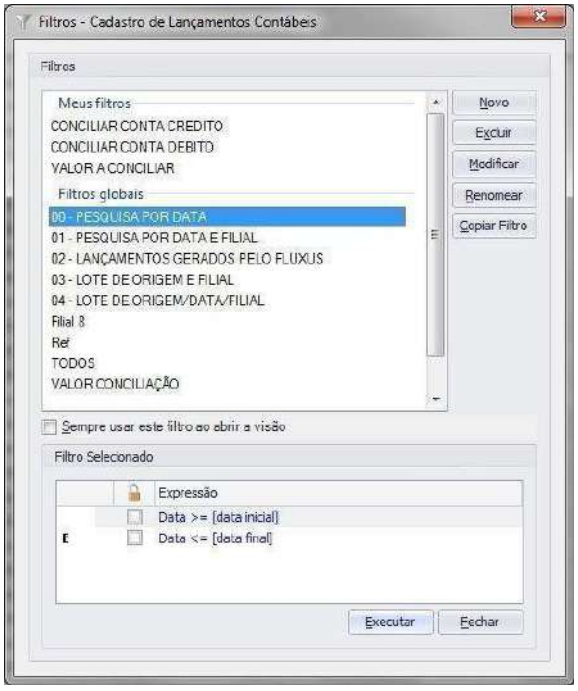
5 **–** Abrirá a tela para que seja escolhido o filtro, nela será escolhida a opção “todos” e “executar”.



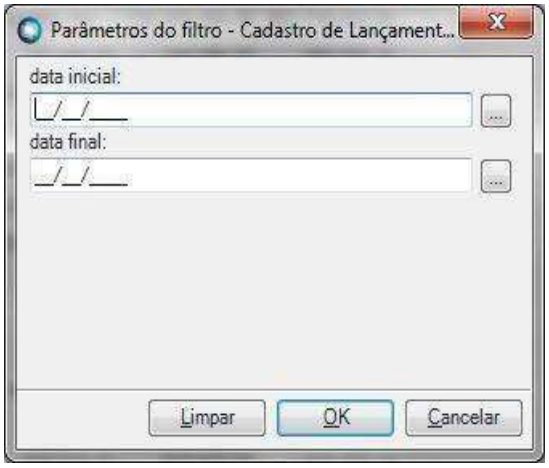
Nesta tela, deverá ser selecionado os tipos de lotes. Selecione o que for necessário e clique em executar.



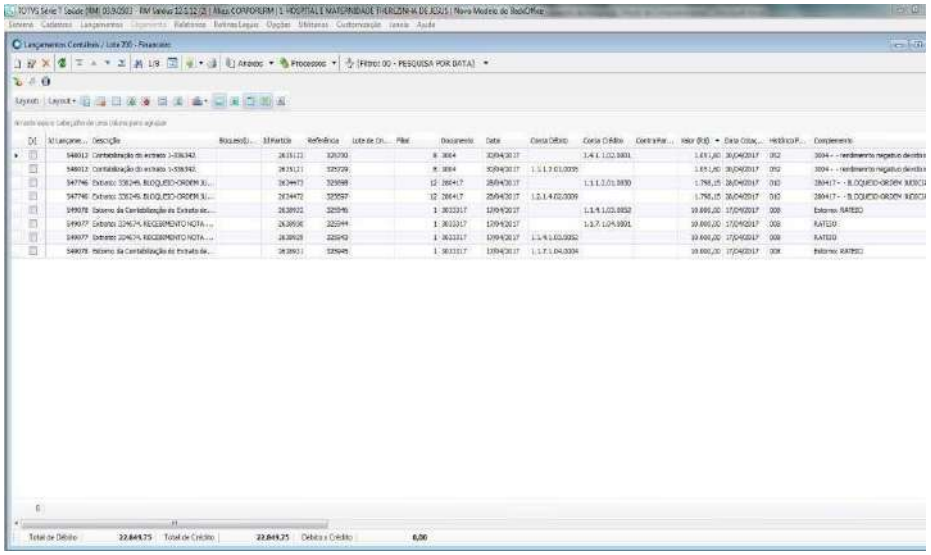
OBS.: Normalmente, clicamos em todos os tipos de lotes para que seja aberto todos os lotes integrados para a contabilidade. Após abrir a tela contendo todos os lotes, localize o lote desejado pelo nome dado a integração.



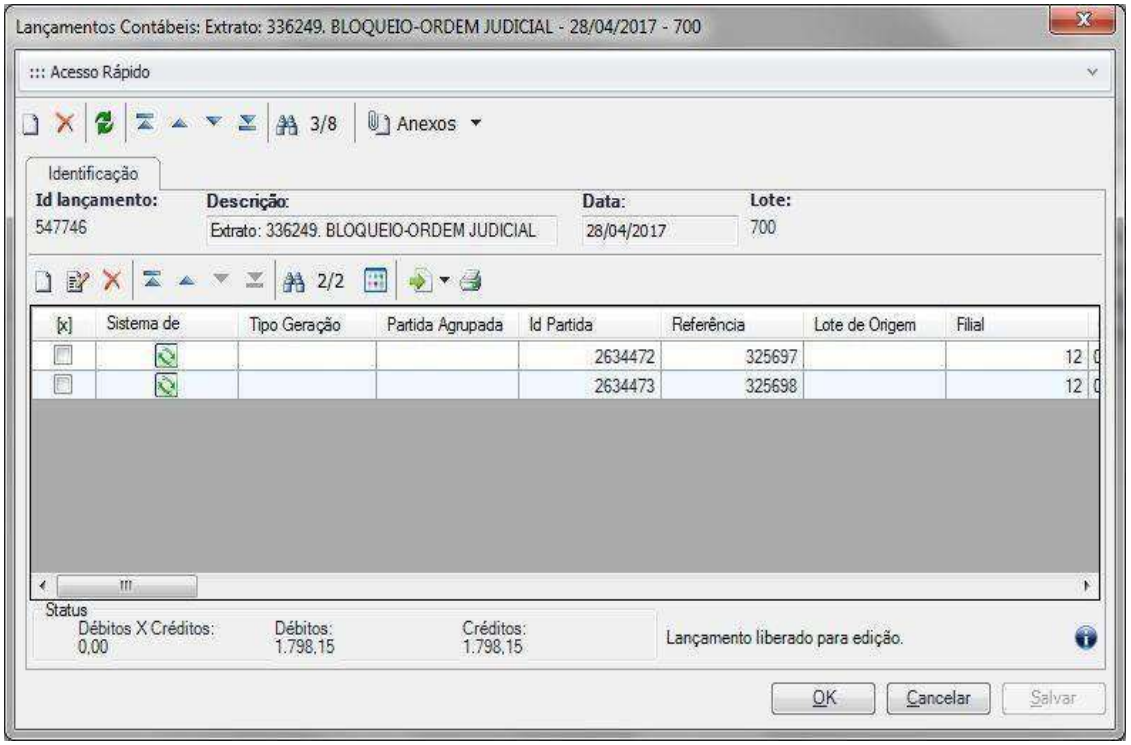
6 - Após clicar em cima do lote irá abrir uma tela para selecionar o tipo de filtro que melhor localizará o lançamento que se faz necessário dentro de um mesmo lote, ou, verificar se determinado lote foi integrado corretamente nas contas contábeis corretas.



Quando a data for colocada, conforme quadro acima, os lançamentos dentro daquele determinado lote irá abrir, assim como todos os lançamentos integrados do setor selecionado anteriormente. Demonstração dos lançamentos contidos nos lotes abaixo:

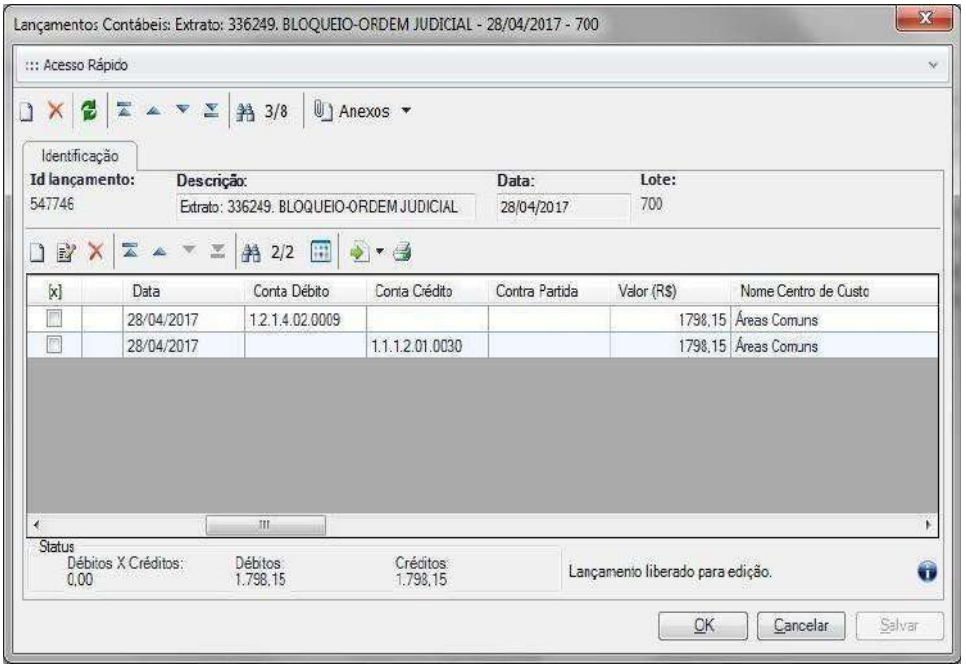


7 - Para verificar algum detalhe dos lançamentos, selecione e clique nele duas vezes, ou selecione e clique no ícone EDITAR (segundo ícone da esquerda para a direita).



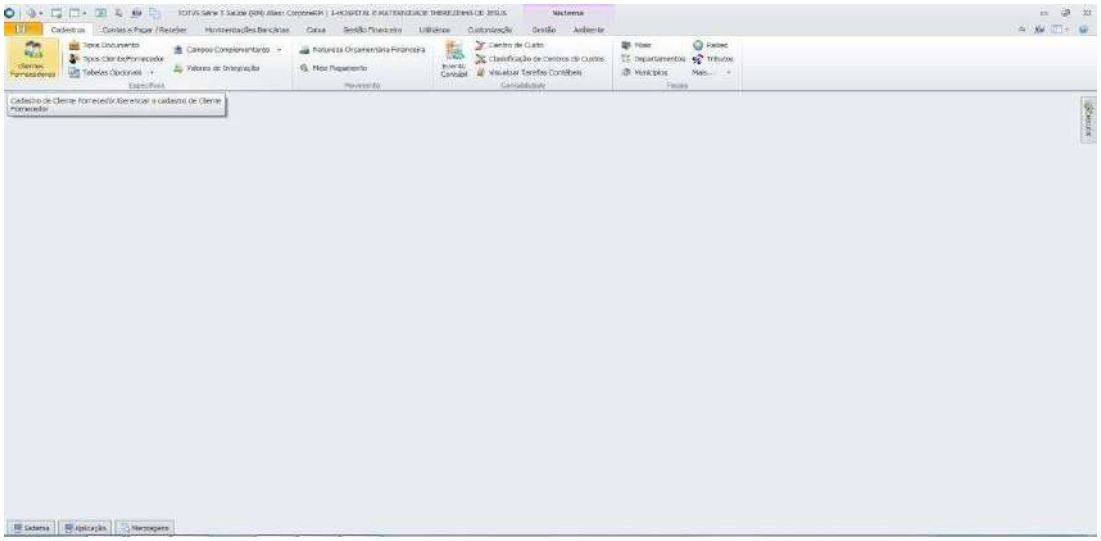
A tela demonstrando o lançamento irá abrir para verificação, edição ou exclusão de algum dado.

8 - Verificar se as contas contábeis integradas estão corretas. Se não, ir à origem da integração e arrumar o parâmetro:

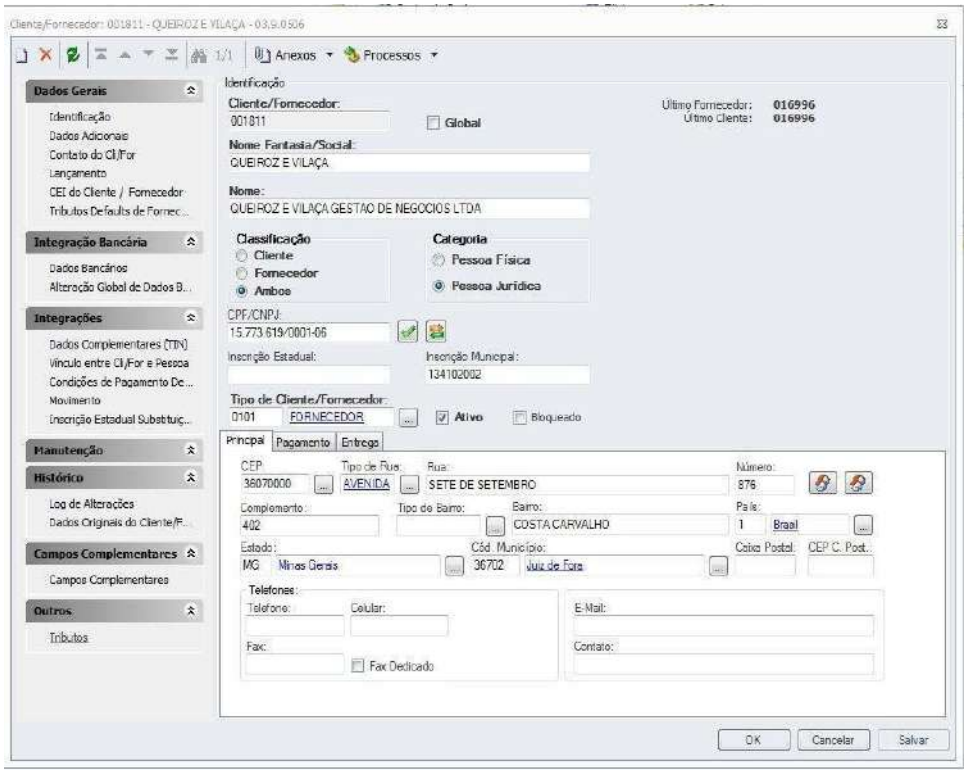


• Se a conta contábil estiver errada, identificar a origem do lançamento e alterar os parâmetros, utilizando o exemplo acima:

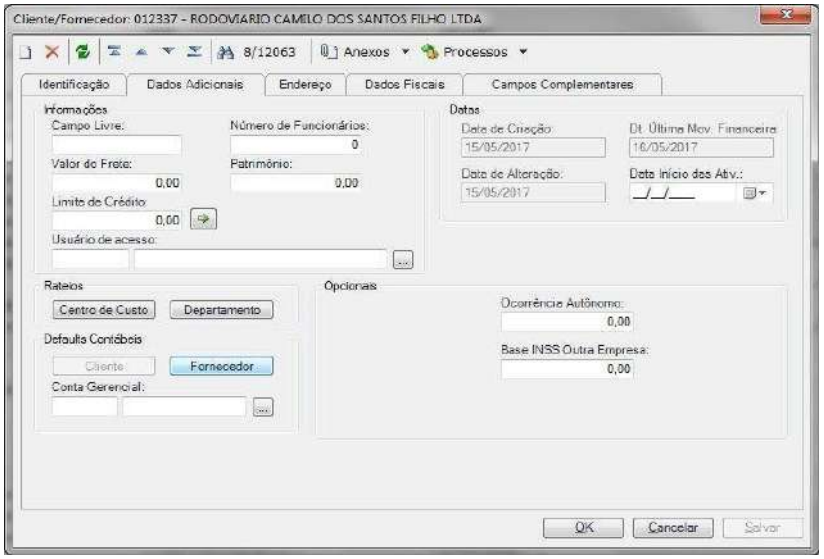
• O cadastro do fornecedor está com a conta contábil errada, neste caso, alterar a conta contábil no cadastro do fornecedor. Para isto, ir em Gestão Financeira / Clientes Fornecedores, conforme demonstrado a seguir:



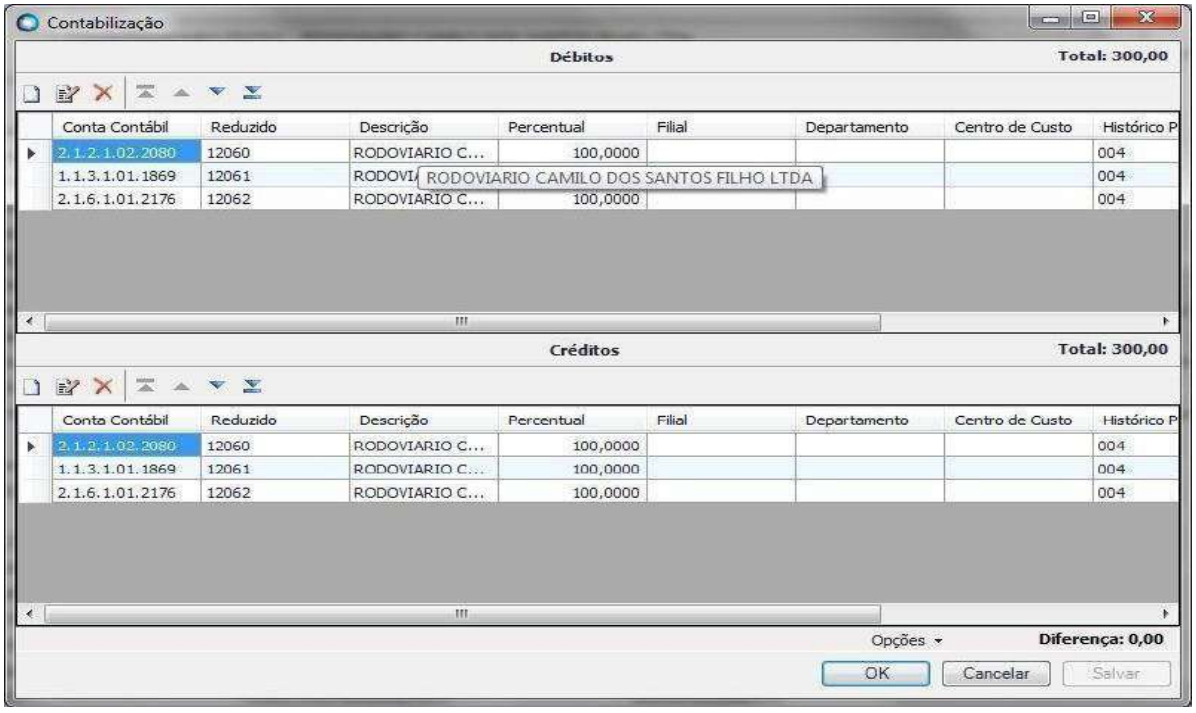
Selecionar o fornecedor a ser alterado:



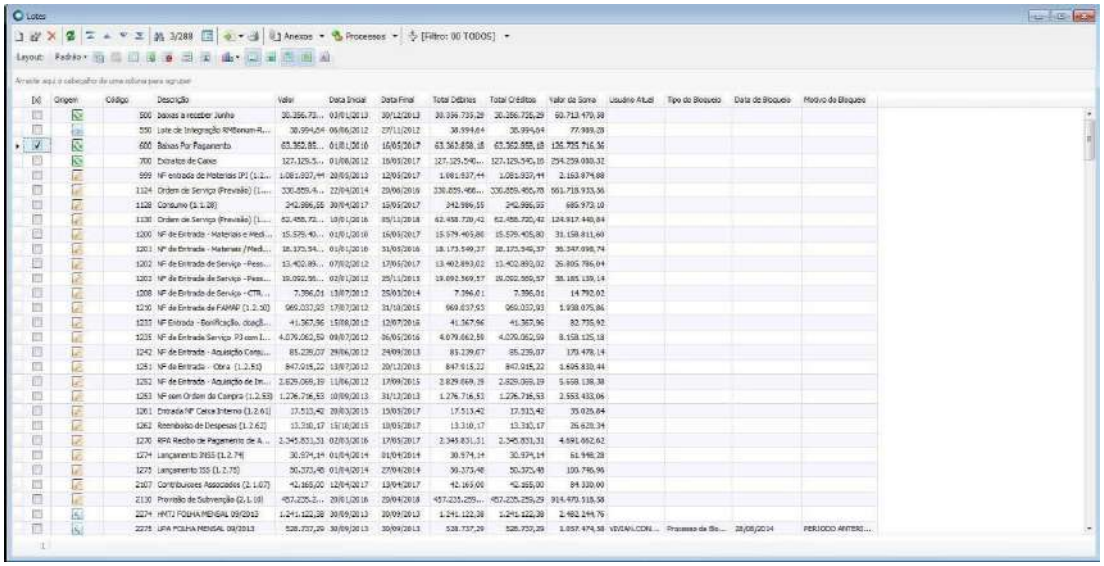
Alterar a conta contábil no parâmetro da Contabilidade:



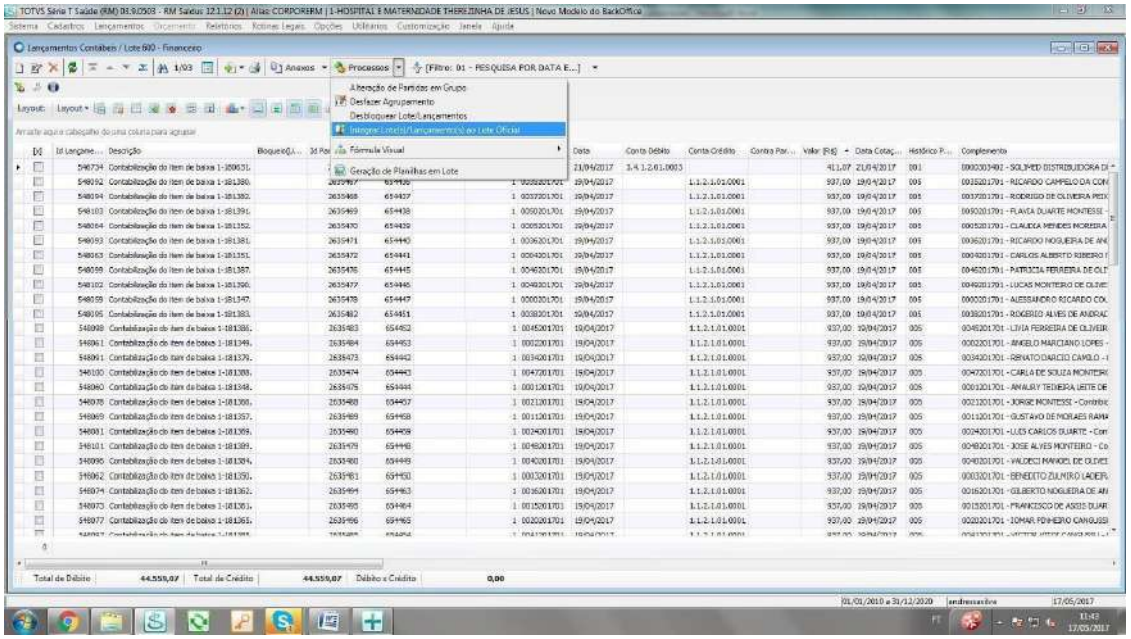
Alterar o cadastro para a conta contábil correta:



9 - Após as verificações, selecionar o lote a ser integrado:



10 **-** O próximo passo é “PROCESSOS” e “INTEGRAR LOTES/LANÇAMENTOS AO LOTE OFICIAL”.



IV. Siglas e Definições

N,A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

I. Objetivos

Calcular todos os impostos retidos em notas fiscais de serviços tomados.

II. Materiais

Computador; Software; Nota fiscal; RM; Site SAL; Programa Sicalc.

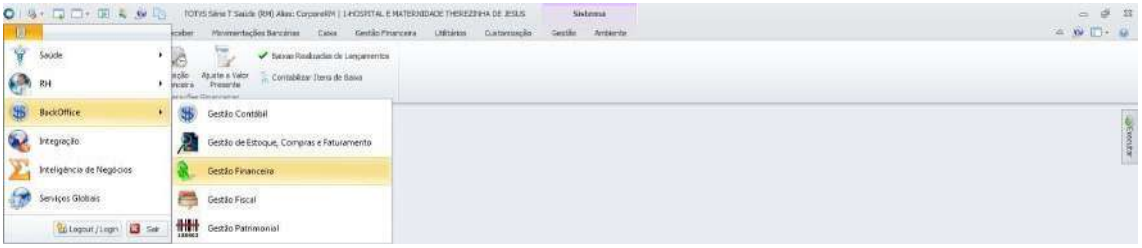
III. Descrição dos passos da atividade

1 – Gerar os relatórios de impostos retidos no RM;
2 – Gerar as guias de impostos;
3 – Postar no Fluig as guias calculadas.

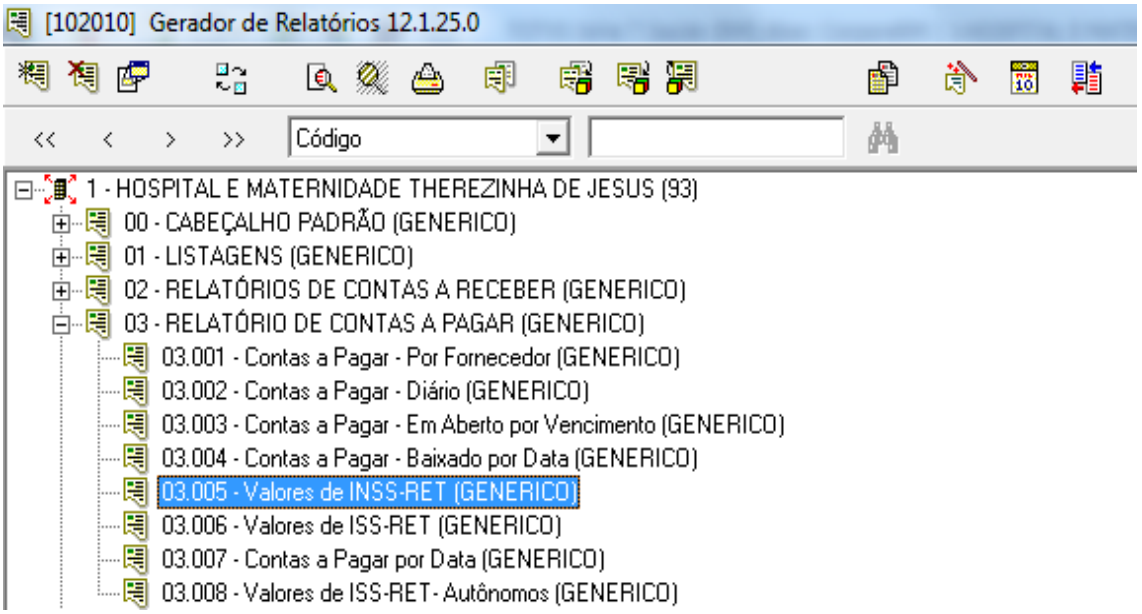
Impostos que incidem sobre nota fiscal de serviços tomados: **INSS (código 2631), ISS, CSRF (código 5952) e IRRF (código 1708)**.

INSS (código 2631)

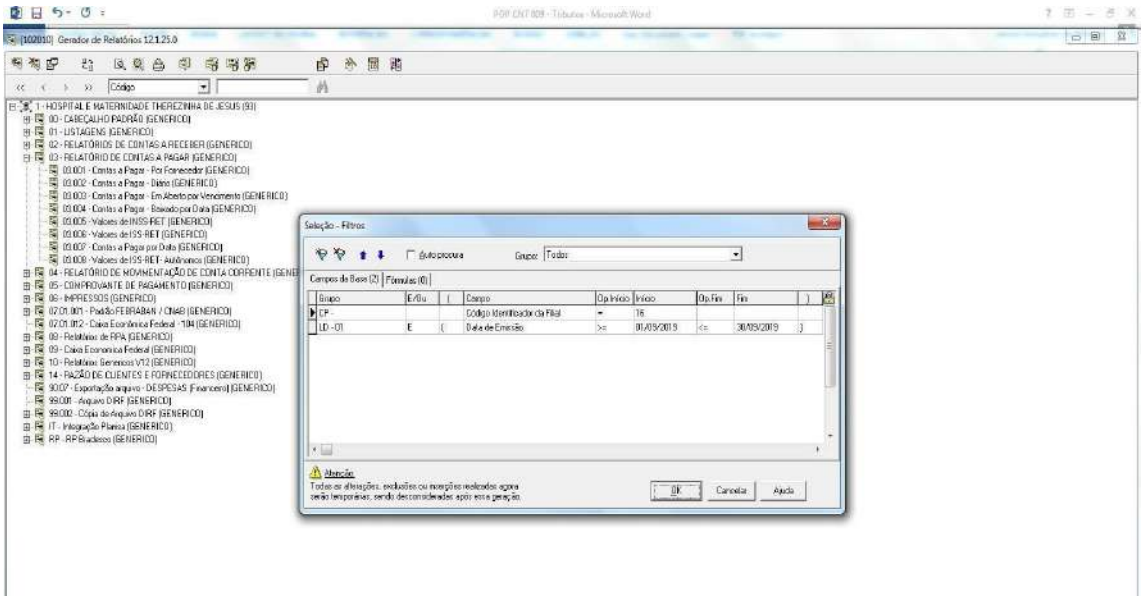
1) Dentro do sistema em: BackOffice -> Gestão financeira -> Gestão -> Gerador de relatórios -> Visão Delphi.



2) Selecionar o imposto ao qual estamos fazendo o fechamento mensal:

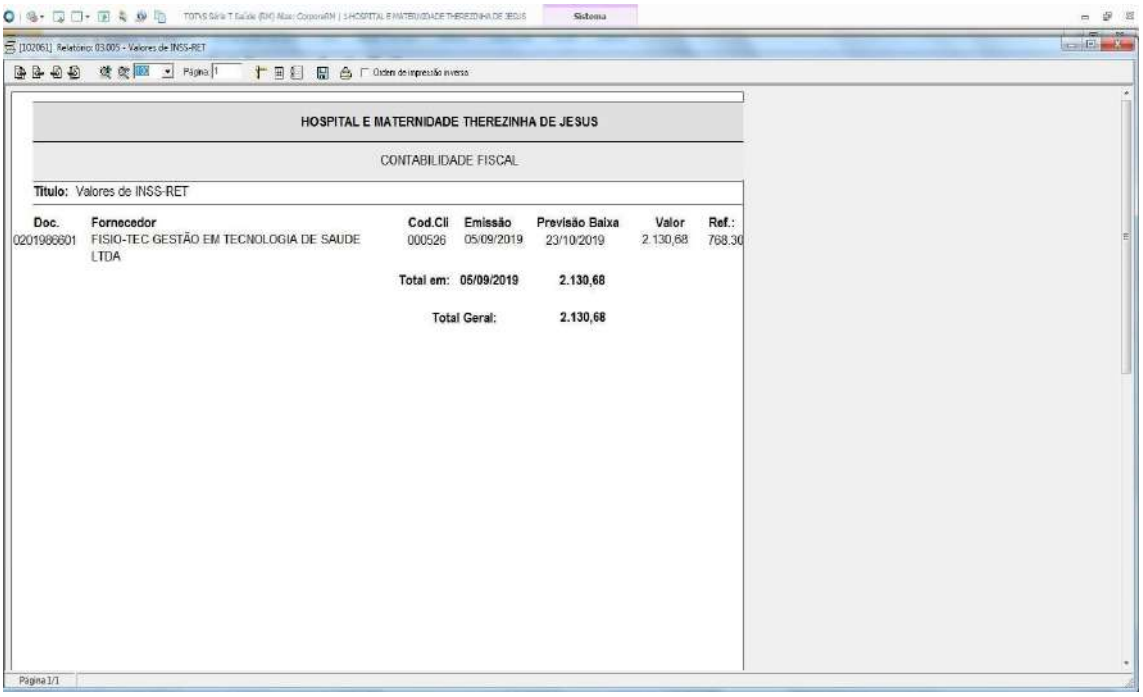


3) Selecionar a filial e data do relatório a ser extraído do sistema, conforme tela abaixo:



4) Validar o relatório extraído com base nos lançamentos financeiros gerados através do arquivo TXT que será gerado e importado na gestão financeira (Tirar o relatório de todas as filiais.

   Abaixo exemplo do relatório que será gerado:



HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CONTABILIDADE FISCAL

Título: Valores de INSS-RET

Doc.	Fornecedor	Cod.Cli	Emissão	Previsão Baixa	Valor	Ref.:
0201986601	FISIO-TEC GESTÃO EM TECNOLOGIA DE SAUDE LTDA	000526	05/09/2019	23/10/2019	2.130,68	768.30

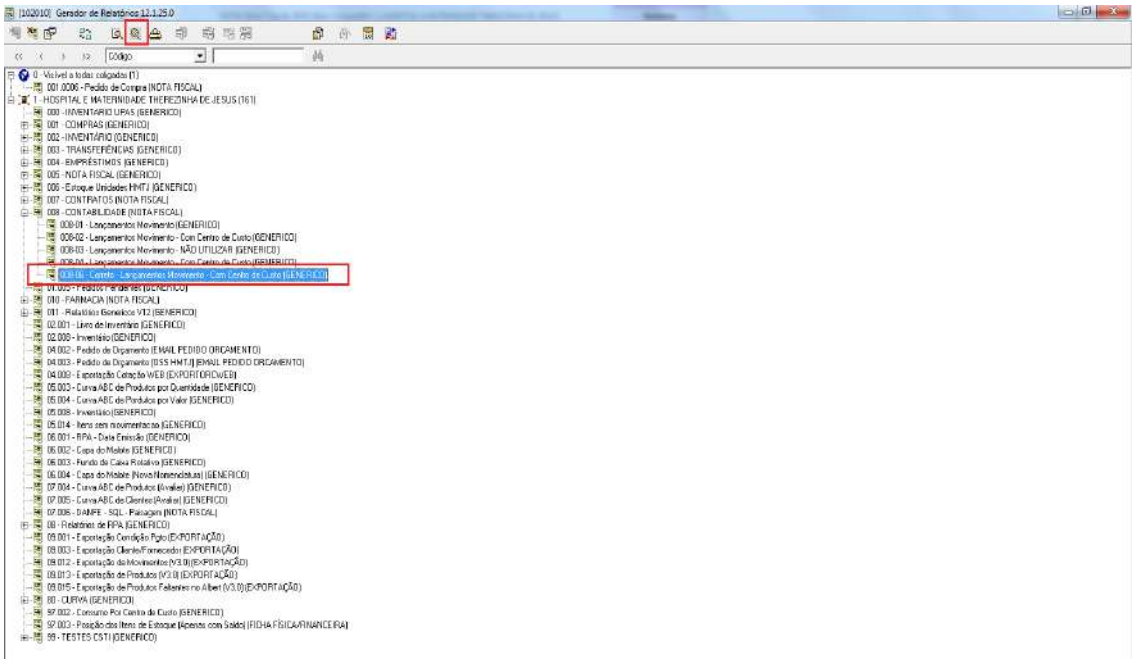
Total em: 05/09/2019 2.130,68

Total Geral: 2.130,68

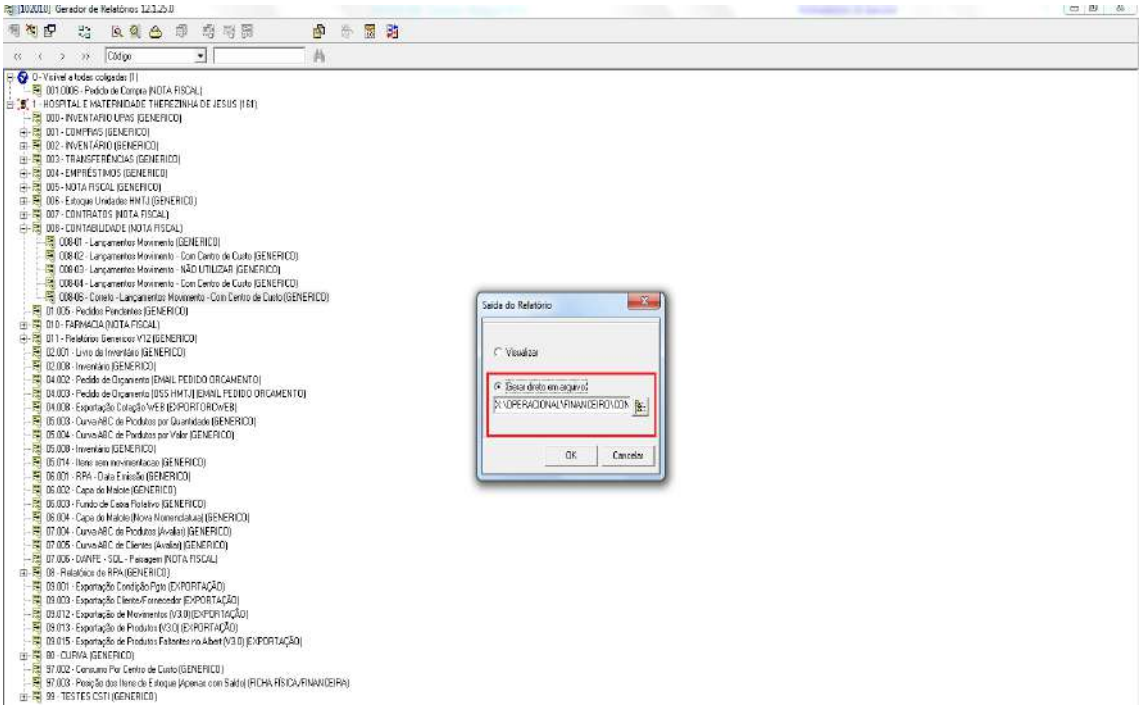
5) Salvar o relatório de cada filial na pasta: x:operacional/financeiro/contabilidade/fiscal/impostos

6) Gerar o arquivo em TXT para ser importado na gestão financeira. Entrar em BackOffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento -> Gestão -> Gerador de relatórios -> Visão Delphi.

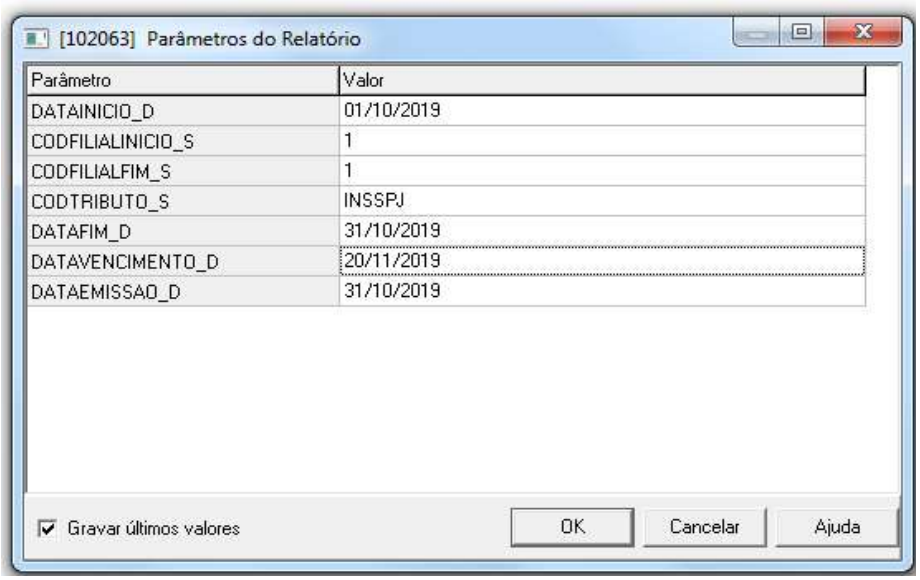
7) Ir no relatório 008-06 – Correto lançamento do centro de custo genérico:



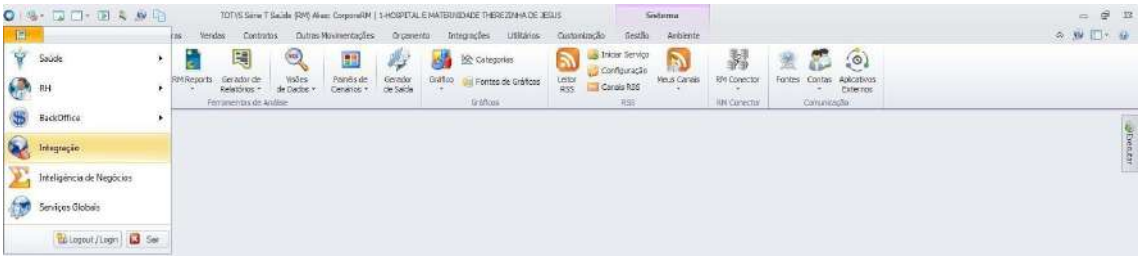
8) Selecionar o gerador de relatório e clicar na lupa. Marcar a segunda opção de salvar e colocar na mesma pasta onde foi salvo o relatório:

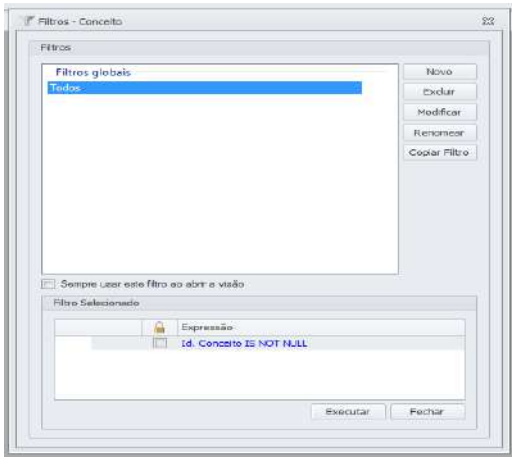


9) Preencher as informações referentes as datas, filial e código do produto:

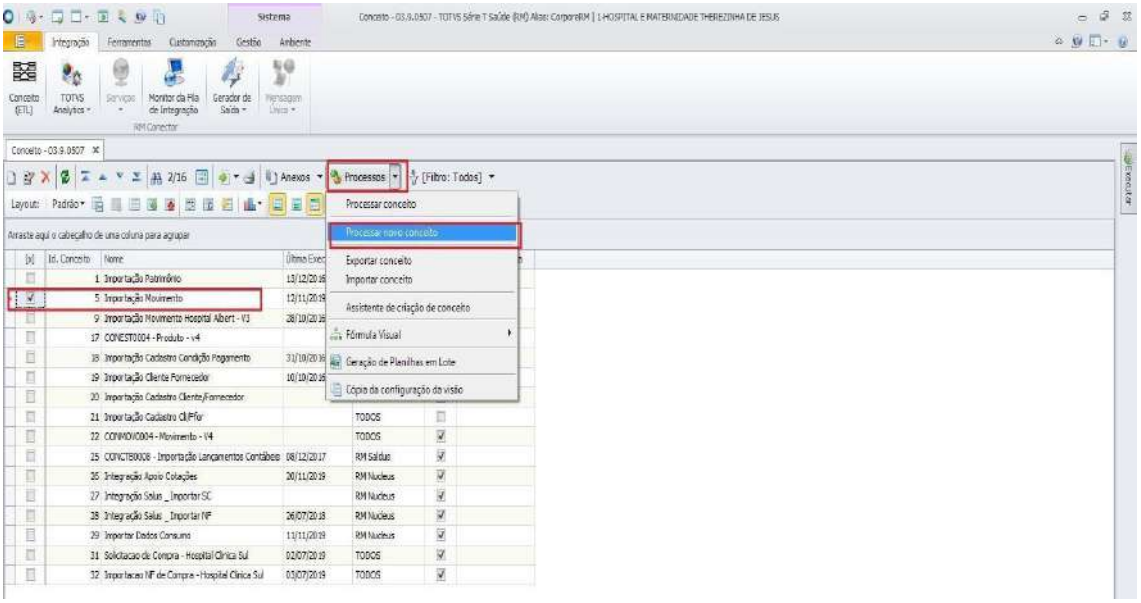


10) Com o TXT gerado, é necessário importar o arquivo na Gestão financeira. Ir em: Integração -> Conceito -> Todos -> Importação de movimento

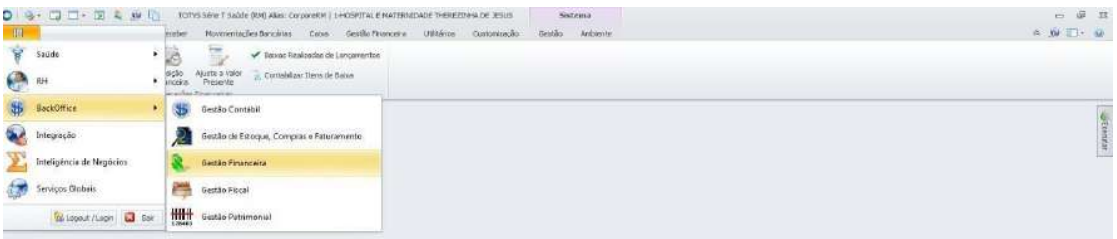


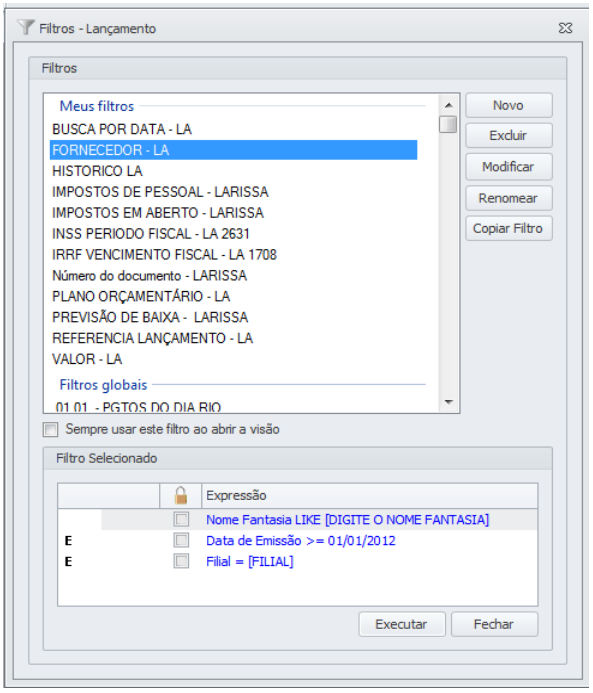


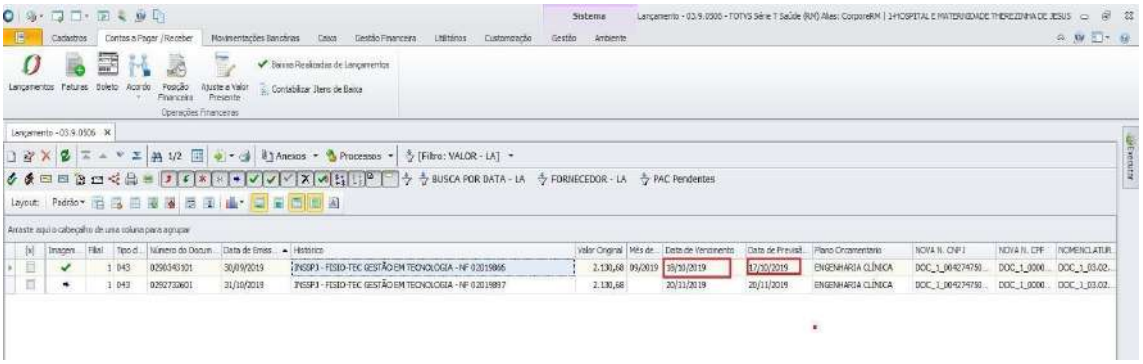
11) Selecionar a opção 5, clicar em Processos -> Processar Novo Conceito.



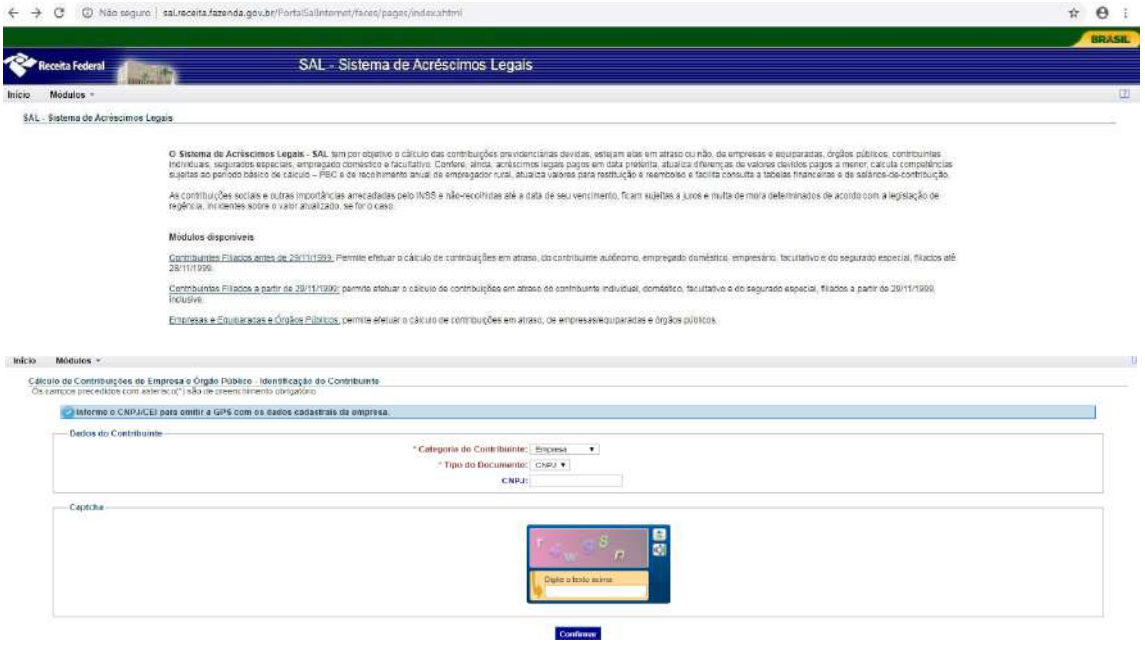
12) Feito isso, clicar em avançar duas vezes, procurar o arquivo TXT salvo anteriormente, avançar e executar. Dessa forma o movimento será importado para a gestão financeira, assim podemos fazer a conferencia dos mesmos e emissão das guias. Lembrar de trocar a data de previsão de baixa e vencimento do lançamento:







13) Gerar a guia no site http://sal.receita.fazenda.gov.br referente ao imposto calculado e escolher a opção que cabe ao imposto que está gerando, o CNPJ para emissão da guia é sempre o do prestador do servço.



14) Validar a guia conforme relatório gerado anteriormente:

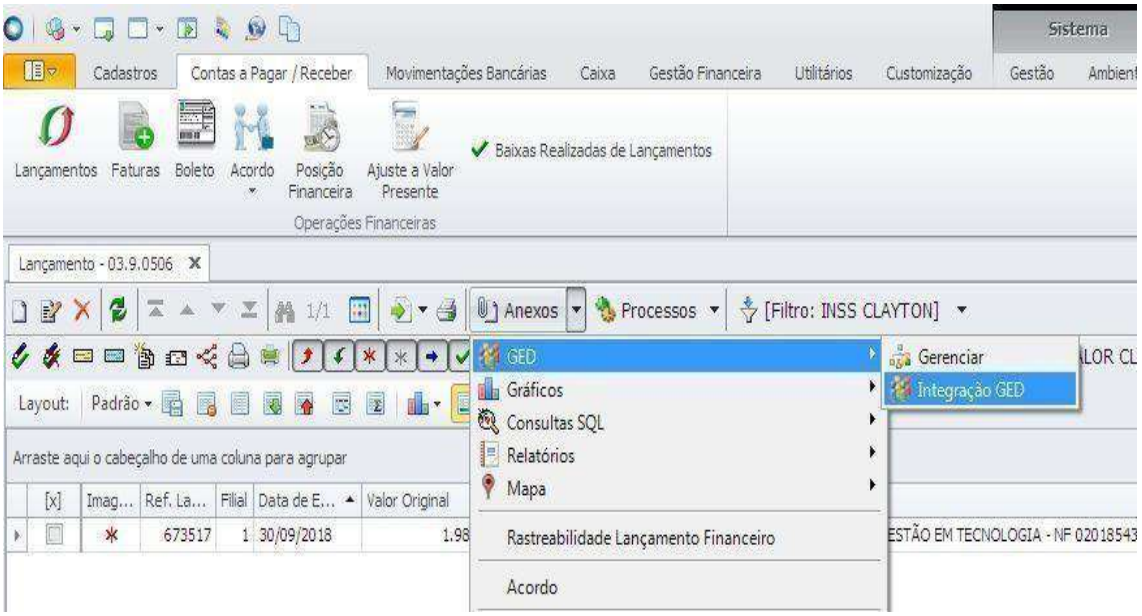
12/11/2019 GPS - Guia da Previdência Social

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2631
		4 - COMPETÊNCIA	10/2019
		5 - IDENTIFICADOR	00.427.475/0001-69
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 00.427.475/0001-69** FISIO-TEC GESTAO EM TECNOLOGIA DE SAUDE EIRELI R MONSENHOR GUSTAVO FREIRE 777 SAO MATEUS JUIZ DE FORA MG CEP 36016-470		6 - VALOR DO INSS	2.130,68
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/11/2019	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	2.130,68
			AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

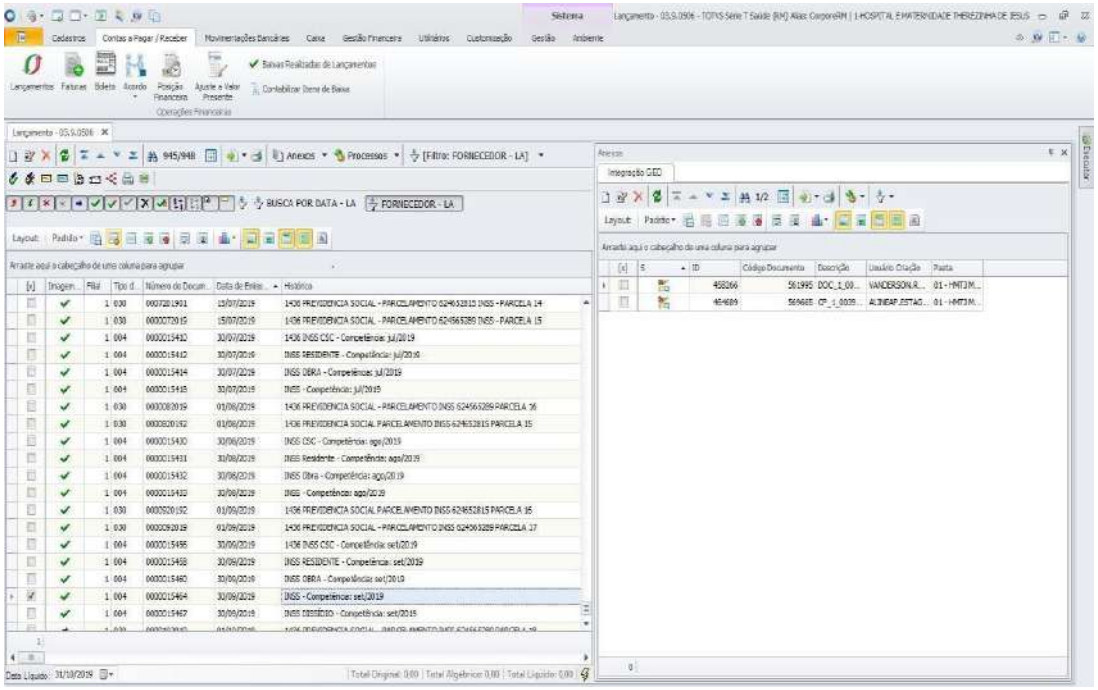
1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

15) Salvar a guia na mesma pasta do relatório. Juntar o arquivo da guia com o relatório extraído do lançamento financeiro do sistema para anexar no lançamento do RM. Em

seguida, anexar no fluig (lançamento RM) o arquivo, selecionar o arquivo e ir em: Anexos -> GED -> Integração GED:



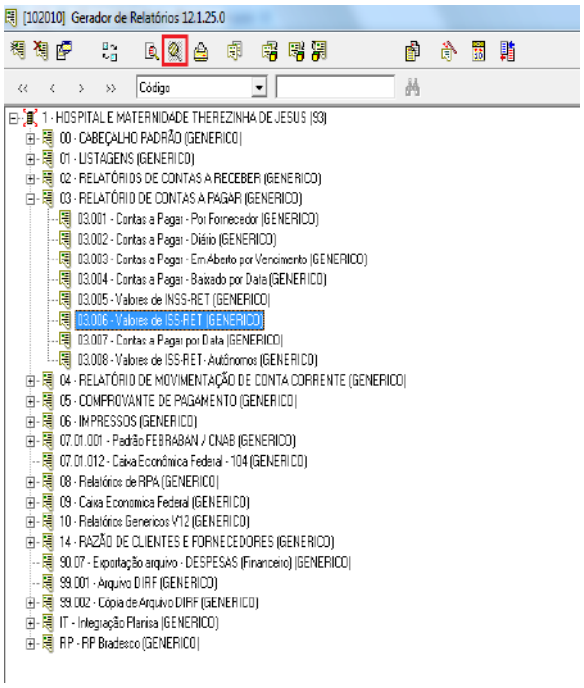
16) Verificar se o arquivo foi anexado corretamente e liberar o imposto para conferência da auditoria:



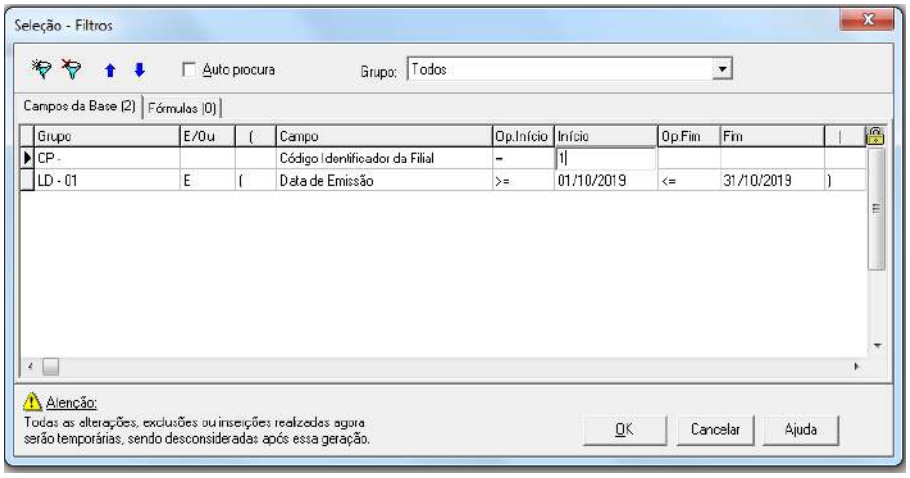
ISS

1) No sistema RM acessar: BackOffice -> Gestão financeira -> Gestão -> Gerador de relatório -> Visão Delphi (para gerar o relatório do ISS que teve incidência no mês que está fazendo o fechamento)

2) No gerador escolher o arquivo 03.006 Valor de ISS-Ret (Genérico):

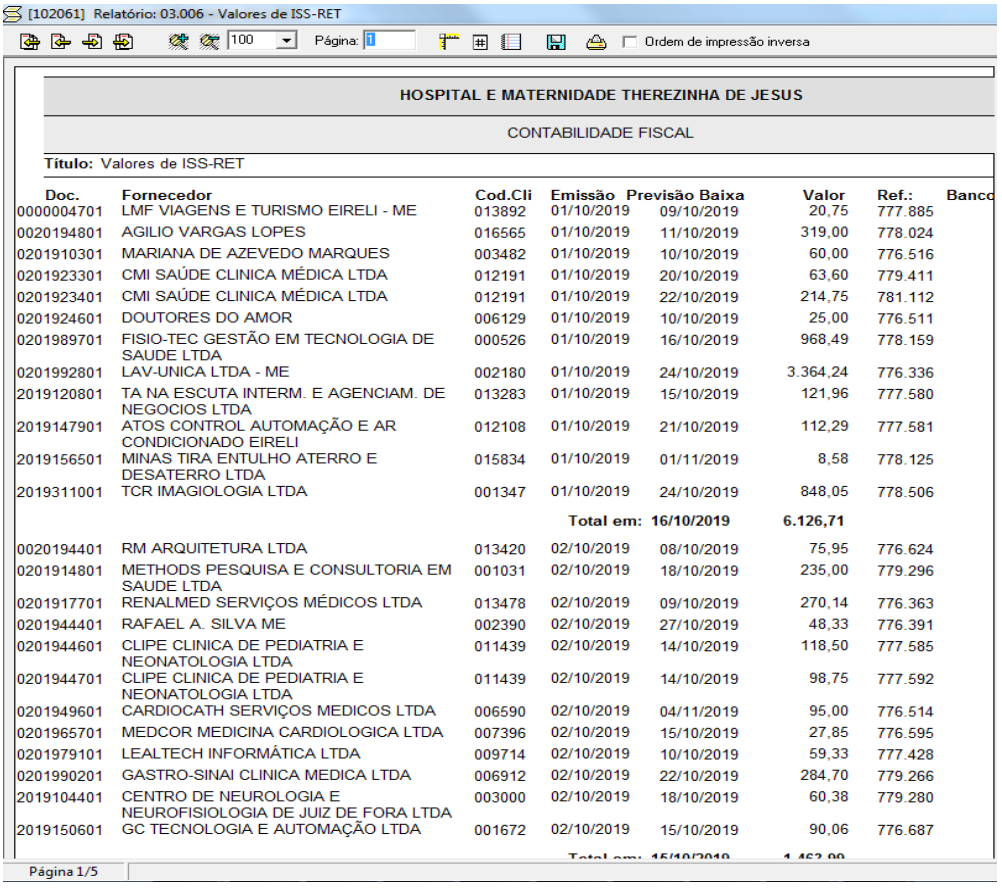


3) Selecionar a filial e o período que está fazendo o fechamento e dar OK até gerar o relatório:



4) Validar o relatório extraído com os lançamentos financeiros que serão gerados após a importação adiante do TXT. Salvar o relatório na pasta:
x:operacional/financeiro/contabilidade/fiscal/impostos

Exemplo do relatório que será gerado:


[102061] Relatório: 03.006 - Valores de ISS-RET

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

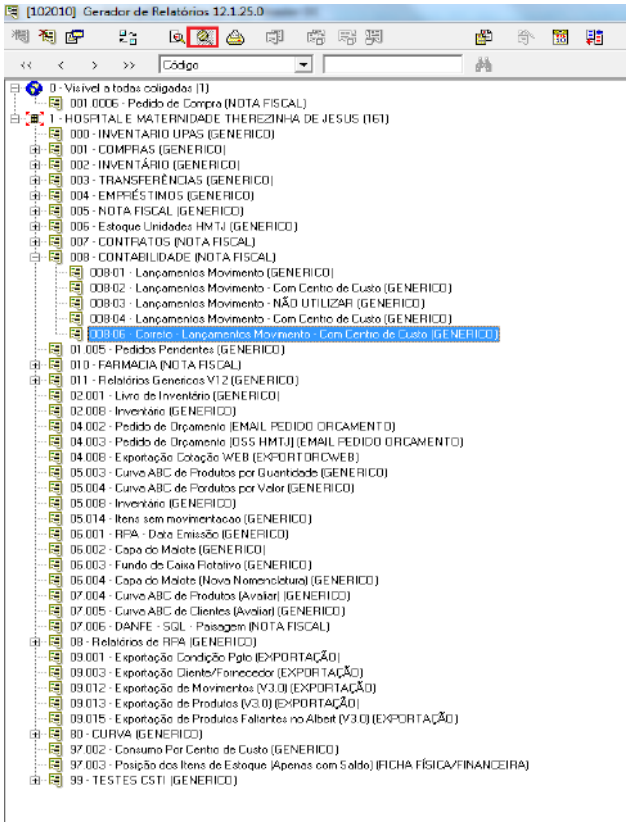
CONTABILIDADE FISCAL

Título: Valores de ISS-RET

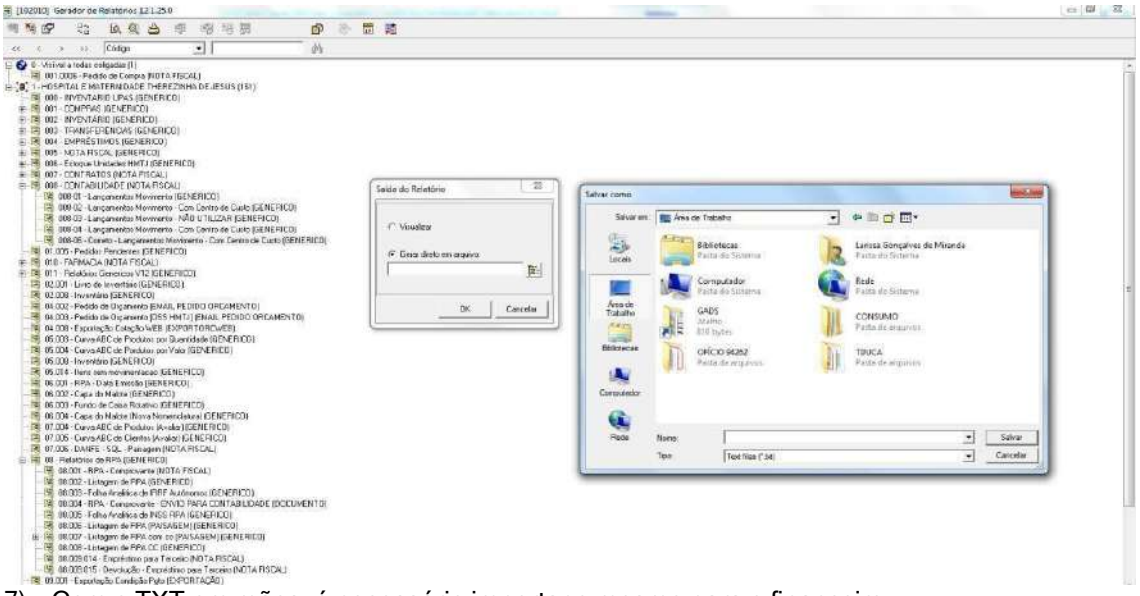
Doc.	Fornecedor	Cod.Cli	Emissão	Previsão Baixa	Valor	Ref.:	Banco
0000004701	LMF VIAGENS E TURISMO EIRELI - ME	013892	01/10/2019	09/10/2019	20,75	777.885	
0020194801	AGILIO VARGAS LOPES	016565	01/10/2019	11/10/2019	319,00	778.024	
0201910301	MARIANA DE AZEVEDO MARQUES	003482	01/10/2019	10/10/2019	60,00	776.516	
0201923301	CMI SAÚDE CLINICA MÉDICA LTDA	012191	01/10/2019	20/10/2019	63,60	779.411	
0201923401	CMI SAÚDE CLINICA MÉDICA LTDA	012191	01/10/2019	22/10/2019	214,75	781.112	
0201924601	DOUTORES DO AMOR	006129	01/10/2019	10/10/2019	25,00	776.511	
0201989701	FISIO-TEC GESTÃO EM TECNOLOGIA DE SAUDE LTDA	000526	01/10/2019	16/10/2019	968,49	778.159	
0201992801	LAV-UNICA LTDA - ME	002180	01/10/2019	24/10/2019	3.364,24	776.336	
2019120801	TA NA ESCUTA INTERM. E AGENCIAM. DE NEGOCIOS LTDA	013283	01/10/2019	15/10/2019	121,96	777.580	
2019147901	ATOS CONTROL AUTOMAÇÃO E AR CONDICIONADO EIRELI	012108	01/10/2019	21/10/2019	112,29	777.581	
2019156501	MINAS TIRA ENTULHO ATERRO E DESATERRO LTDA	015834	01/10/2019	01/11/2019	8,58	778.125	
2019311001	TCR IMAGIOLOGIA LTDA	001347	01/10/2019	24/10/2019	848,05	778.506	
			Total em:	**16/10/2019**	**6.126,71**		
0020194401	RM ARQUITETURA LTDA	013420	02/10/2019	08/10/2019	75,95	776.624	
0201914801	METHODS PESQUISA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA	001031	02/10/2019	18/10/2019	235,00	779.296	
0201917701	RENALMED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	013478	02/10/2019	09/10/2019	270,14	776.363	
0201944401	RAFAEL A. SILVA ME	002390	02/10/2019	27/10/2019	48,33	776.391	
0201944601	CLIPE CLINICA DE PEDIATRIA E NEONATOLOGIA LTDA	011439	02/10/2019	14/10/2019	118,50	777.585	
0201944701	CLIPE CLINICA DE PEDIATRIA E NEONATOLOGIA LTDA	011439	02/10/2019	14/10/2019	98,75	777.592	
0201949601	CARDIOCATH SERVIÇOS MEDICOS LTDA	006590	02/10/2019	04/11/2019	95,00	776.514	
0201965701	MEDCOR MEDICINA CARDIOLOGICA LTDA	007396	02/10/2019	15/10/2019	27,85	776.595	
0201979101	LEALTECH INFORMÁTICA LTDA	009714	02/10/2019	10/10/2019	59,33	777.428	
0201990201	GASTRO-SINAI CLINICA MEDICA LTDA	006912	02/10/2019	22/10/2019	284,70	779.266	
2019104401	CENTRO DE NEUROLOGIA E NEUROFISIOLOGIA DE JUIZ DE FORA LTDA	003000	02/10/2019	18/10/2019	60,38	779.280	
2019150601	GC TECNOLOGIA E AUTOMAÇÃO LTDA	001672	02/10/2019	15/10/2019	90,06	776.687	

Página 1/5

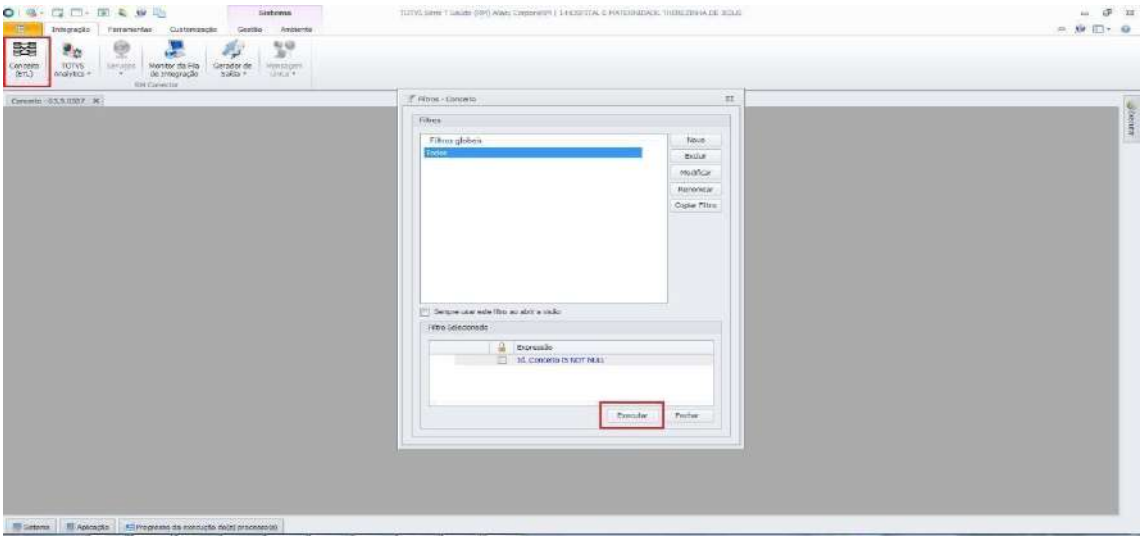
5) Gerar o arquivo em TXT para ser importado na gestão financeira. Ir em: BackOffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento -> Gestão -> Gerador de relatório -> Visão Delphi. (Relatório 008.06 Correto lançamento movimento – Colocar ISSRE):



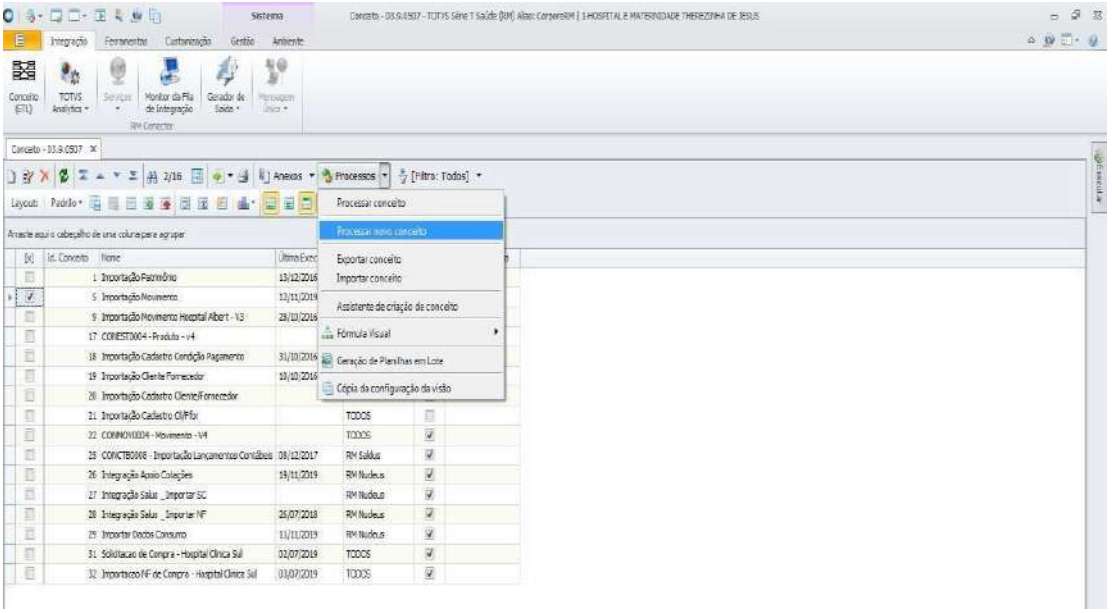
6) Após realizar os procedimentos acima, aparecerá a tela abaixo, na qual deverá ser marcado a segunda opção para salvar o arquivo na mesma pasta do relatório:



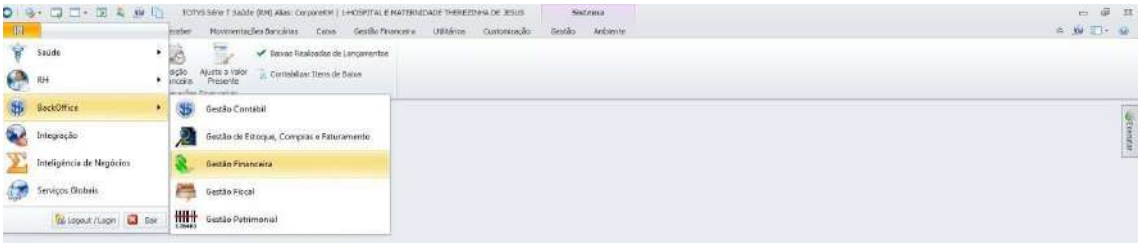
7) Com o TXT em mãos, é necessário importar o mesmo para o financeiro:

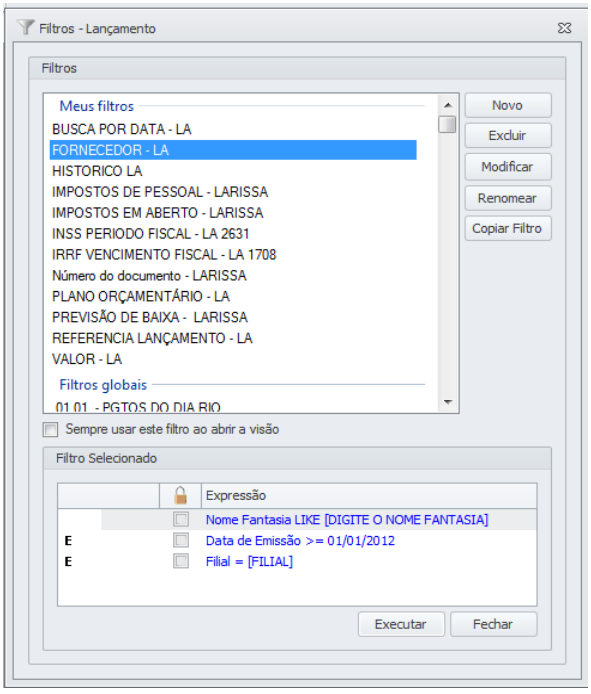


8) Marcar a opção 5 – Importação de movimento e clicar em: Processos -> Processar novo conceito:

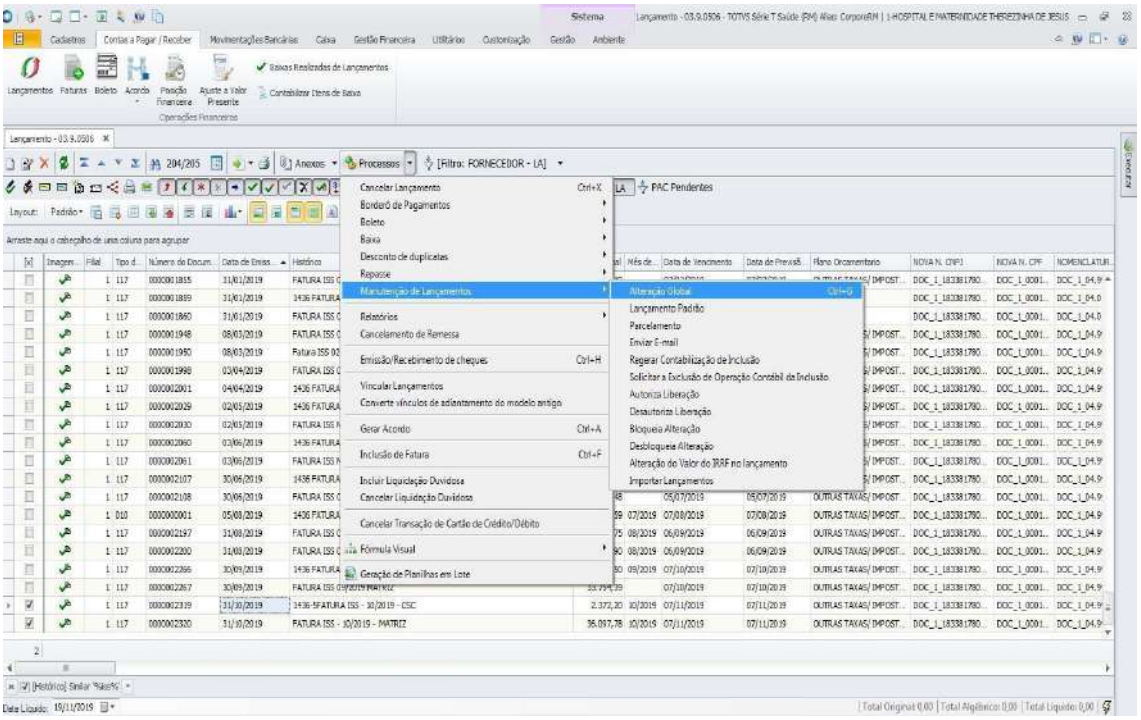


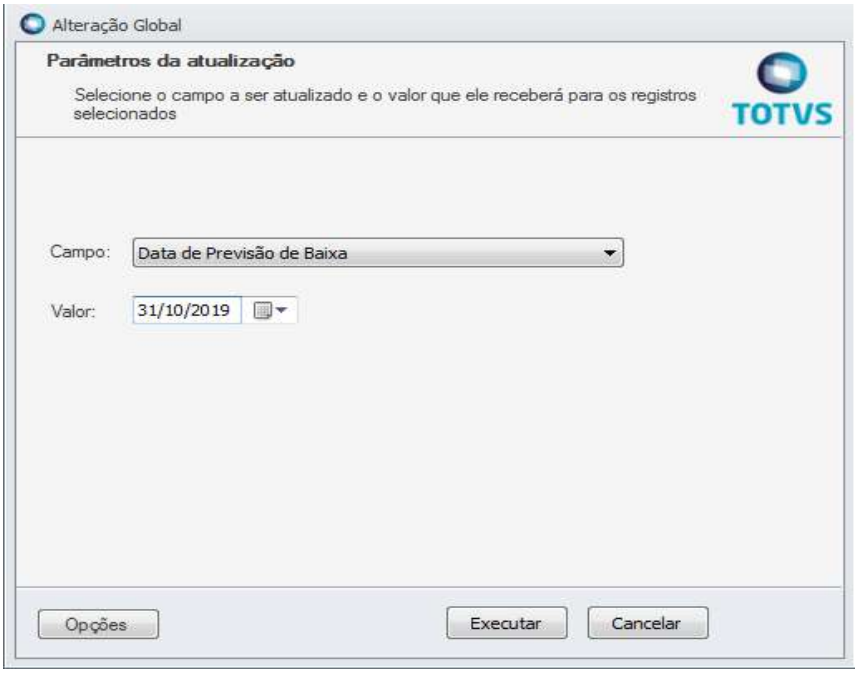
9) Feito isso, clicar em avançar duas vezes, procurar o arquivo TXT salvo anteriormente, avançar e executar. Dessa forma o movimento será importado para a gestão financeira, assim podemos fazer a conferencia dos mesmos e emissão das guias. Lembrar de trocar a data de previsão de baixa e vencimento do lançamento:

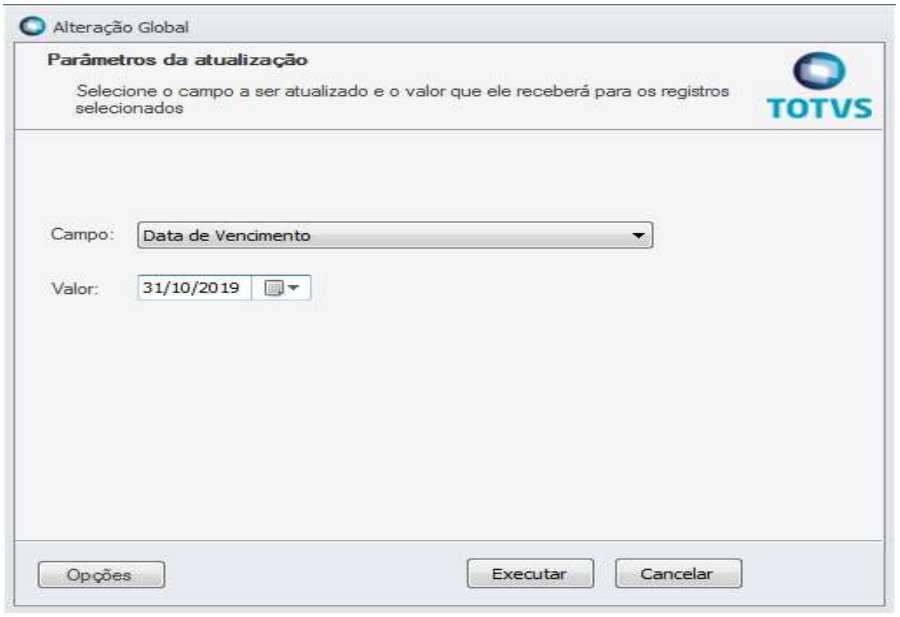




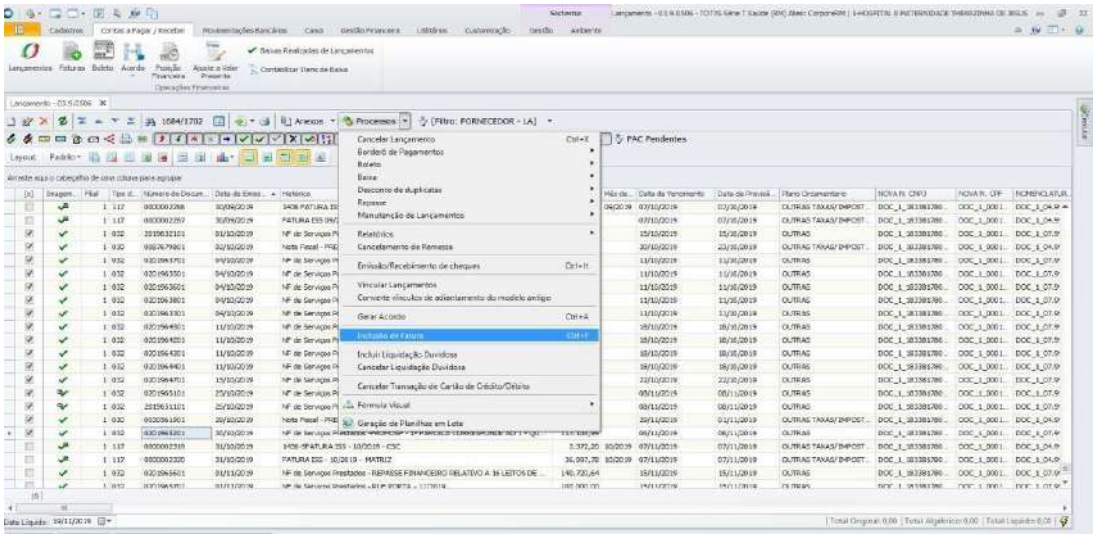
10) É possível alterar a data de vencimento e a data de previsão de baixa em um único ajuste, conforme abaixo (Seleciona todos os lançamentos):

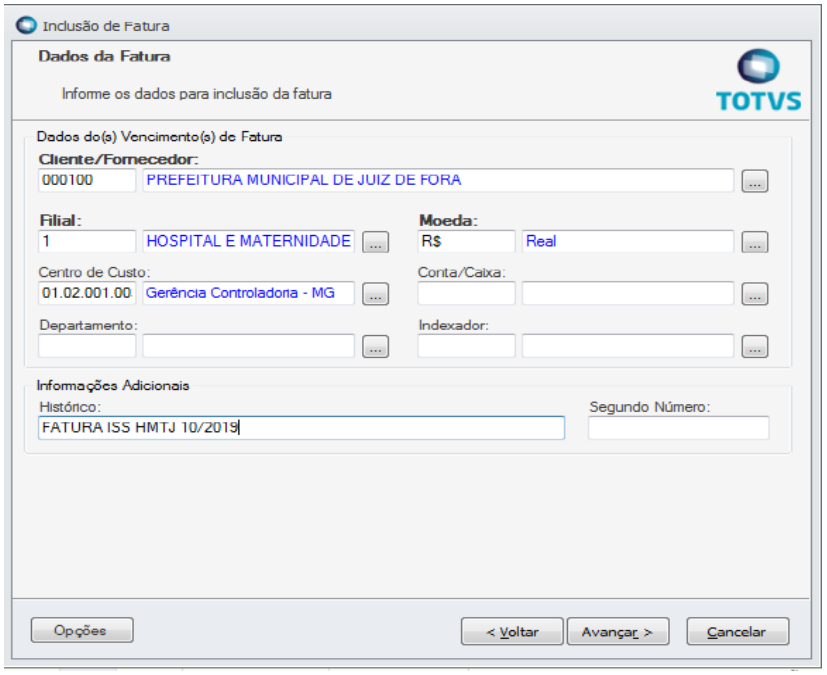

Cancelar Lançamento
Borderô de Pagamentos
Boleto
Baixa
Desconto de duplicatas
Repasse
Manutenção de Lançamentos
Relatórios
Cancelamento de Remessa
Emissão/Recebimento de cheques
Vincular Lançamentos
Converte vínculos de adiantamento do modelo antigo
Gerar Acordo
Inclusão de Fatura
Incluir Liquidação Duvidosa
Cancelar Liquidação Duvidosa
Cancelar Transação de Cartão de Crédito/Débito
Fórmula Visual
Geração de Planilhas em Lote
Alteração Global
Lançamento Padrão
Parcelamento
Enviar E-mail
Regerar Contabilização de Inclusão
Solicitar a Exclusão de Operação Contábil de Inclusão
Autoriza Liberação
Desautoriza Liberação
Bloqueia Alteração
Desbloqueia Alteração
Alteração do Valor do IRAF no lançamento
Importar Lançamentos


Alteração Global
Parâmetros da atualização
Selecione o campo a ser atualizado e o valor que ele receberá para os registros selecionados
TOTVS
Campo:
Data de Previsão de Baixa
Valor:
31/10/2019
Opções
Executar
Cancelar

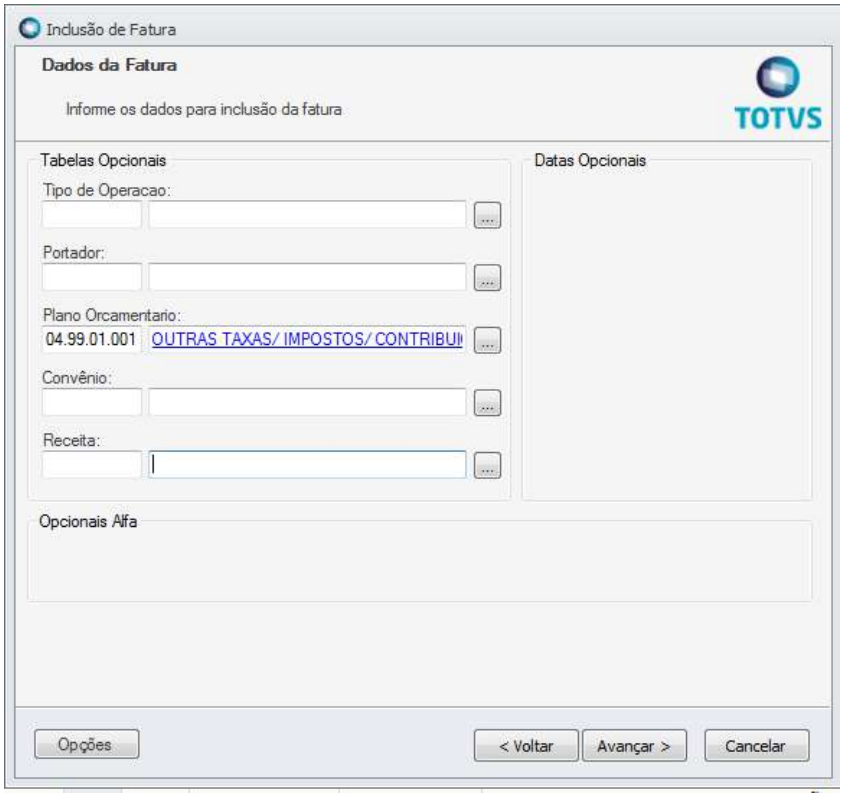


11) Realizar a análise dos lançamentos com a relatório gerado e em seguida gerar a fatura dos mesmos:

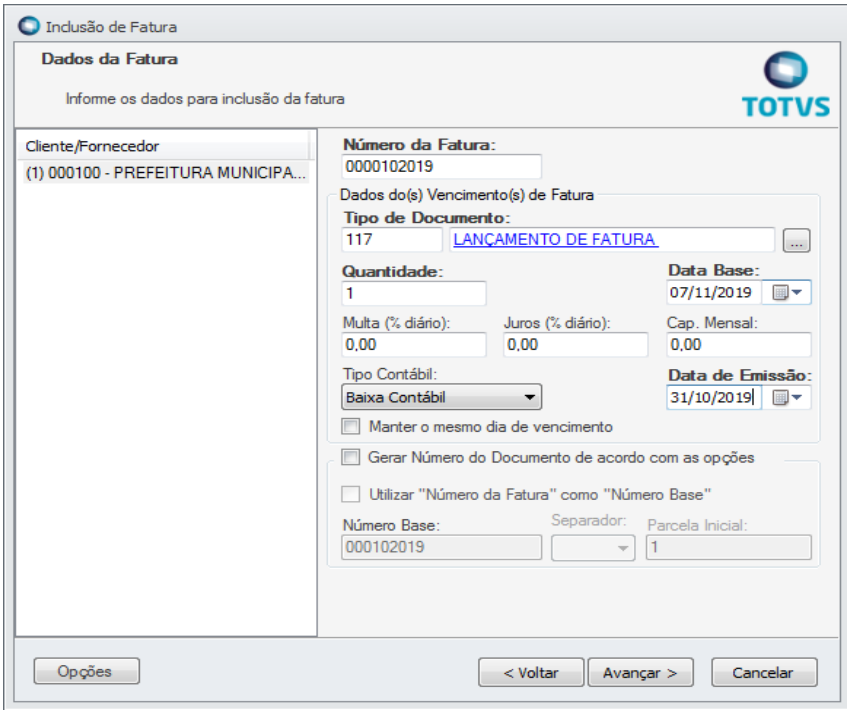




Preencher o fornecedor e o histórico do lançamento conforme imagem acima.



Preencher o plano orçamentário.



Preencher os dados da fatura, data base, data de emissão, marcar os três últimos quadros e avançar até finalizar.

12) Após gerado a fatura, salvar na mesma pasta do relatório o relatório simplificado do financeiro onde consta os ISS e a fatura gerada. Exemplo abaixo:

Lançamento - 03.9.0506

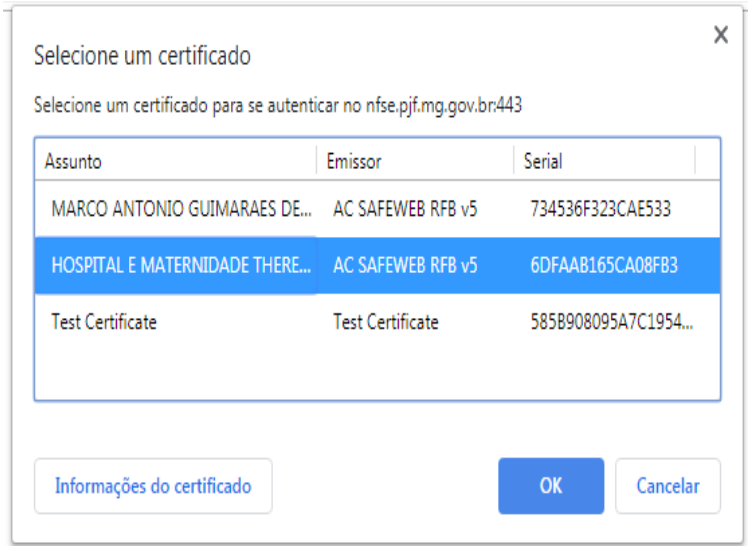
1 - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - segunda-feira, 4 de novembro de 2019 17:06:38

[x]	tagem - Sta	ata de Emiss	Filial	ero do Docum	Histórico	Valor Original	Data de Vencimento	Data de Previsão de Baixa
☑	3	31/10/2019	1	0293784301	ISS - IOT - INSTITUTO DE ORTOPEDIA E - NF 20191359	826,00	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0292092301	ISS - TCR IMAGIOLOGIA LTDA - NF 20193110	848,05	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0293532001	ISS - SAP - NF 02019833	931,46	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0292732501	ISS - FISIO-TEC GESTÃO EM TECNOLOGIA - NF 02019897	968,49	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0292281201	ISS - VITA ASSITENCIA A SAUDE LTDA - NF 20190516	990,14	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0292910801	ISS - NEVES SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - NF 00201959	1.025,20	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0294402301	ISS - COOPERATIVA DOS TECNICOS EM RA - NF 00201949	1.229,69	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0293788801	ISS - NEFROCLIN - NF 02019628	1.293,75	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0293321601	ISS - MJI ANESTESISTAS LTDA - ME - NF 00201954	1.300,40	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0293565201	ISS - COLOMBOSAUDE SERVICOS MEDICOS - NF 00201984	1.641,50	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0293771201	ISS - NEFROCLIN - NF 02019630	1.987,50	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0293453101	ISS - UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIV - NF 02019863	2.295,86	07/11/2019	07/11/2019
☑	3	31/10/2019	1	0292183401	ISS - LAV-UNICA LTDA - ME - NF 02019928	3.364,24	07/11/2019	07/11/2019
☑	B	31/10/2019	1	0000002320	FATURA ISS - 10/2019 - MATRIZ	36.097,78	07/11/2019	07/11/2019
136						Soma=72.195,56		

Página 5 de 5

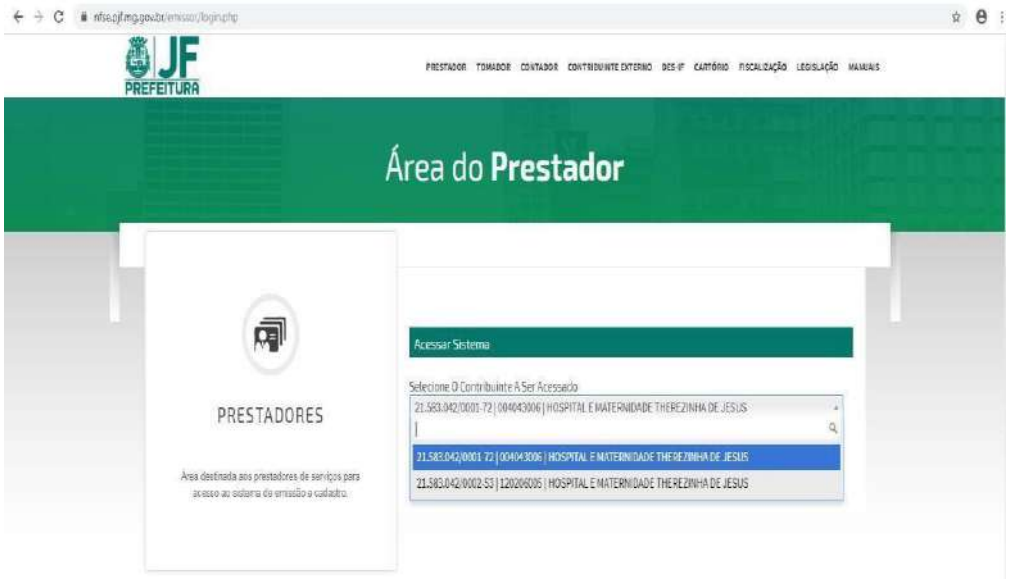
13) Emitir no site da prefeitura a guia do imposto, através do site da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora no link https://www.pjf.mg.gov.br/ com o certificado digital da empresa conectado na máquina. Clicar na opção Empresa -> Nota Fiscal (NFS-e):

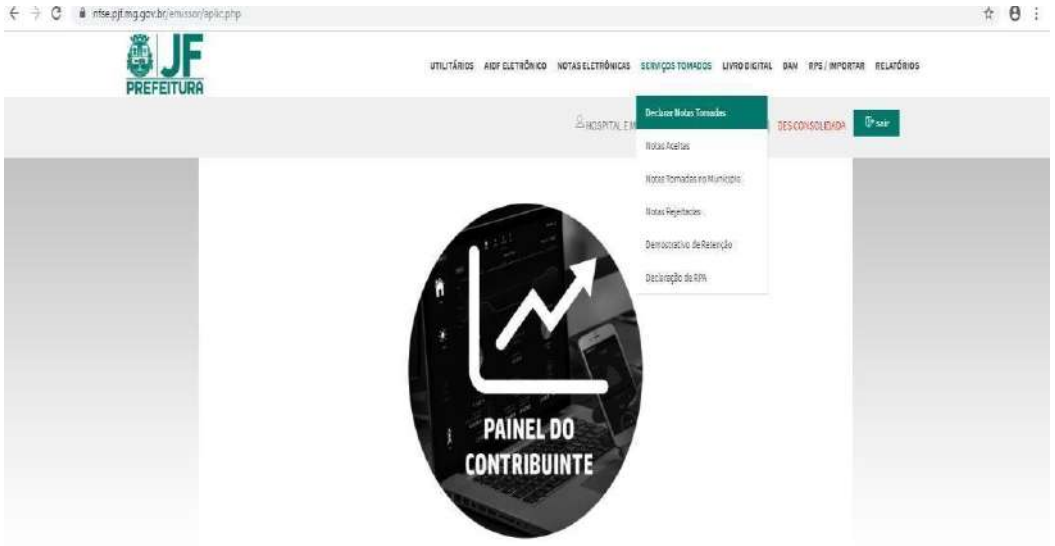
14) Ao clicar na opção acima, o site pedirá para ser escolhido a filial que deseja fazer e que logo em seguida digite a senha do Certificado inserido na máquina:



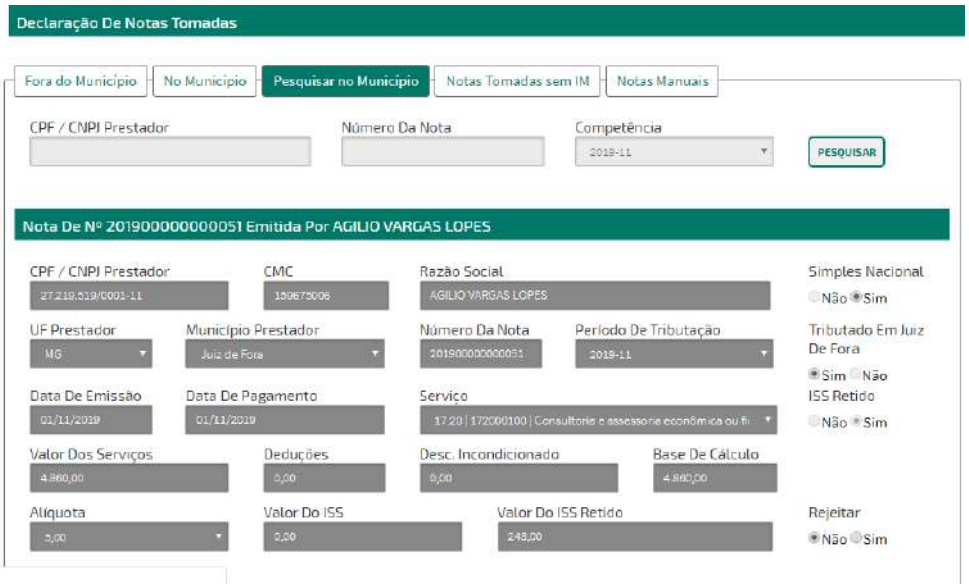
15) Clicar em Prestador -> Acessar sistema:

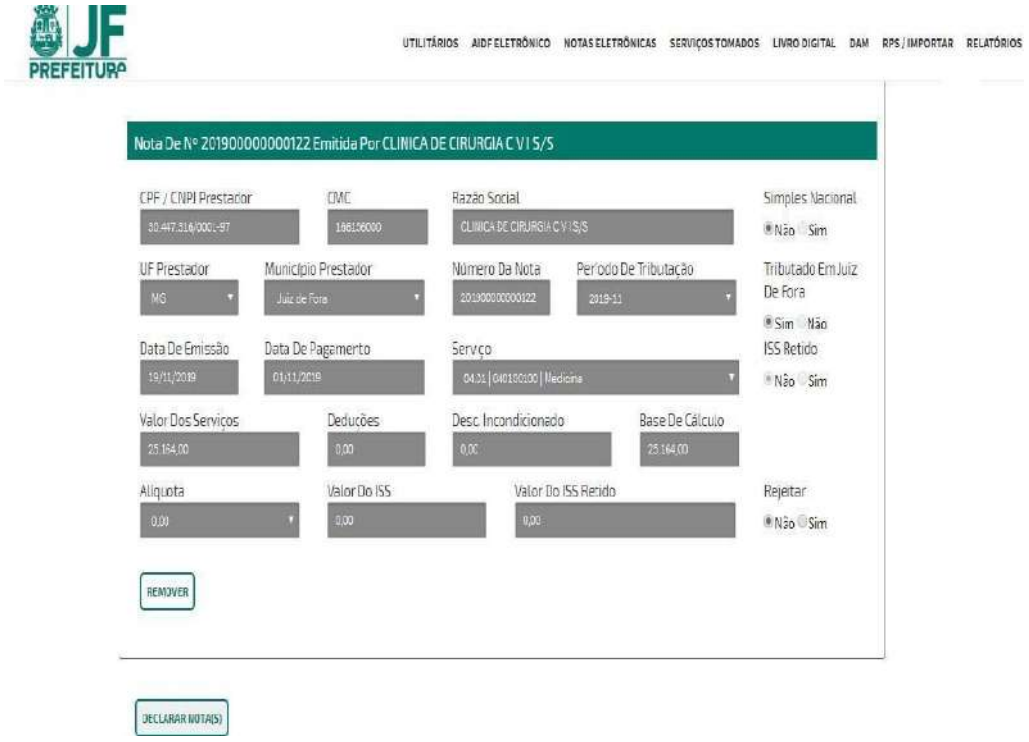
16) Selecionar a filial que deseja acessar ao sistema:



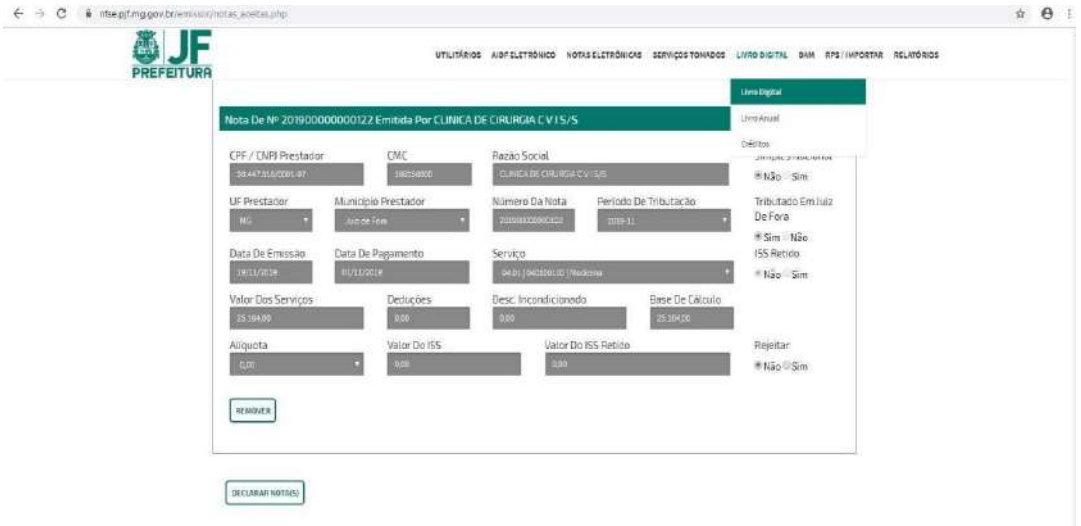


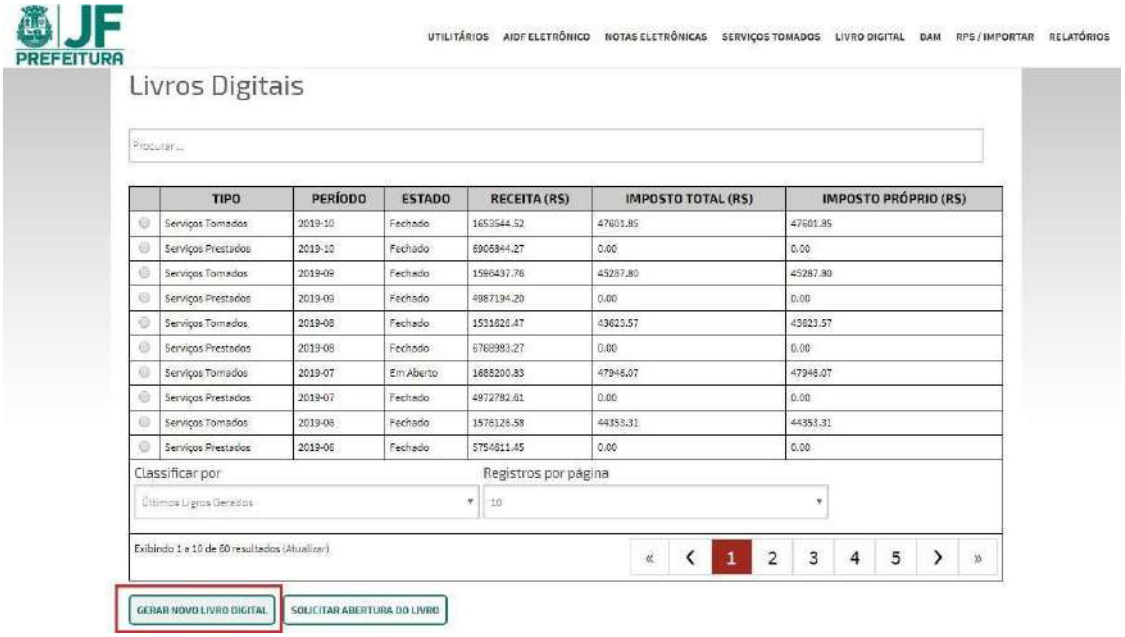
17) Ao clicar em Declarar Notas Tomadas, abrirá a tela demonstrada abaixo, através dela é possível verificar as notas fiscais emitidas que devem ou não ser aprovadas ou rejeitadas, após conferência com o sistema pode ser feito o aceite.



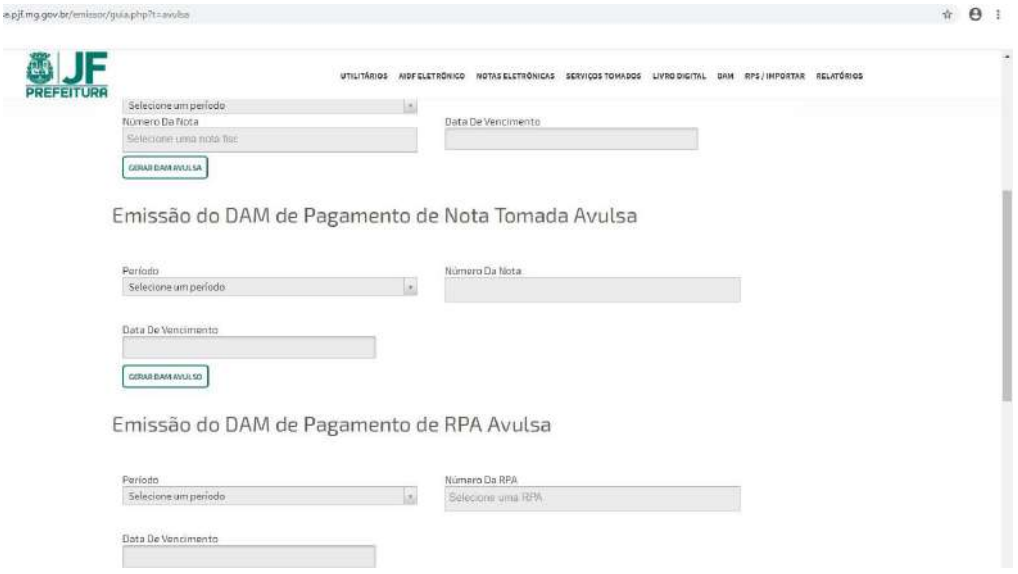


18) Em seguida ir no livro ficar para fechar a competência e emitir a guia avulsa para pagamento do imposto:





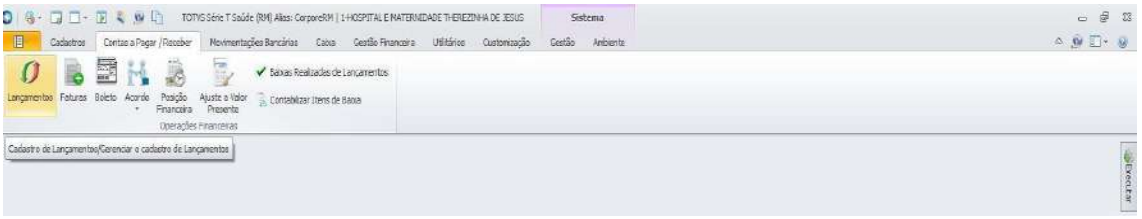
19) Escolher a opção de apenas fecha o livro e geração -> Ok. Feito isso, selecionar opção para geração de DAM avulso – Gerar novo DAM avulso e em seguida selecionar as notas que compõem cada fatura que foi gerado no sistema RM (Na matriz é separado em: Matriz e RUE, Matriz Covid e CSC).

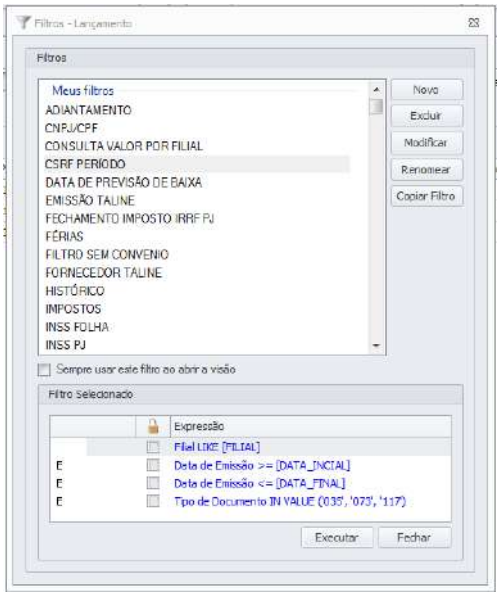


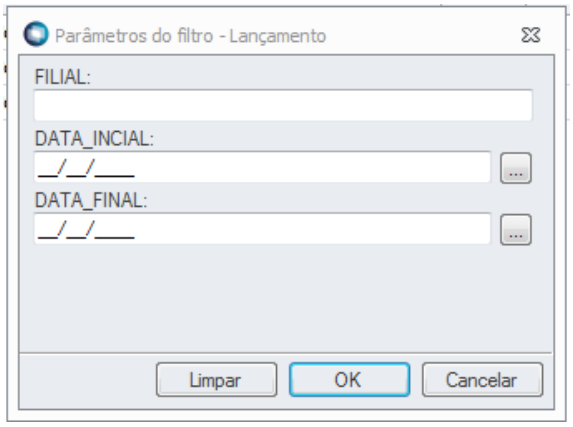
20) Após a emissão das guias, juntar as mesmas com o relatório demonstrativo e anexa no lançamento do RM o arquivo (Da mesma forma que foi realizado nos impostos anteriores):

CSRF (código 5952)

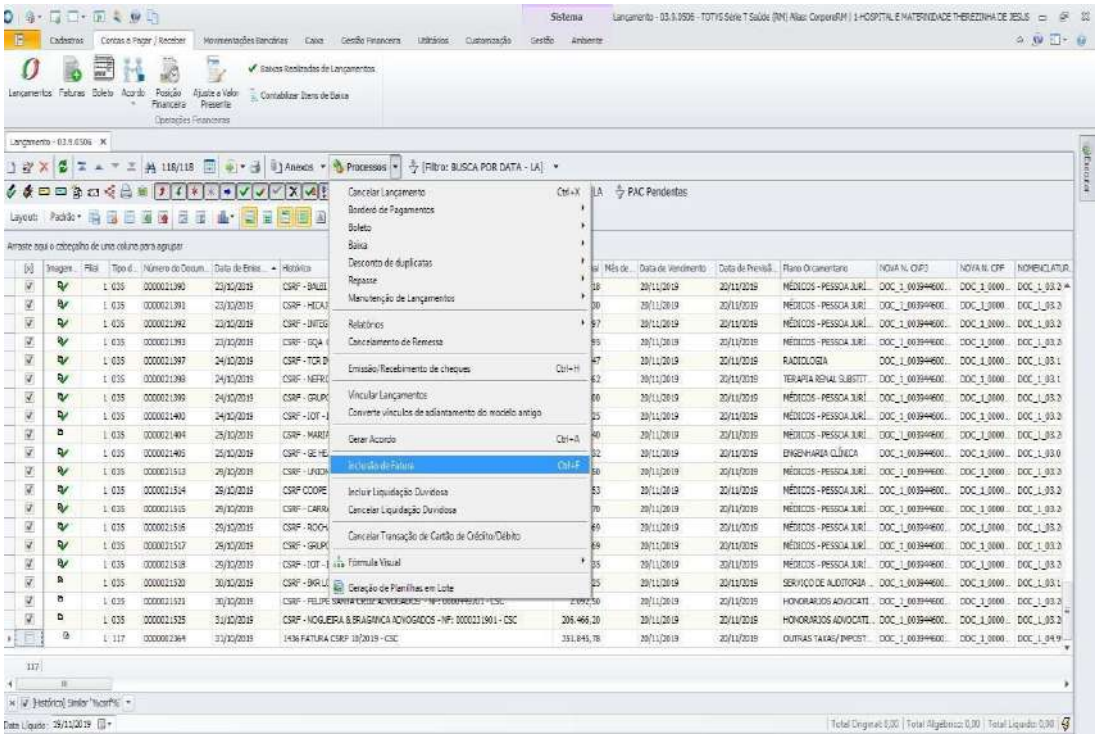
1) Toda nota fiscal que possui retenção na fonte da CSRF (PIS, COFINS e CSLL) a partir do momento que o setor financeiro faz o pagamento da mesma, é gerado automaticamente o lançamento da contribuição da CSRF. Para conferência, entrar: BackOffice -> Gestão financeira -> Lançamento -> Filtro CSRF -> Inserir a Filial que deseja fechar e o período.



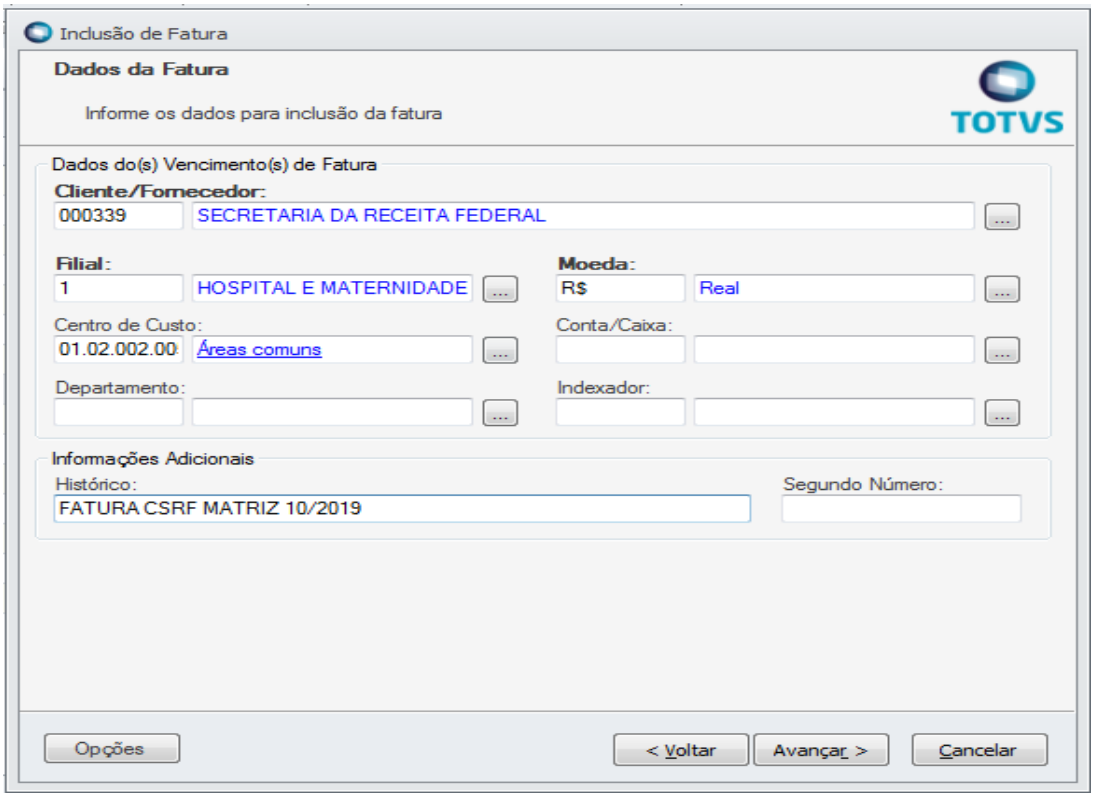




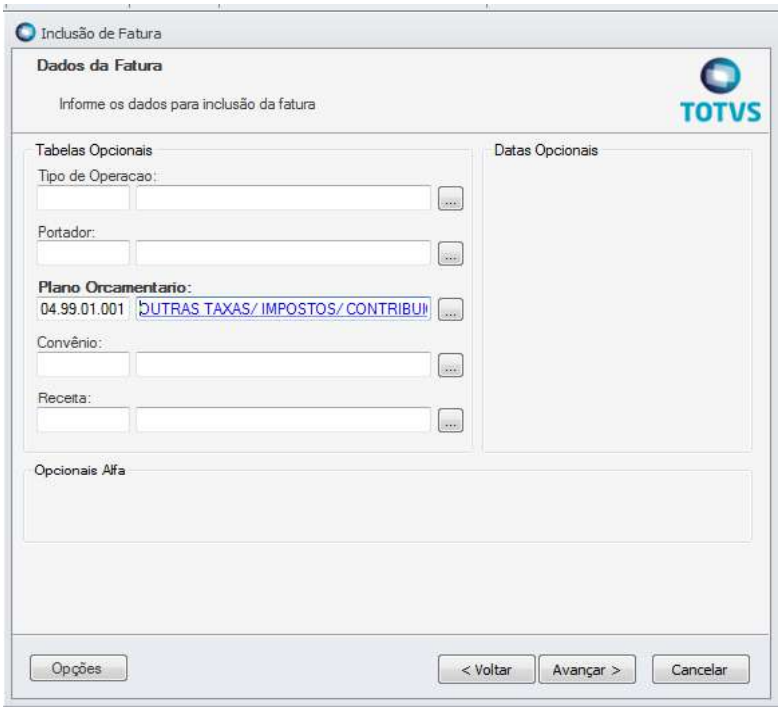
2) Após evidenciar todas as contribuições da CSRF que precisam ser recolhidas, deve-se criar a fatura para o lançamento da contribuição:



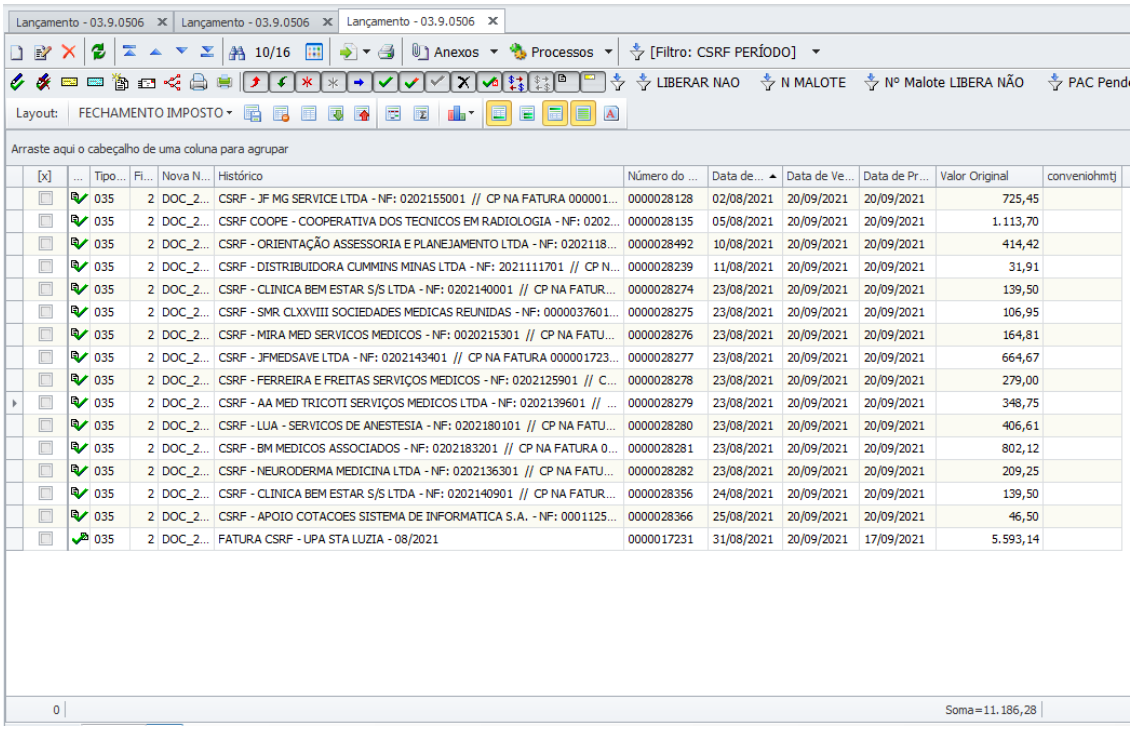
Avançar duas vezes.



Preencher as informações do cliente/fornecedor e histórico conforme exemplo acima e avançar.

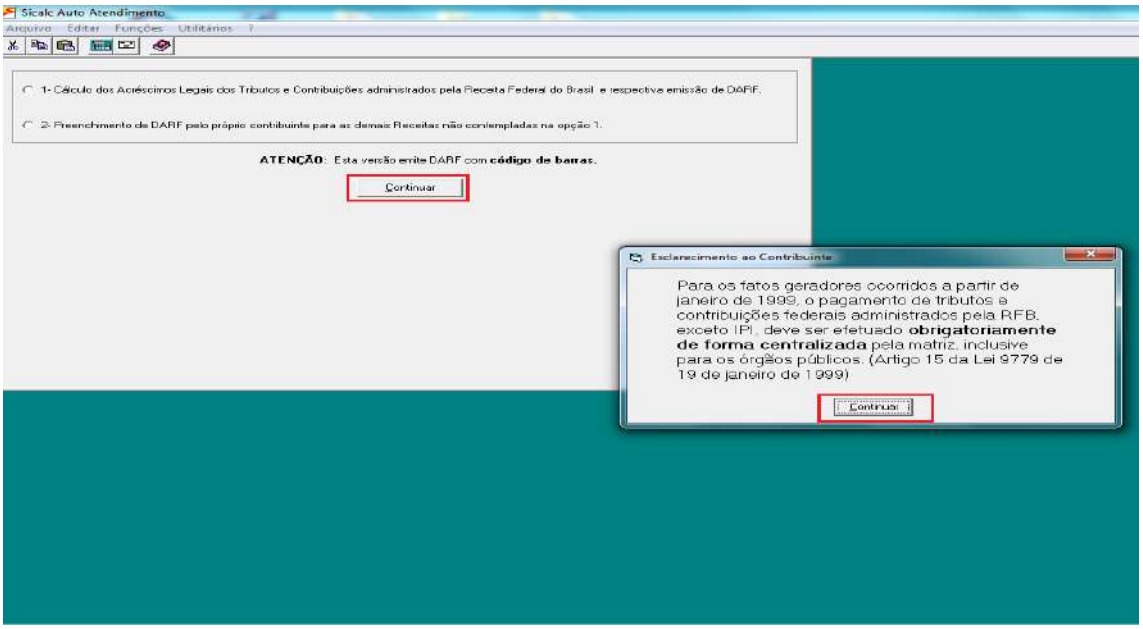


3) Após a criação da fatura, deve ser tirado o relatório completo do financeiro onde consta todos os lançamentos da CSRF inclusive a fatura com o layout da página como “Fechamento de imposto”. Salvar o relatório na pasta de impostos

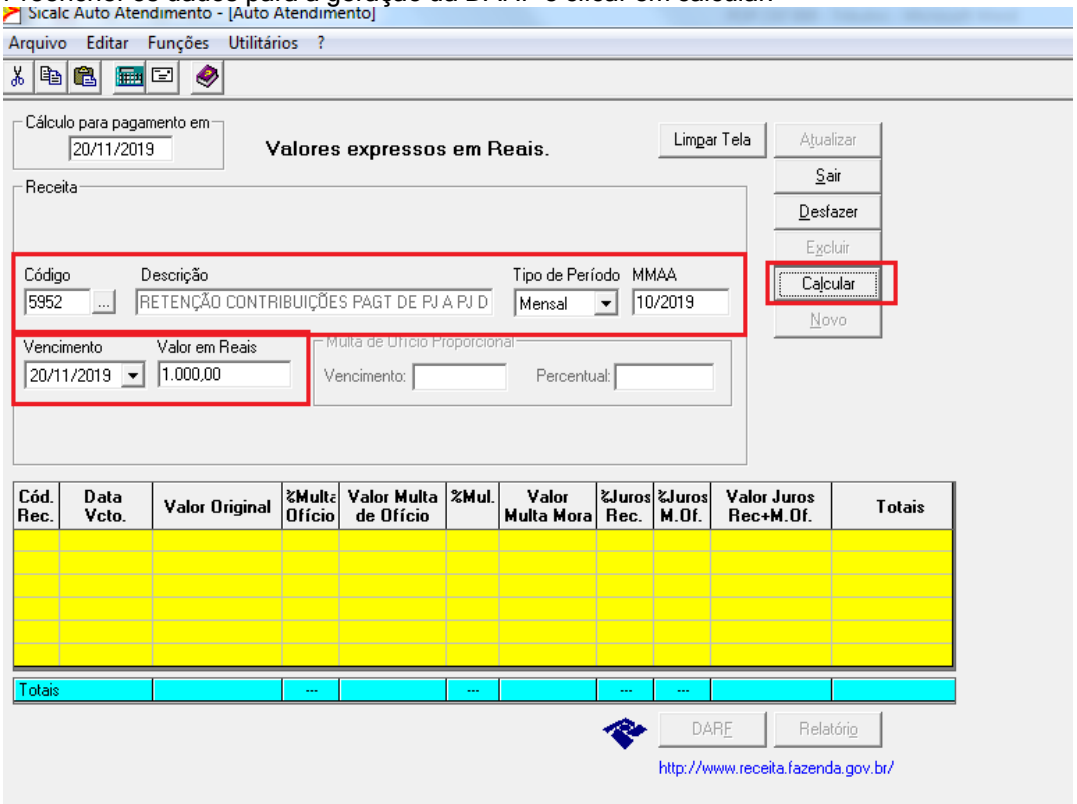


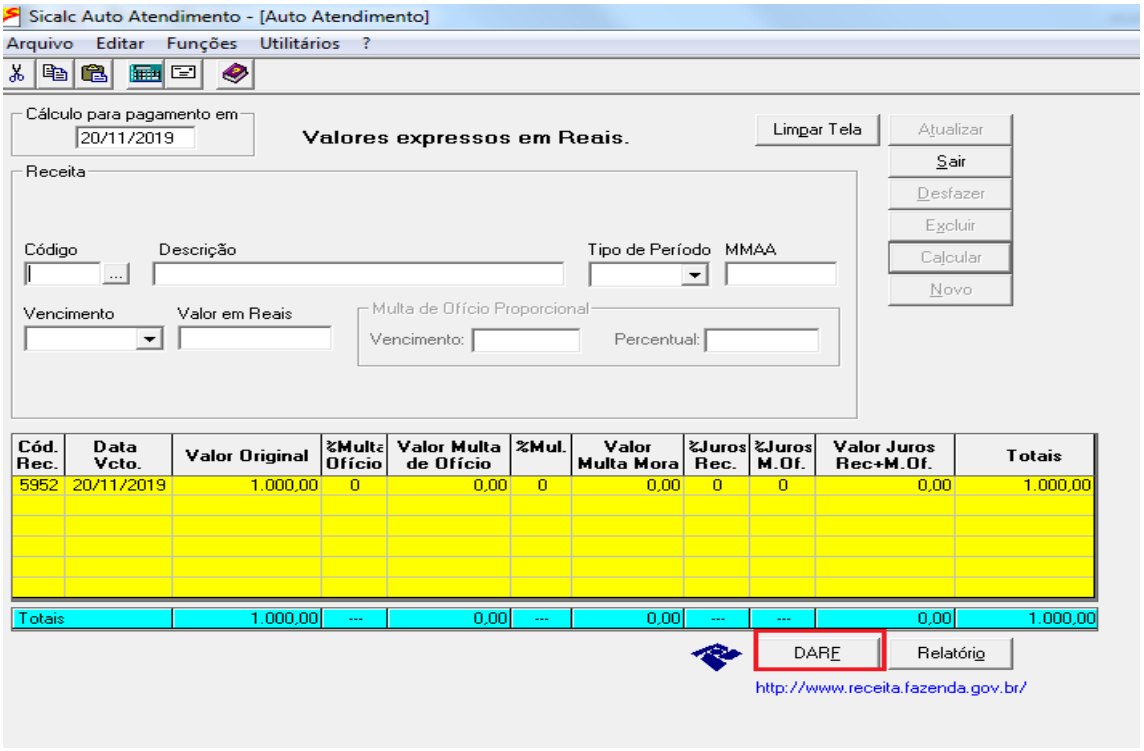
[x]	...	Tipo...	Fi...	Nova N...	Histórico	Número do ...	Data de...	Data de Ve...	Data de Pr...	Valor Original	conveniohmtj
		035	2	DOC_2...	CSRF - JF MG SERVICE LTDA - NF: 0202155001 // CP NA FATURA 000001...	0000028128	02/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	725,45	
		035	2	DOC_2...	CSRF COOPE - COOPERATIVA DOS TECNICOS EM RADIOLOGIA - NF: 0202...	0000028135	05/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	1.113,70	
		035	2	DOC_2...	CSRF - ORIENTAÇÃO ASSESSORIA E PLANEJAMENTO LTDA - NF: 0202118...	0000028492	10/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	414,42	
		035	2	DOC_2...	CSRF - DISTRIBUIDORA CUMMINS MINAS LTDA - NF: 2021111701 // CP N...	0000028239	11/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	31,91	
		035	2	DOC_2...	CSRF - CLINICA BEM ESTAR S/S LTDA - NF: 0202140001 // CP NA FATUR...	0000028274	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	139,50	
		035	2	DOC_2...	CSRF - SMR CLXXVIII SOCIEDADES MEDICAS REUNIDAS - NF: 0000037601...	0000028275	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	106,95	
		035	2	DOC_2...	CSRF - MIRA MED SERVICOS MEDICOS - NF: 0020215301 // CP NA FATU...	0000028276	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	164,81	
		035	2	DOC_2...	CSRF - JFMEDSAVE LTDA - NF: 0202143401 // CP NA FATURA 000001723...	0000028277	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	664,67	
		035	2	DOC_2...	CSRF - FERREIRA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS - NF: 0202125901 // C...	0000028278	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	279,00	
		035	2	DOC_2...	CSRF - AA MED TRICOTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA - NF: 0202139601 // ...	0000028279	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	348,75	
		035	2	DOC_2...	CSRF - LUA - SERVICOS DE ANESTESIA - NF: 0202180101 // CP NA FATU...	0000028280	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	406,61	
		035	2	DOC_2...	CSRF - BM MEDICOS ASSOCIADOS - NF: 0202183201 // CP NA FATURA 0...	0000028281	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	802,12	
		035	2	DOC_2...	CSRF - NEURODERMA MEDICINA LTDA - NF: 0202136301 // CP NA FATU...	0000028282	23/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	209,25	
		035	2	DOC_2...	CSRF - CLINICA BEM ESTAR S/S LTDA - NF: 0202140901 // CP NA FATUR...	0000028356	24/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	139,50	
		035	2	DOC_2...	CSRF - APOIO COTACOES SISTEMA DE INFORMATICA S.A. - NF: 0001125...	0000028366	25/08/2021	20/09/2021	20/09/2021	46,50	
		035	2	DOC_2...	FATURA CSRF - UPA STA LUZIA - 08/2021	0000017231	31/08/2021	20/09/2021	17/09/2021	5.593,14	

4) Em seguida, gerar a DARF referente à CSRF no programa sicalc no código 5952:

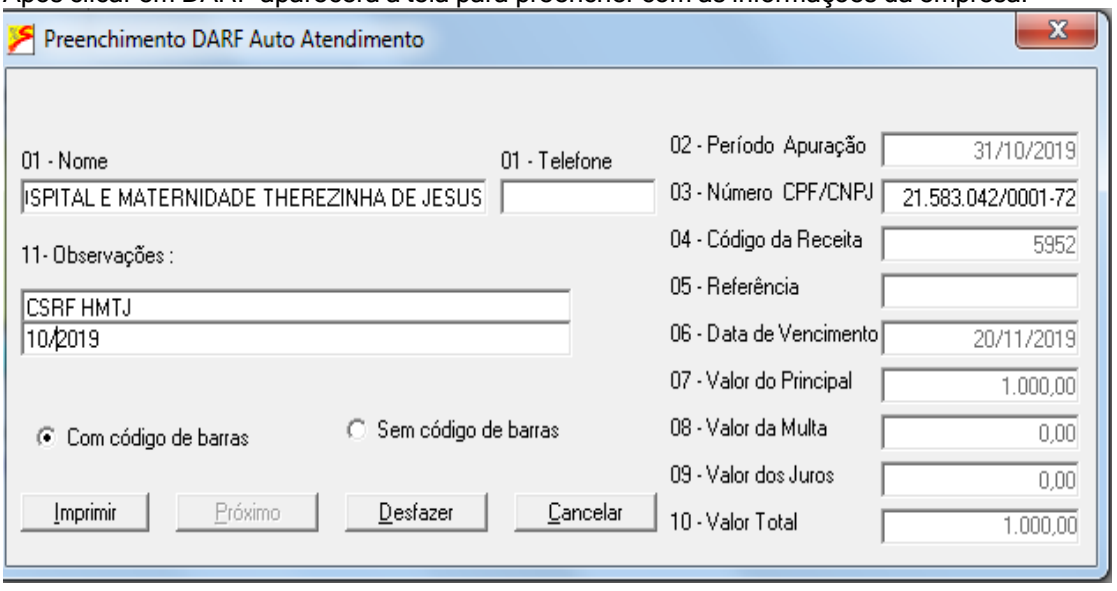


Preencher os dados para a geração da DARF e clicar em calcular:



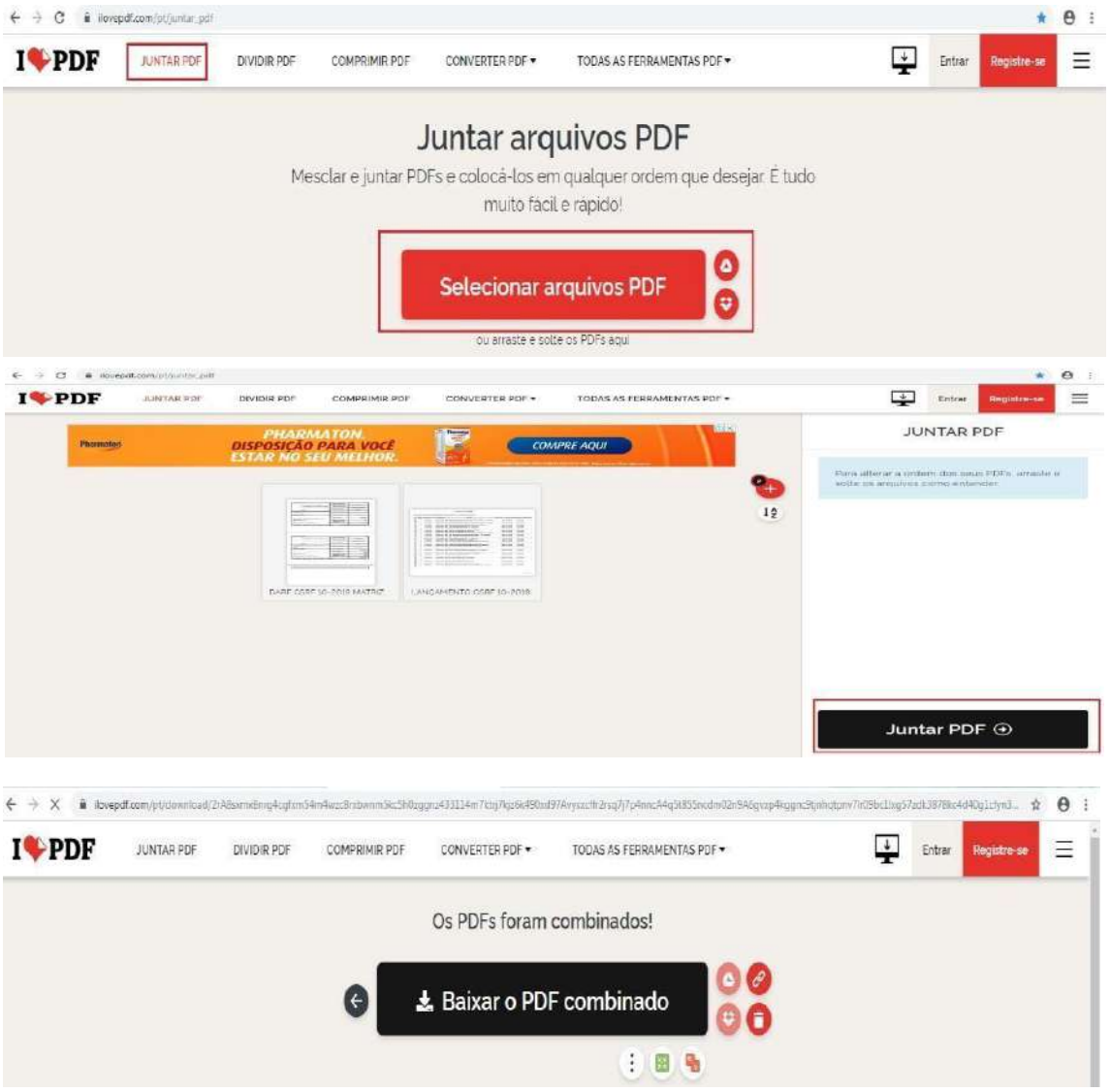


Após clicar em DARF aparecerá a tela para preencher com as informações da empresa:



Imprimir a guia em geração de PDF e salva na mesma pasta do relatório.

5) Com a guia e o relatório, juntar os dois arquivos para anexar no lançamento da fatura no RM e salva na mesma pasta.
Pode ser usando o site do Ilove PDF https://www.ilovepdf.com/pt/juntar_pdf

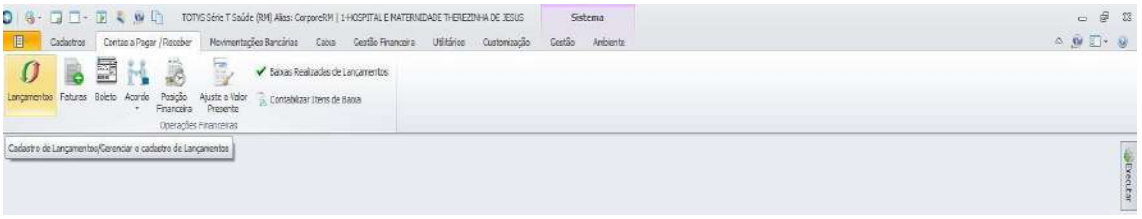


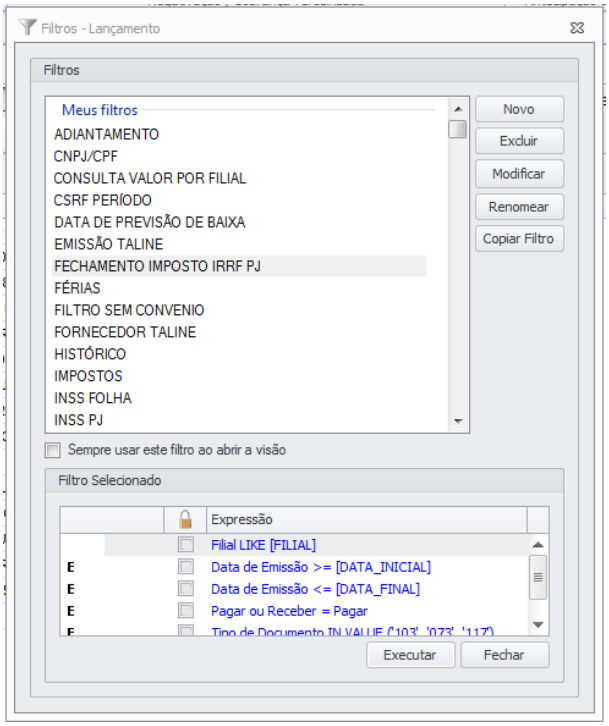
6) Após juntar a guia com o relatório, anexar no lançamento do RM o arquivo (Da mesma forma que foi realizado nos impostos anteriores).

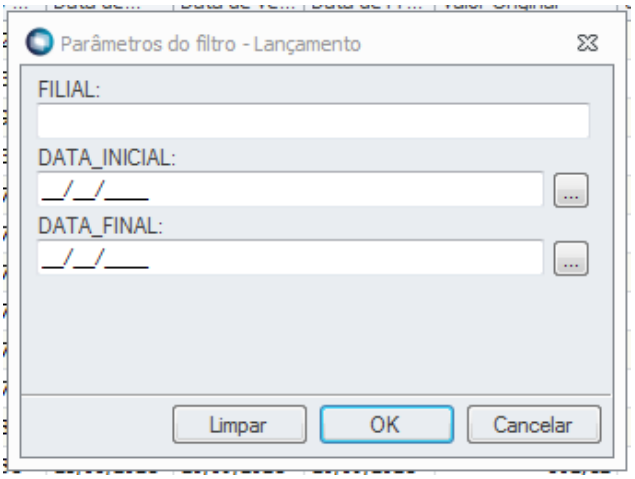
IRRF (Código 1708)

1) Toda nota fiscal que possui retenção na fonte da IRRF a partir do momento que a nota é lançada no sistema, é gerado automaticamente o lançamento do imposto da DARF. Para conferência, entrar: BackOffice -> Gestão financeira -> Lançamento -> Filtro Fechamento imposto IRRF PJ -> Inserir a Filial que deseja fechar e o período.

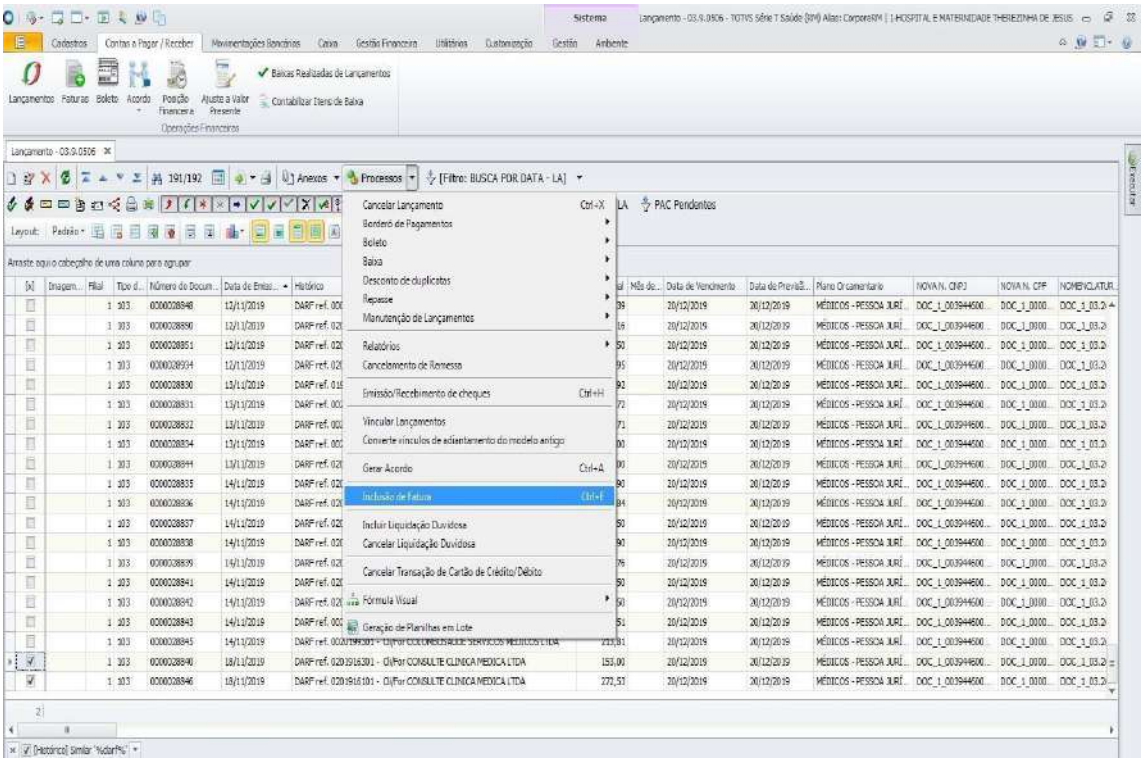
Saúde
RH
BackOffice
Integração
Inteligência de Negócios
Serviços Globais
Gestão Contábil
Gestão de Estoque, Compras e Faturamento
Gestão Financeira
Gestão Fiscal
Gestão Patrimonial


Cadastros
Contas a Pagar / Receber
Movimentações Bancárias
Caixa
Gestão Financeira
Utilitários
Customização
Gestão
Ambiente
Lançamentos
Faturas
Boleto
Acordo
Posição Financeira
Ajuste a Valor Presente
Baixas Realizadas de Lançamentos
Contabilizar Itens de Baixa
Operações Financeiras
Cadastro de Lançamentos/Gerenciar o cadastro de Lançamentos

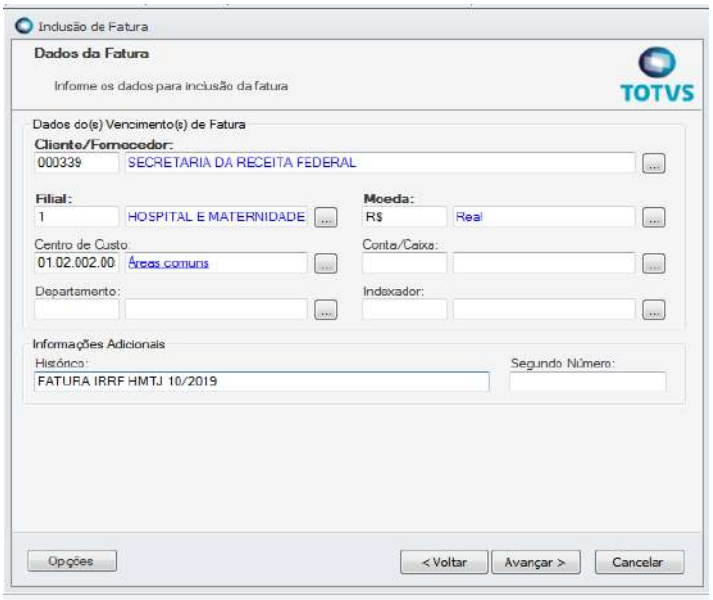

Filtros - Lançamento
Filtros
Meus filtros
ADIANTAMENTO
CNPJ/CPF
CONSULTA VALOR POR FILIAL
CSRF PERÍODO
DATA DE PREVISÃO DE BAIXA
EMISSÃO TALINE
FECHAMENTO IMPOSTO IRRF PJ
FÉRIAS
FILTRO SEM CONVENIO
FORNECEDOR TALINE
HISTÓRICO
IMPOSTOS
INSS FOLHA
INSS PJ
Novo
Excluir
Modificar
Renomear
Copiar Filtro
Sempre usar este filtro ao abrir a visão
Filtro Selecionado
Expressão
Filial LIKE [FILIAL]
E Data de Emissão >= [DATA_INICIAL]
E Data de Emissão <= [DATA_FINAL]
E Pagar ou Receber = Pagar
Executar
Fechar



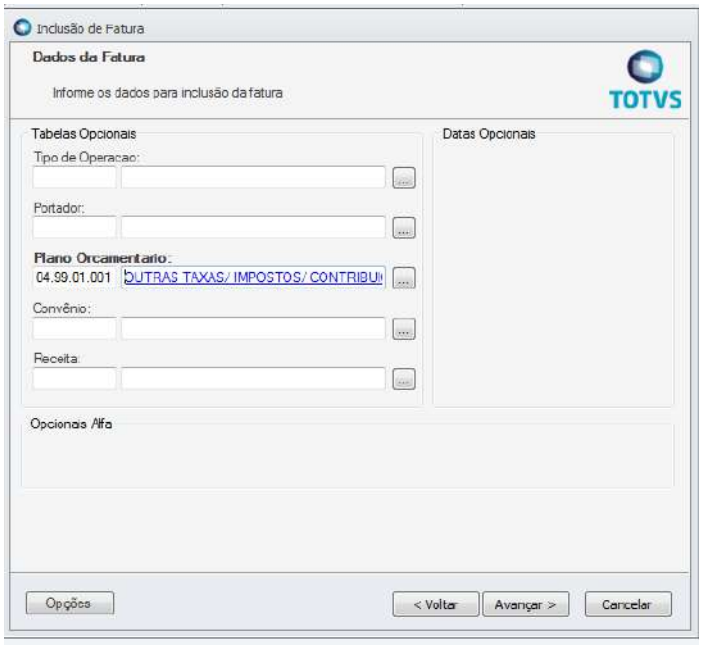
2) Após acessar todos os DARFs de IR que precisam ser emitidos, deve-se gerar uma fatura com todos os lançamentos:



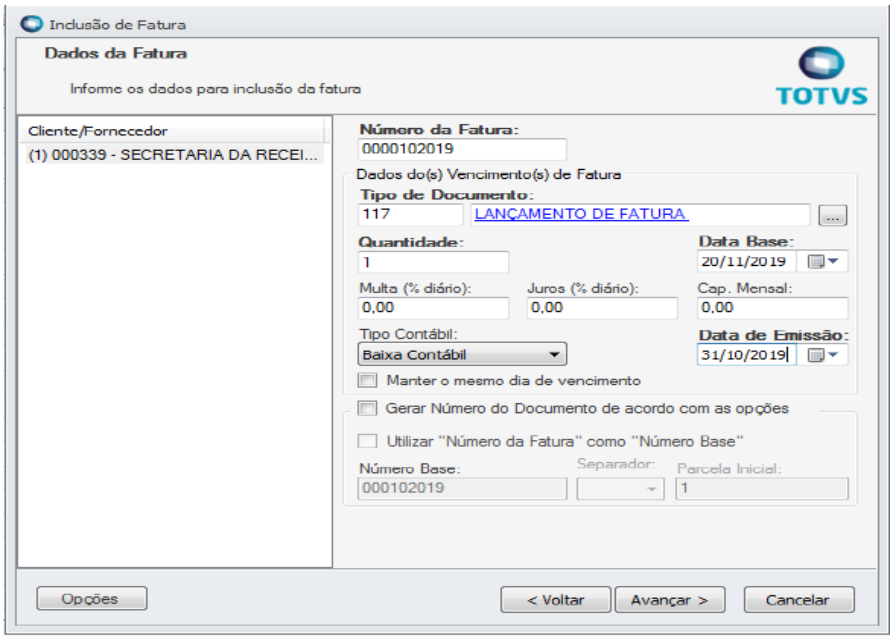
3) Para gerar a fatura deve clicar em avançar por duas vezes e fazer o preenchimento conforme abaixo:



Avançar:

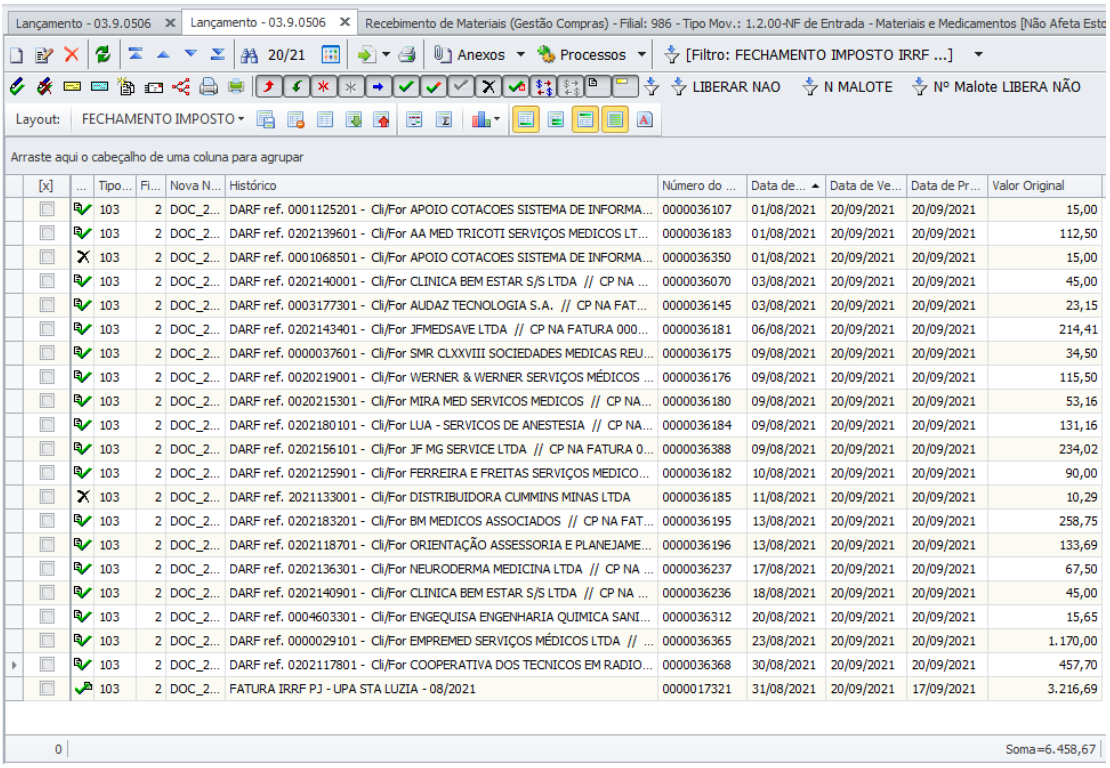


Avançar:

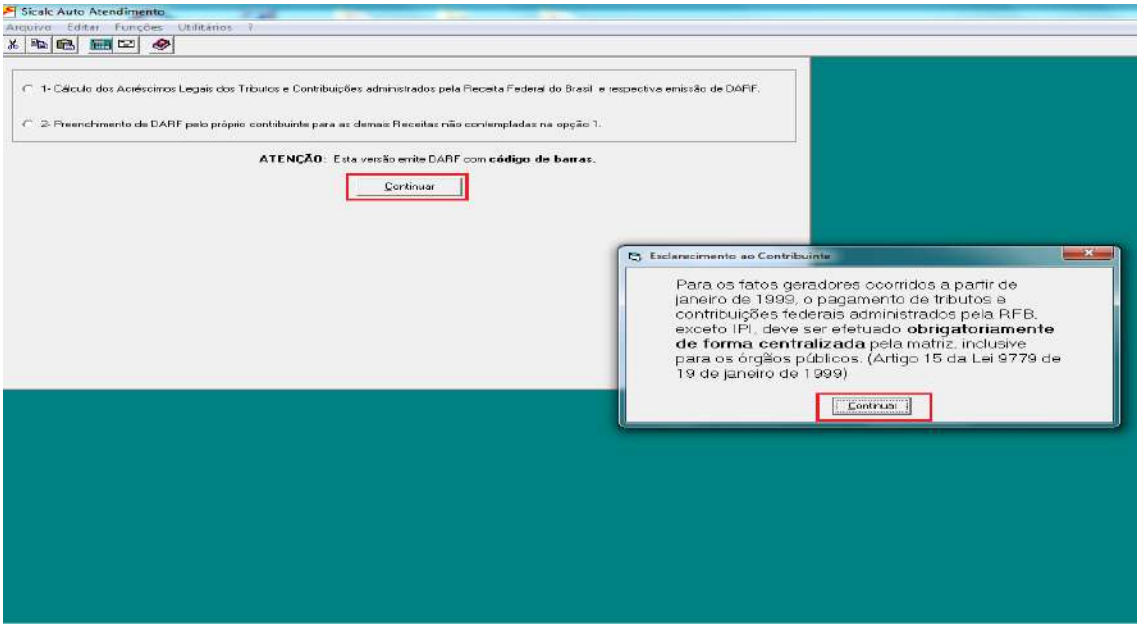


Avançar e Executar:

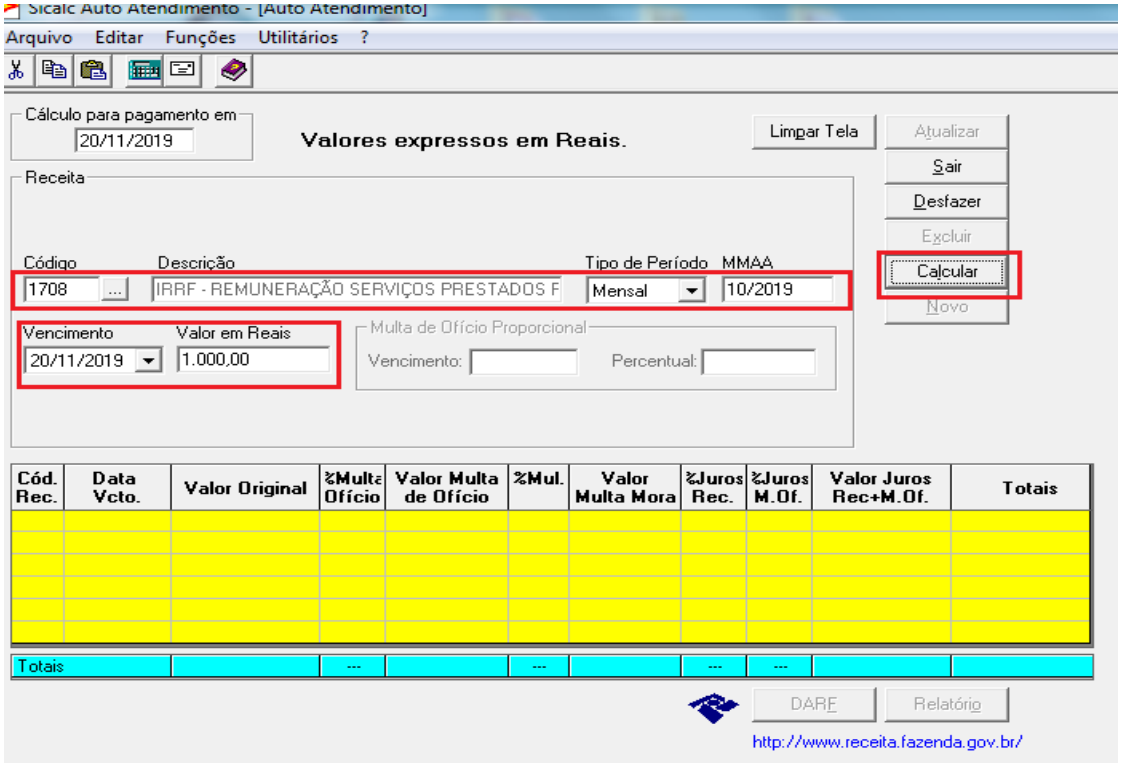
4) Após a criação da fatura, deve ser tirado o relatório simplificado da tela, contendo todos os lançamentos juntamente com a fatura. Para tal, deve-se mudar o layout da página de Padrão para o Fechamento de impostos:

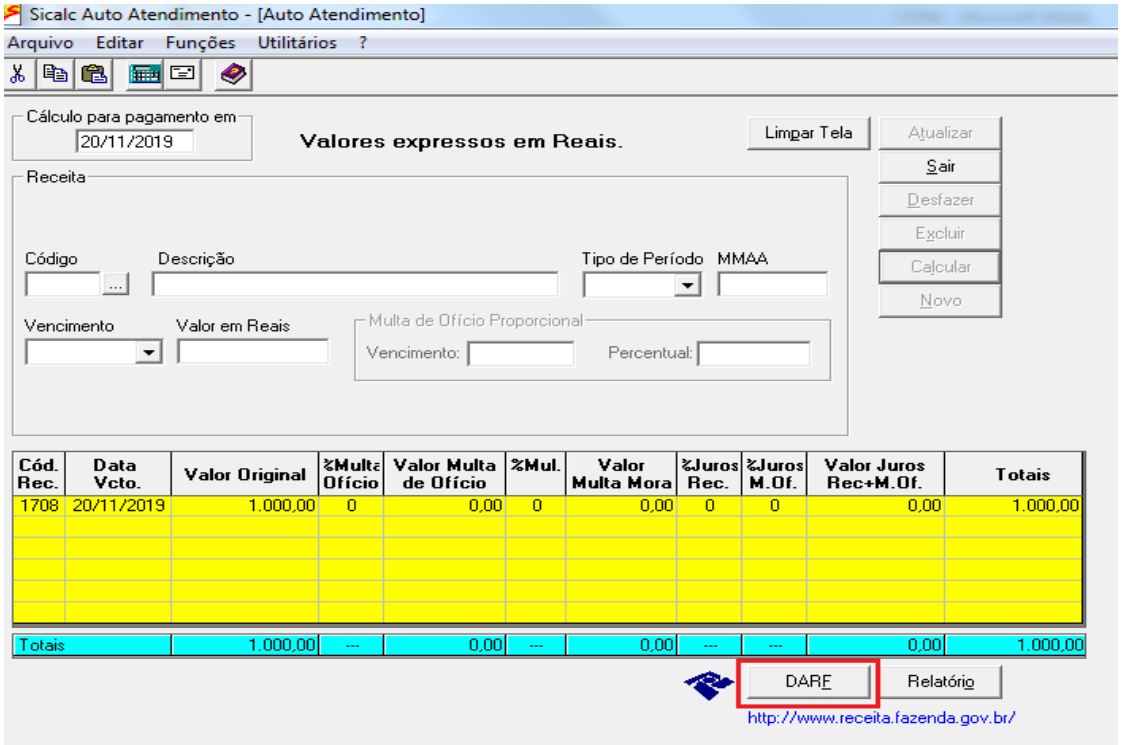


5) Salvar o relatório na pasta de imposto.
6) Em seguida, gerar a DARF do imposto no programa do Sicalc no código 1708, conforme telas abaixo:

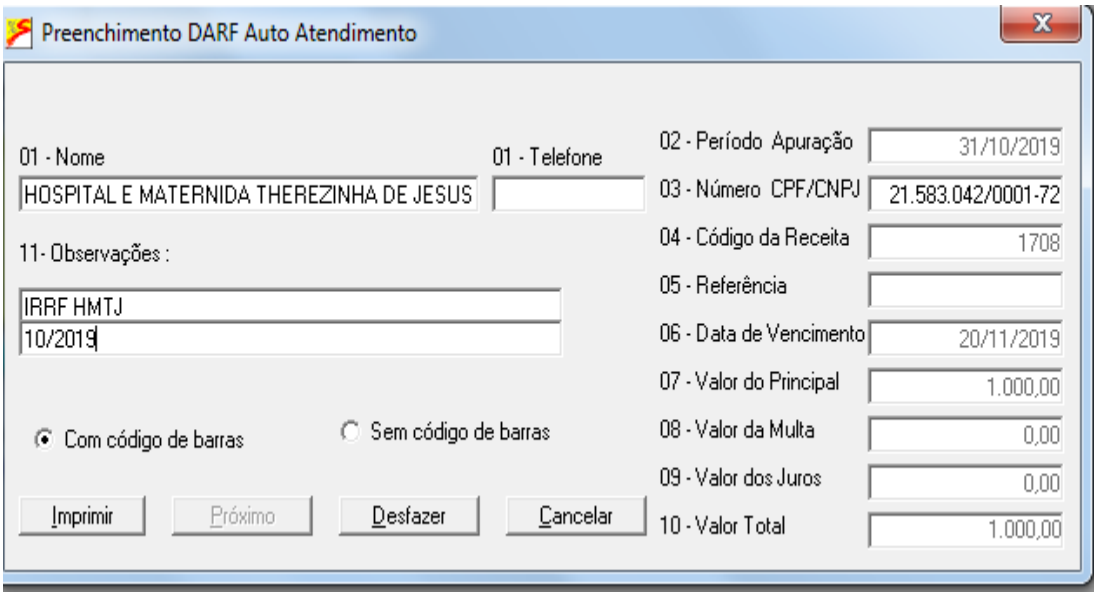


Preencher os dados para a geração da DARF e clicar em calcular:

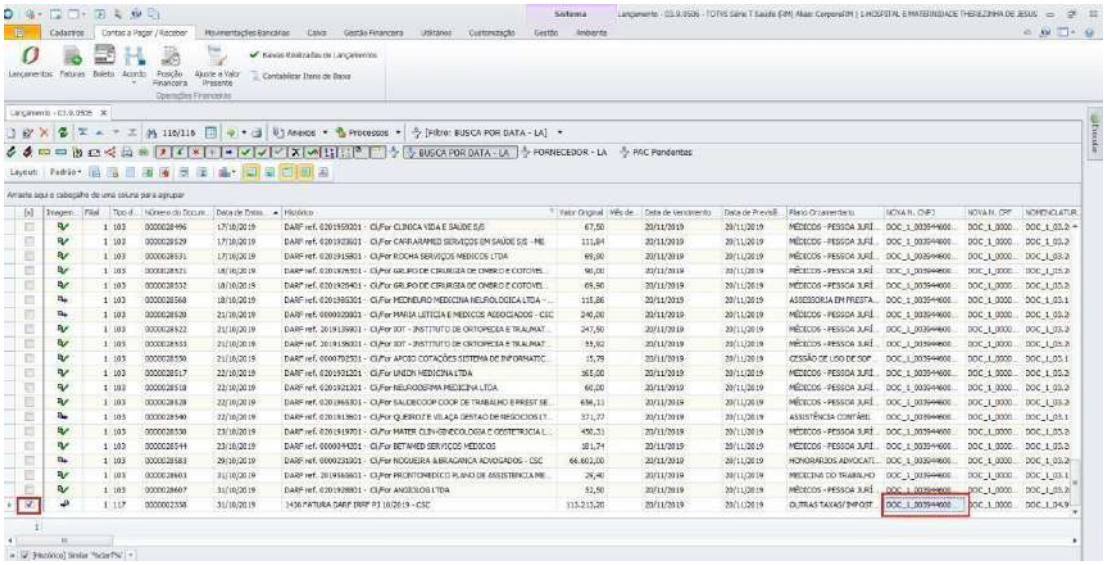


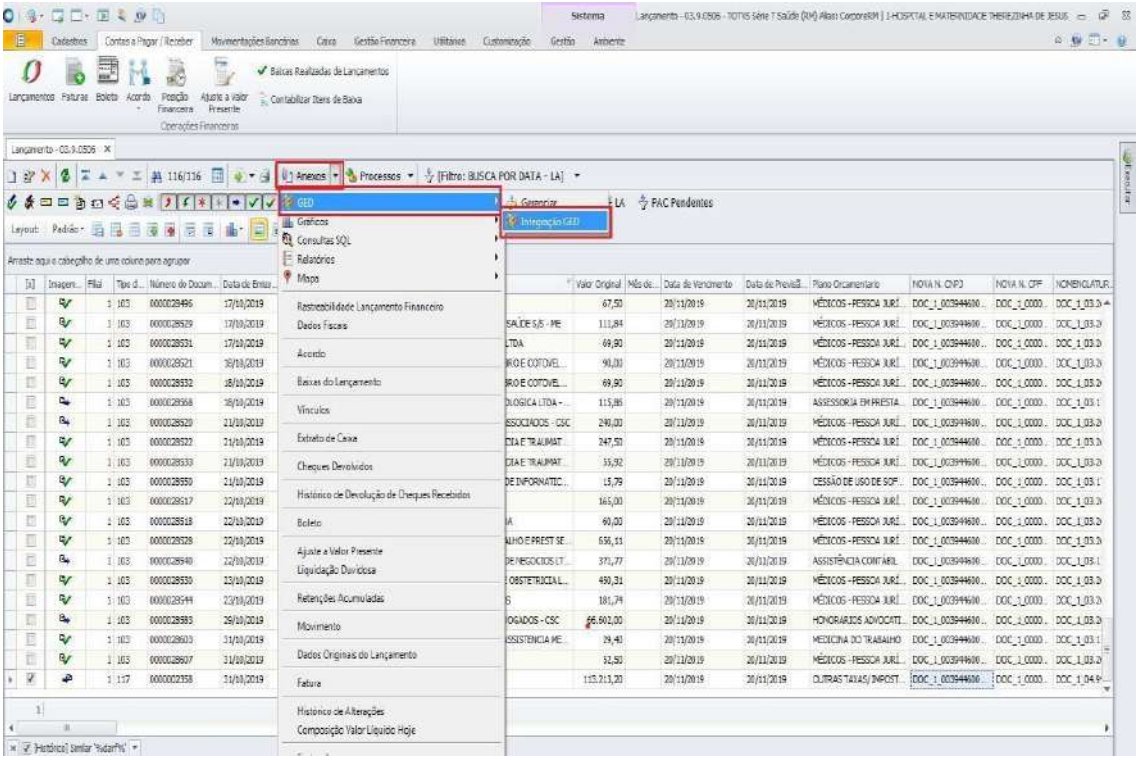


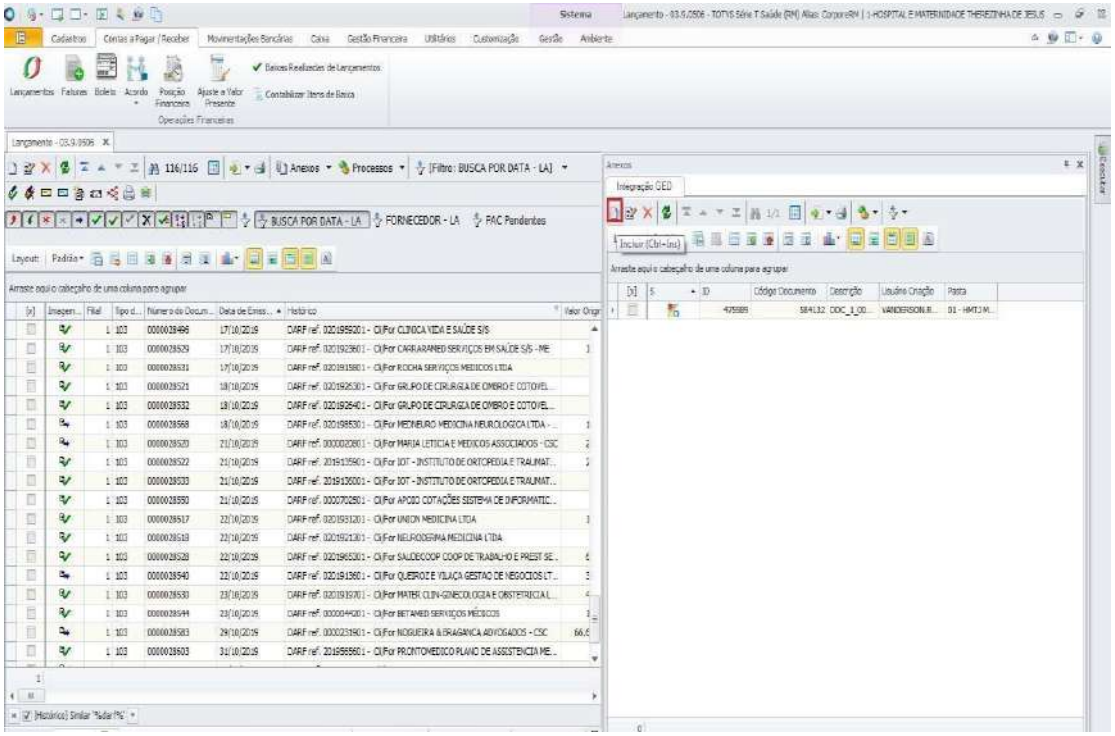
Clicar em DARF e aparecerá a tela abaixo, preencher com as informações da empresa:

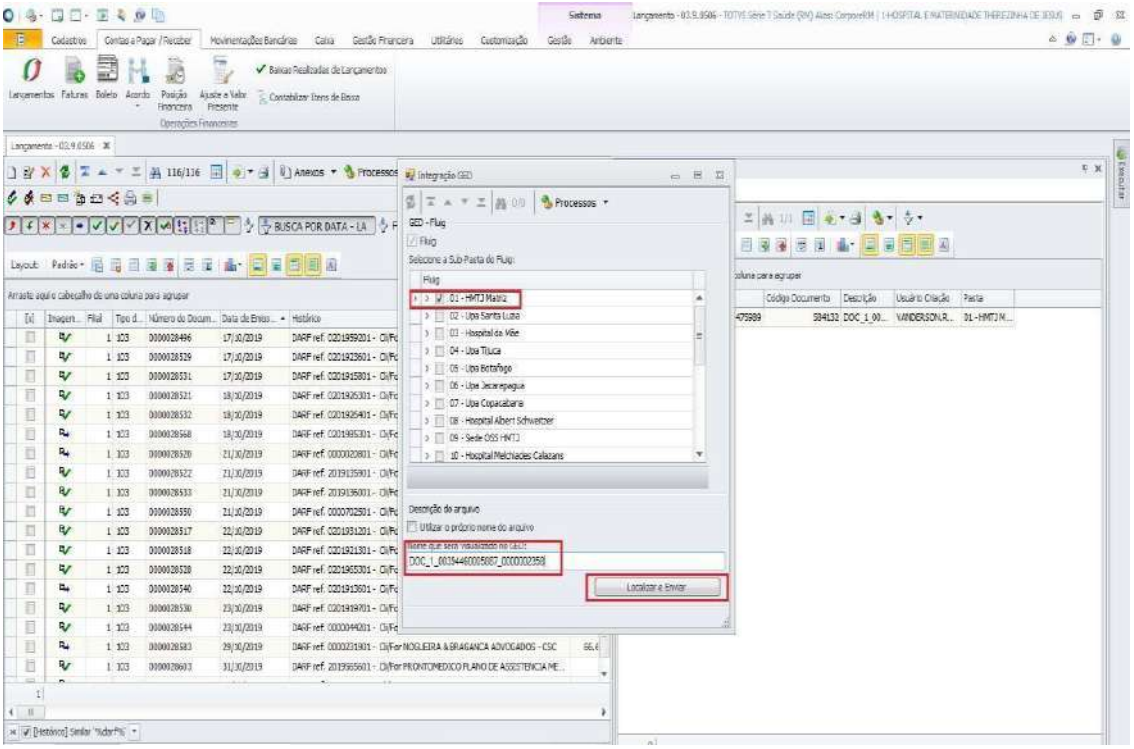


7) Juntar a guia gerada com o relatório salvo na pasta e anexar ao lançamento da fatura do RM:




Lançamentos
Faturas
Boleto
Acordo
Posição Financeira
Ajuste a Valor Presente
Baixas Realizadas de Lançamentos
Contabilizar Itens de Baixa
Operações Financeiras
Anexos
Processos
[Filtro: BUSCA POR DATA - LA]
GED
Integração GED
Gerenciar
FAC Pendentes
Gráficos
Consultas SQL
Relatórios
Mapa
Rastreabilidade Lançamento Financeiro
Dados Fiscais
Acordo
Baixas do Lançamento
Vínculos
Extrato de Caixa
Cheques Devolvidos
Histórico de Devolução de Cheques Recebidos
Boleto
Ajuste a Valor Presente
Liquidação Duvidosa
Retenções Acumuladas
Movimento
Dados Originais do Lançamento
Fatura
Histórico de Alterações
Composição Valor Líquido Hoje


Lançamentos
Faturas
Boleto
Acordo
Posição Financeira
Ajuste a Valor Presente
Baixas Realizadas de Lançamentos
Contabilizar Itens de Baixa
Operações Financeiras
Anexos
Processos
[Filtro: BUSCA POR DATA - LA]
BUSCA POR DATA - LA
FORNECEDOR - LA
FAC Pendentes
Integração GED



IV. Siglas e Definições

Software: Sistema interno;
NF: Nota fiscal;
RM: Sistema interno;
Site Sal: Site para cálculo do INSS – Sistema de acréscimos legais;
Programa Sicalc: Programa de emissão de guia DARF – Sistema de cálculo e acréscimos legais;
Fluig: Site para processos e anexo de documentos;
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social;
ISS: Imposto sobre Serviço;
ILove PDF: Site para juntar e separar arquivo;
IRRF: Imposto de renda retido na fonte;
CSRF: Contribuições Social Retidas na fonte.

V. Anexos

N/A

VI. Referências

http://sal.receita.fazenda.gov.br
https://www.pjf.mg.gov.br/
https://www.ilovepdf.com/pt/
http://hmtjfluig.dnsalias.com:8080/portal/home

I. Objetivos

Registrar controle de patrimônio.

II. Materiais

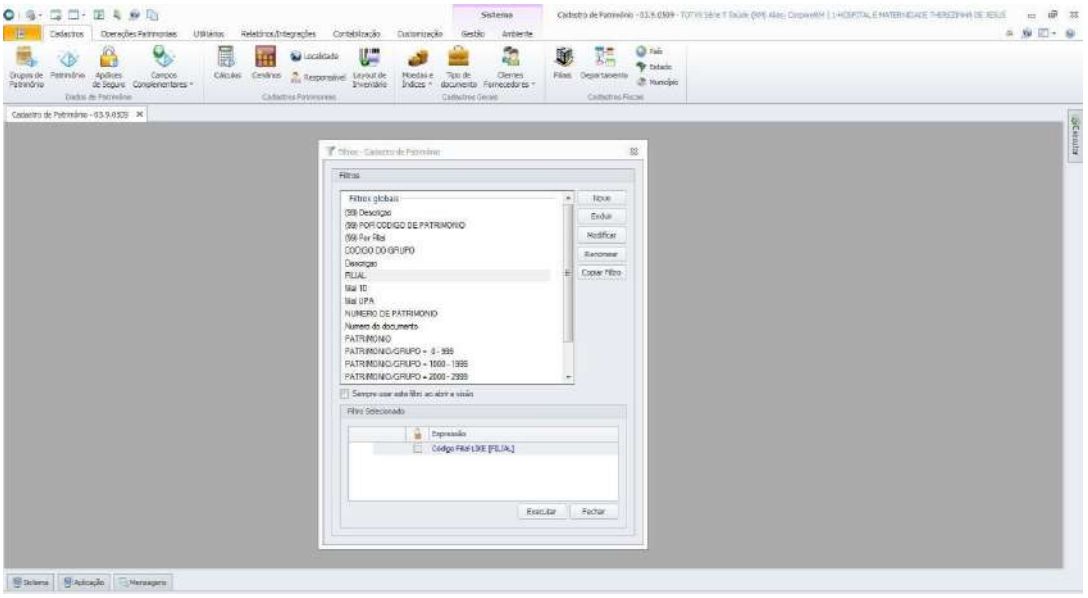
Equipamentos biomédicos, processamento de dados, software de gestão e material de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

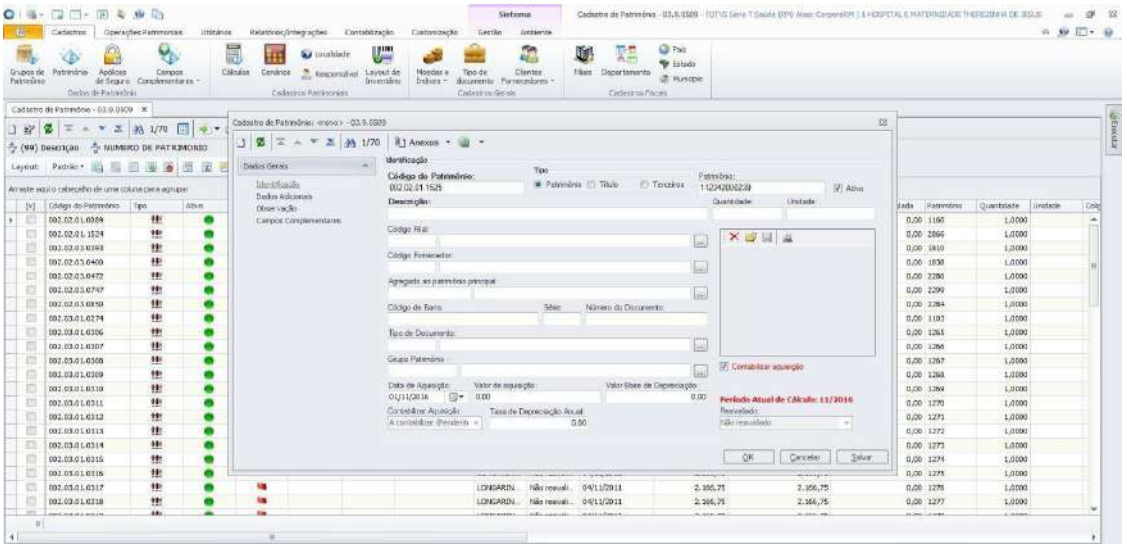
1) Para iniciar o cadastro do imobilizado, é preciso preencher a ficha de controle de patrimônio com todos os dados da nota fiscal e anexar junto à nota fiscal do ativo.

2) Para iniciar o cadastro do imobilizado. Clicar em: RM -> Gestão patrimonial -> Cadastro -> Patrimônios.

3) Selecionar a filial que desejar inserir os bens.

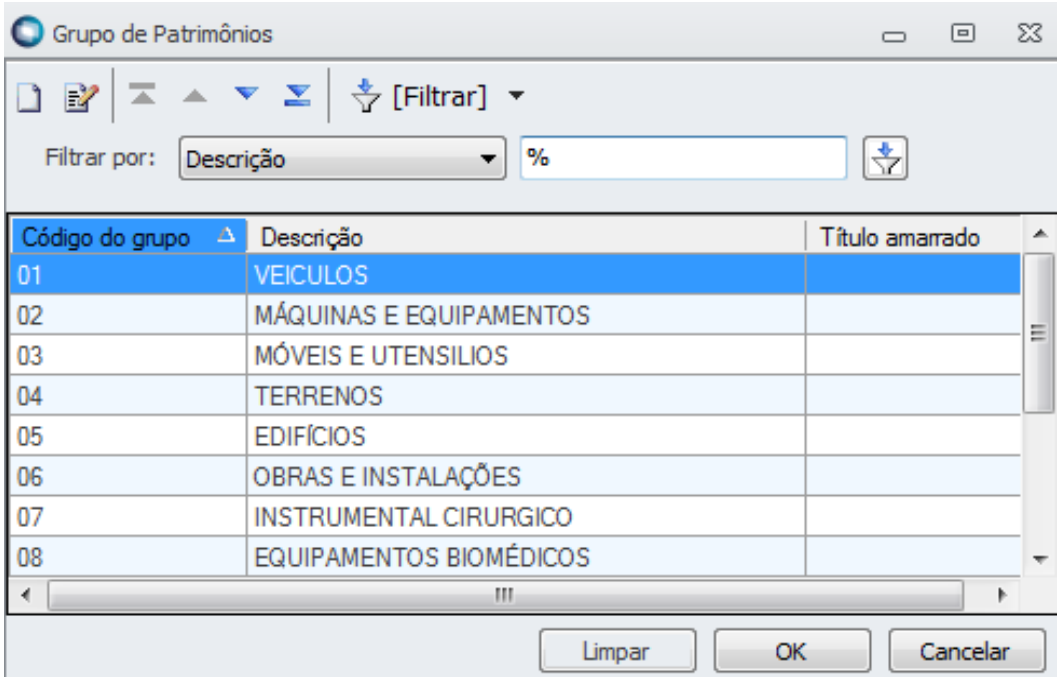


4) Preencher os campos do bem: Novo -> de acordo com os dados da nota fiscal do imobilizado.



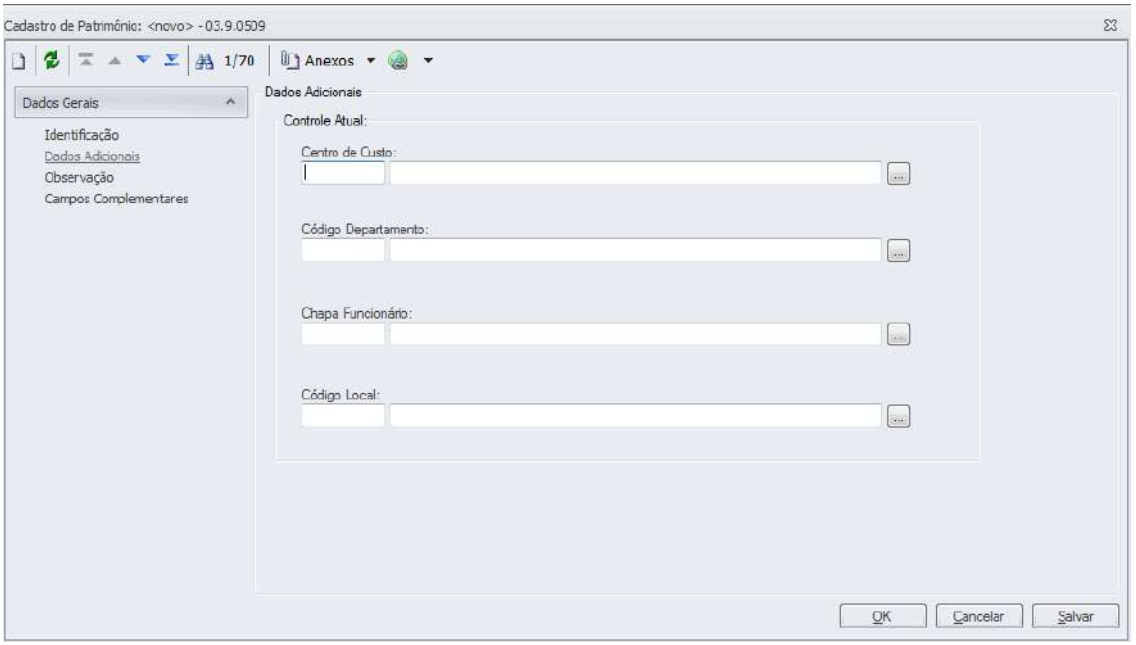
5) No campo IDENTIFICAÇÃO, preencher os itens: Códigos (nº automático), tipo, código do patrimônio (nº automático), descrição, quantidade, unidade, filial, fornecedor, agregado ao patrimônio principal, número do código de barra, série, número, tipo de documento, grupo patrimonial, data de aquisição, valor aquisição em R$ e valor base de depreciação. Ainda na mesma tela, adicionar imagem no espaço reservado para colocar a foto do bem.

6) No campo CONTAS, deve ser preenchido somente o campo de grupos de patrimônio, são eles: Veículos, máquinas e equipamentos, móveis e utensílios, entre outros. Para ver os itens disponíveis basta clicar no campo em branco, colocar um número qualquer, apertar a tecla “tab” e clicar na setinha ao lado do nome que aparecerá todas as opções disponíveis.



7) No campo DADOS P/ CÁLCULOS, não é necessário preencher nenhum item, pois o programa preenche automaticamente os itens de acordo com o que foi preenchido anteriormente.

8) No campo DADOS ADICIONAIS é necessário preencher os campos: Centro de custo, código de departamento, chapa do funcionário, responsável e código local, para preenchimento correto basta saber os departamentos da empresa e também de que forma esses departamentos são divididos. Para verificar os itens disponíveis no centro de custo, basta clicar no campo em branco e colocar o número 01 e apertar tab.



9) Já no item chapa funcionário (responsável), deverá ser preenchido manualmente e logo em seguida aperta tab para aparecer as opções. Caso não apareça nenhuma, o responsável não está cadastrado no programa ou o nome está escrito incorretamente.

10) No item localizações, é necessário ter uma tabela com os códigos das localizações (pois existe uma localização para cada unidade. A tabela está no anexo V). Com os códigos em mãos, basta colocar o código no campo em banco e apertar tab.

☑	55	HMTJ - HOSPITAL E CLINICA DA MÃE		Sim	Interna
☑	56	HMTJ - UPA TIJUCA		Sim	Interna
☑	57	HMTJ - UPA BOTAFOGO		Sim	Interna
☑	58	HMTJ - UPA JACAREPAGUÁ		Sim	Interna
☑	59	HMTJ - UPA COPACABANA		Sim	Interna
☑	60	HMTJ - HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER		Sim	Interna
☑	61	HMTJ - UNIDADE CENTRAL OSS RJ		Sim	Interna
☑	62	HMTJ - HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS		Sim	Interna
☑	63	HMTJ - HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART		Sim	Interna
☑	64	HMTJ - HOSPITAL ESTADUAL DE SAQUAREMA		Sim	Interna

11) No campo CAMPOS COMPLEMENTARES e OBSERVAÇÕES não é necessário o preenchimento, ao menos que exista algo de suma importância a escrever sobre aquele determinado bem e/ou o mesmo tenha sofrido alguma alteração.

12) Feito todos os passos anteriores basta clicar em SALVAR e OK.

IV. Siglas e Definições

UPA: Unidade de pronto atendimento;
HMTJ: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

V. Anexos

Anexo 1 – Ficha de controle de patrimônio.

VI. Referências

Sistema TOTVS (RM).

I. Objetivos

Conciliar no sistema RM Gestão Contábil todas as informações de custos e despesas ocorridas no mês de competência, exceto a parte relacionada a consumo de material.

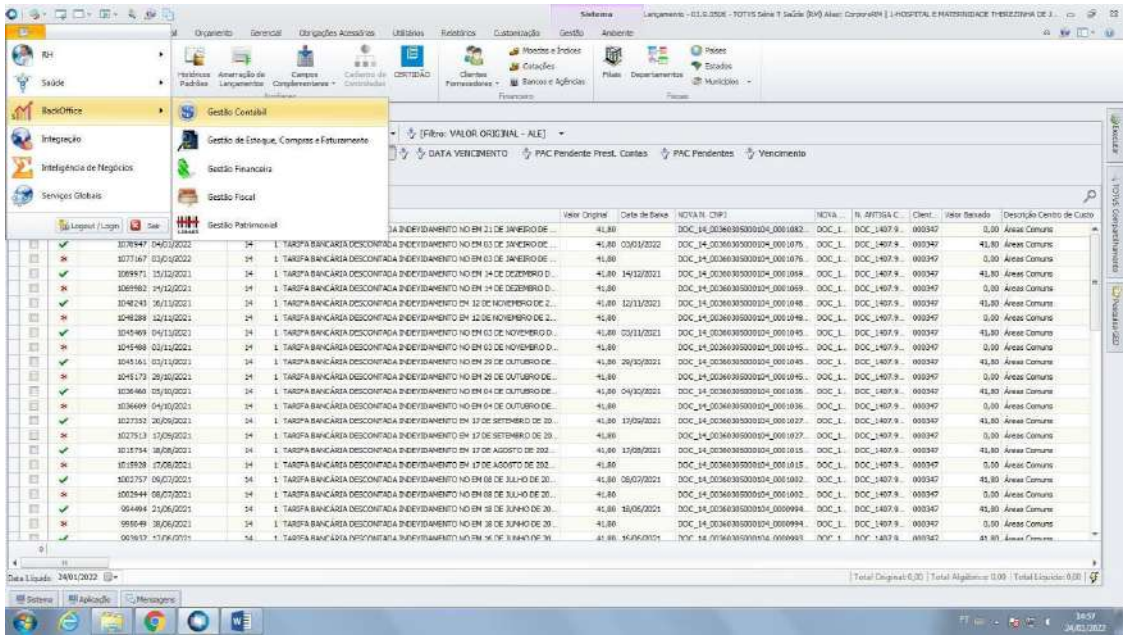
II. Materiais

Computador, Software, Nota Fiscal, RM Gestão Contábil.

III. Descrição dos passos da atividade

1 – Integrar os lotes no RM de nº 1130/1200/1202/1261/1262/1270/2110 e os lotes referentes ao Departamento Pessol gerado da competenca relacionada ao custo a serem conferidos.

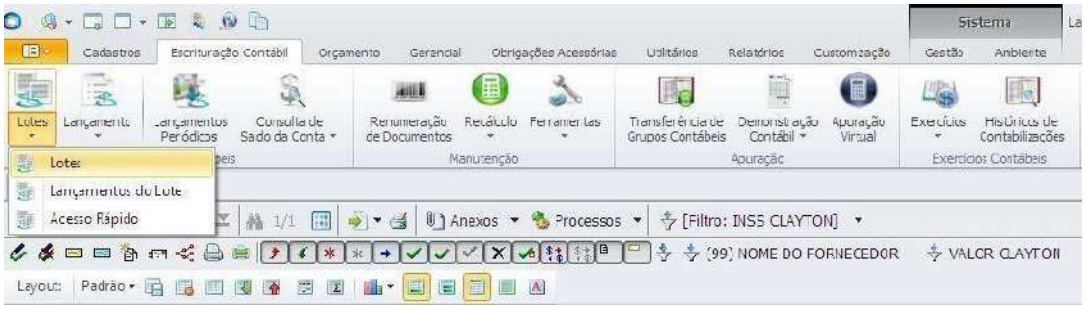
2 – Imprimir balancete do mês de competência no RM Gestão Contábil utilizando o seguinte passo:



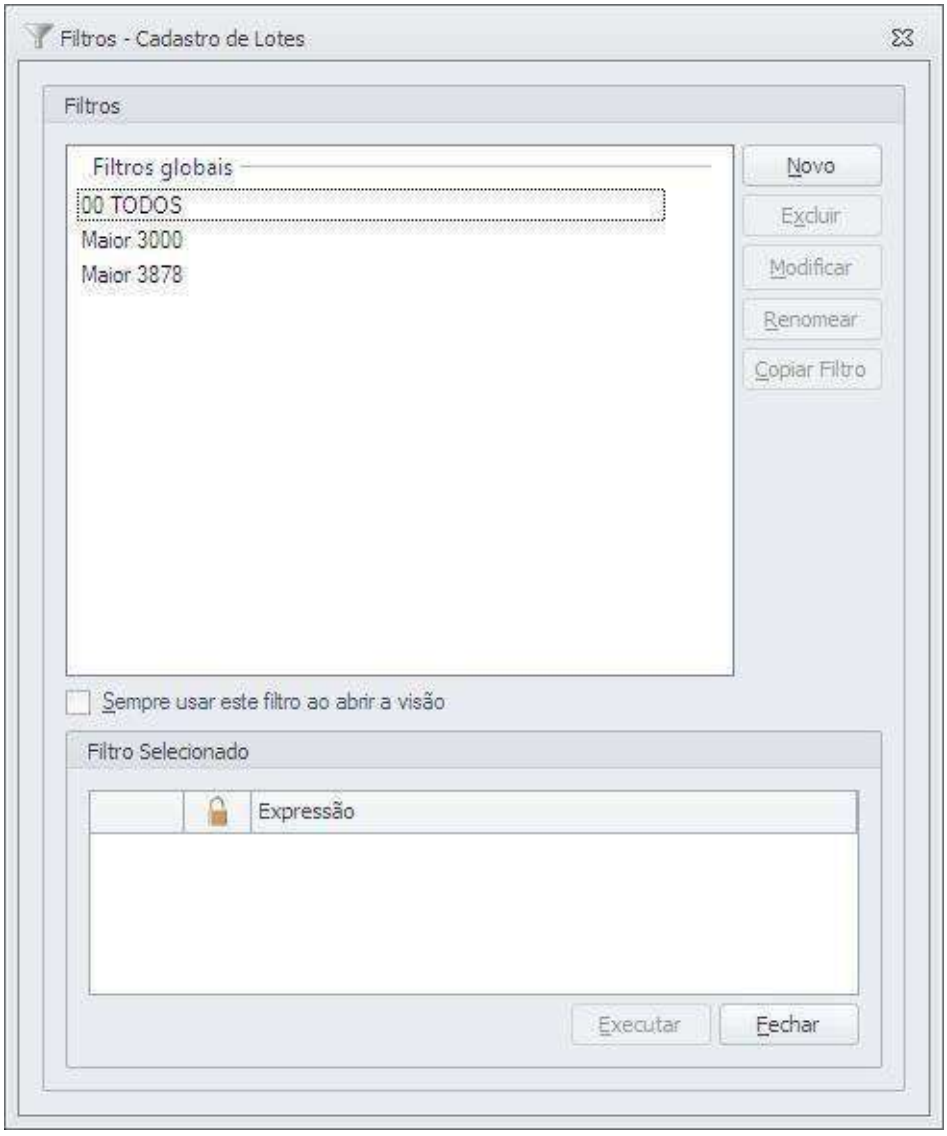
Fazer a conferencia das contas de debitos e credito das contas de fornecedores conciliando com as entradas de notas fiscais qu entraram na competencia vigente

3 – Conciliar o grupo contábil de resultado (Custos e Despesas).

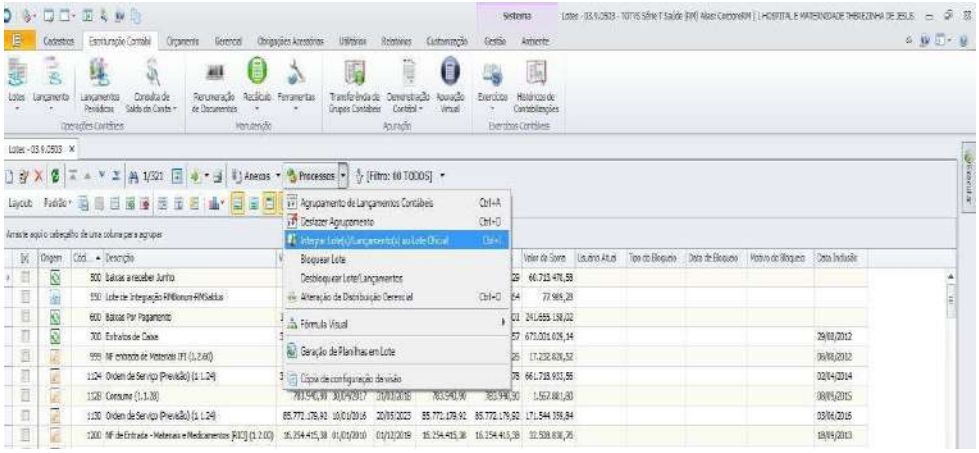
1 - Clicar em Escrituração Contábil, Lotes e lotes.



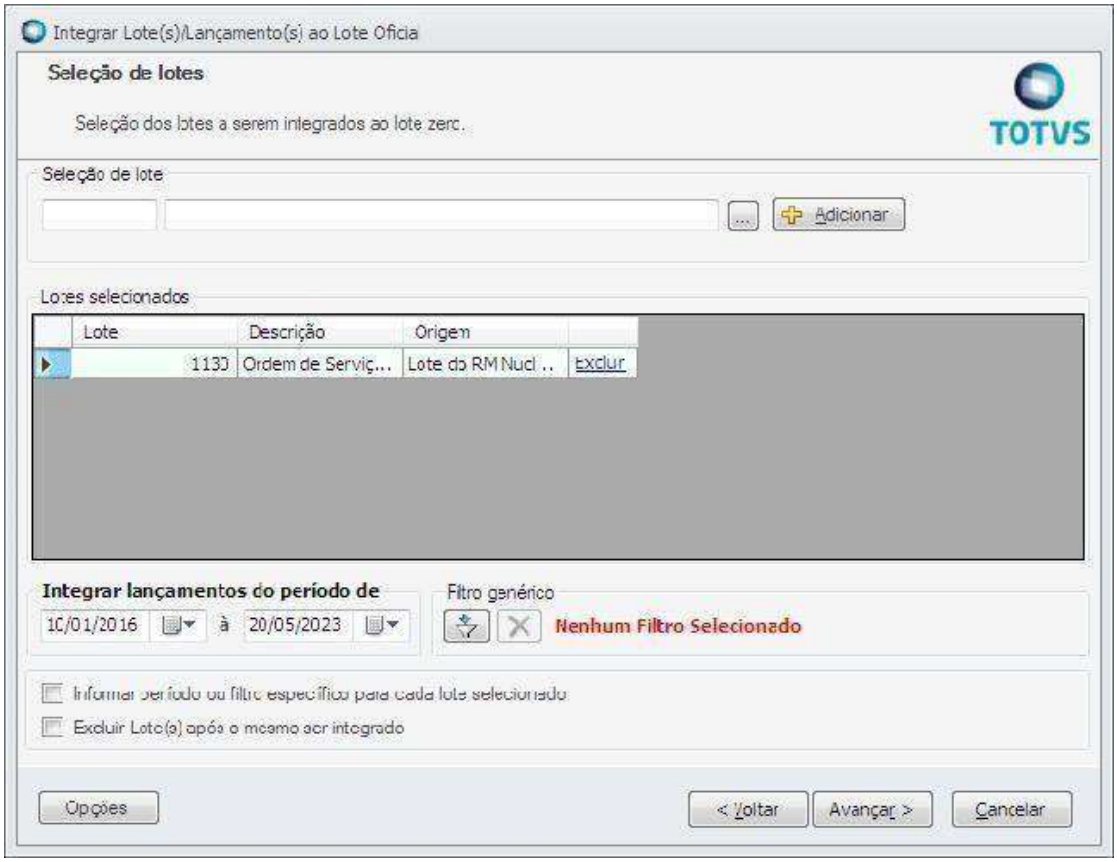
2 - Clicar no filtro "TODOS" e executar.



3 - Selecionar os lotes e clicar em processos/integrar lote ao lote oficial.

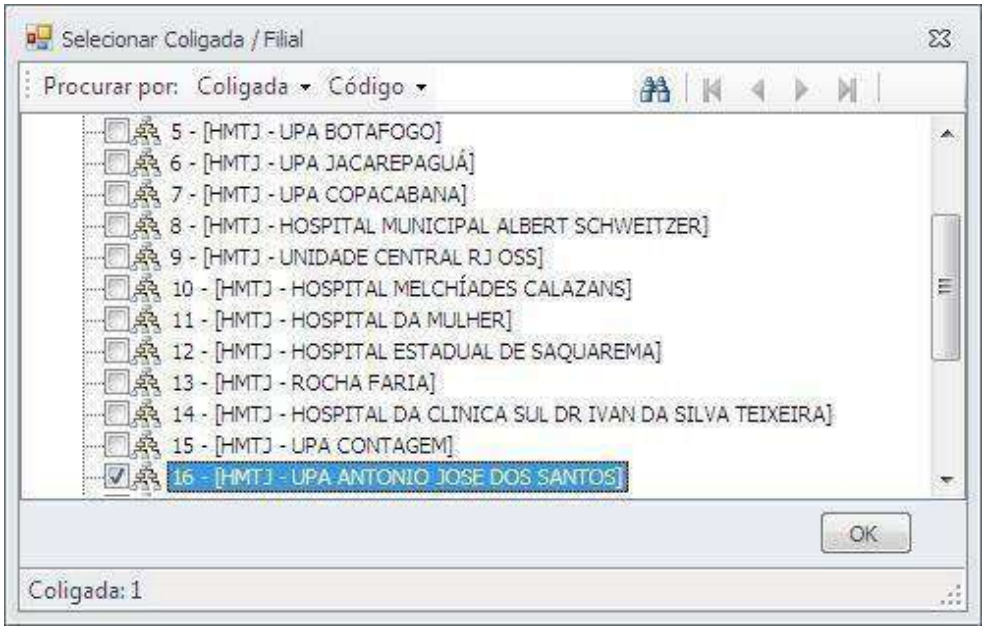


4 - Selecionar filial e data e clicar em avançar.

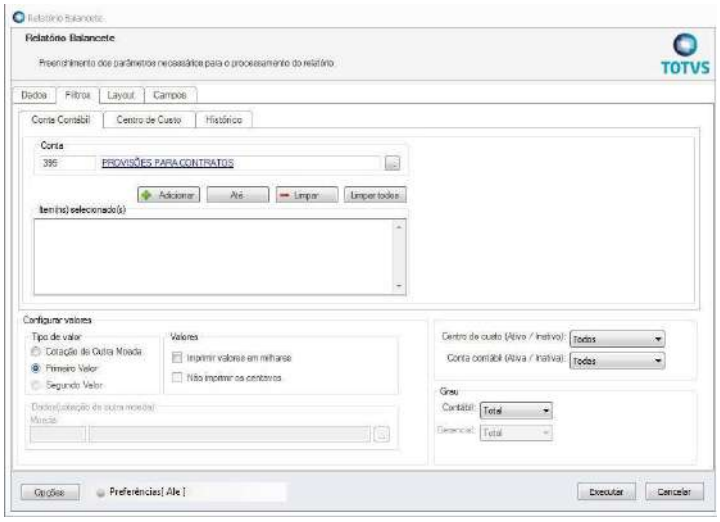


5 - Após integração, gerar o balancete clicando em relatórios balancete.

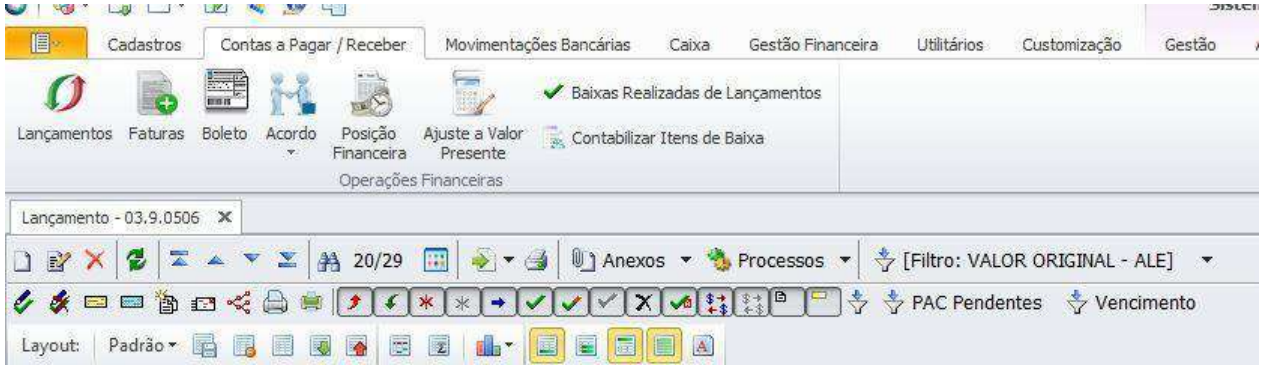
6 - Selecionar o mês e a filial a ser analisada.

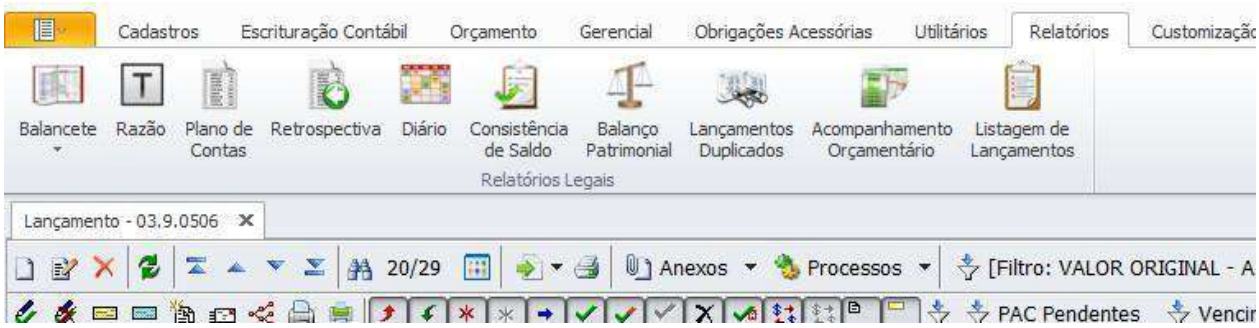


Em filtros inserir a conta 395 – Provisões para contratos:



7 - Analisar os dados emitindo um relatório razão[1] de cada conta conforme notas fiscais e relatórios recebidos consultando no módulo gestão financeira buscando por fornecedor[2] e o balancete analisar o grupo 3.





3.2.1.1.02	557	PESSOAL TERCEIRIZADO	9.481.314,80	0,00	0,00	9.481.314,80
3.2.1.1.02.0002	2036	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	9.476.748,80	0,00	0,00	9.476.748,80
3.2.1.1.02.0004	2038	MULTIPROFISSIONAIS - PF	4.566,00	0,00	0,00	4.566,00
3.2.1.1.03	559	ENCARGOS SOCIAIS	627.168,03	0,00	0,00	627.168,03
3.2.1.1.03.0001	560	FGTS	627.168,03	0,00	0,00	627.168,03
3.2.1.1.04	562	CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS	0,00	0,00	0,00	0,00
3.2.1.1.04.0001	563	ISENÇÃO DE QUOTA PATRONAL	2.258.825,19	0,00	0,00	2.258.825,19
3.2.1.1.04.0002	564	ISENÇÃO DO RAT	112.942,60	0,00	0,00	112.942,60
3.2.1.1.04.0003	2041	ISENÇÃO DE CONTR. OUTRAS ENTIDAD	659.056,76	0,00	0,00	659.056,76
3.2.1.1.04.0004	2042	ISENÇÃO DE CONTRIB. PREVIDENCIÁR	3.030.824,55-	0,00	0,00	3.030.824,55-
3.2.1.1.05	565	MEDICAMENTOS E MATERIAIS	6.795.592,73	0,00	0,00	6.795.592,73
3.2.1.1.05.0001	566	DROGAS E MEDICAMENTOS	2.639.808,65	0,00	0,00	2.639.808,65
3.2.1.1.05.0002	567	MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	2.604.713,94	0,00	0,00	2.604.713,94
3.2.1.1.05.0003	568	GASES MEDICINAIS	263.694,12	0,00	0,00	263.694,12
3.2.1.1.05.0005	2044	DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS	211.152,17	0,00	0,00	211.152,17
3.2.1.1.05.0006	2569	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPE	1.074.185,85	0,00	0,00	1.074.185,85
3.2.1.1.05.0007	2588	MANIPULAÇÃO	2.038,00	0,00	0,00	2.038,00
3.2.1.1.06	570	OUTROS MATERIAIS DE APOIO	2.042.993,02	0,00	0,00	2.042.993,02
3.2.1.1.06.0001	571	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	930.186,53	0,00	0,00	930.186,53
3.2.1.1.06.0002	572	MATERIAL DE LIMPEZA	255.101,84	0,00	0,00	255.101,84
3.2.1.1.06.0003	573	MATERIAL DE EXPEDIENTE	120.685,84	0,00	0,00	120.685,84
3.2.1.1.06.0004	574	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	294.701,94	0,00	0,00	294.701,94
3.2.1.1.06.0005	575	GÁS DE COZINHA	57.246,99	0,00	0,00	57.246,99
3.2.1.1.06.0006	576	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	310.285,19	0,00	0,00	310.285,19

IV. Siglas e Definições

NA

V. Anexos

NA

VI. Referências

RM Gestão Contábil

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Estorno de nota fiscal.			
Responsável: Contabilidade	**Código:** POP CNT 013	**Revisão:** 01	**Data:** 22/01/2022

I. Objetivos

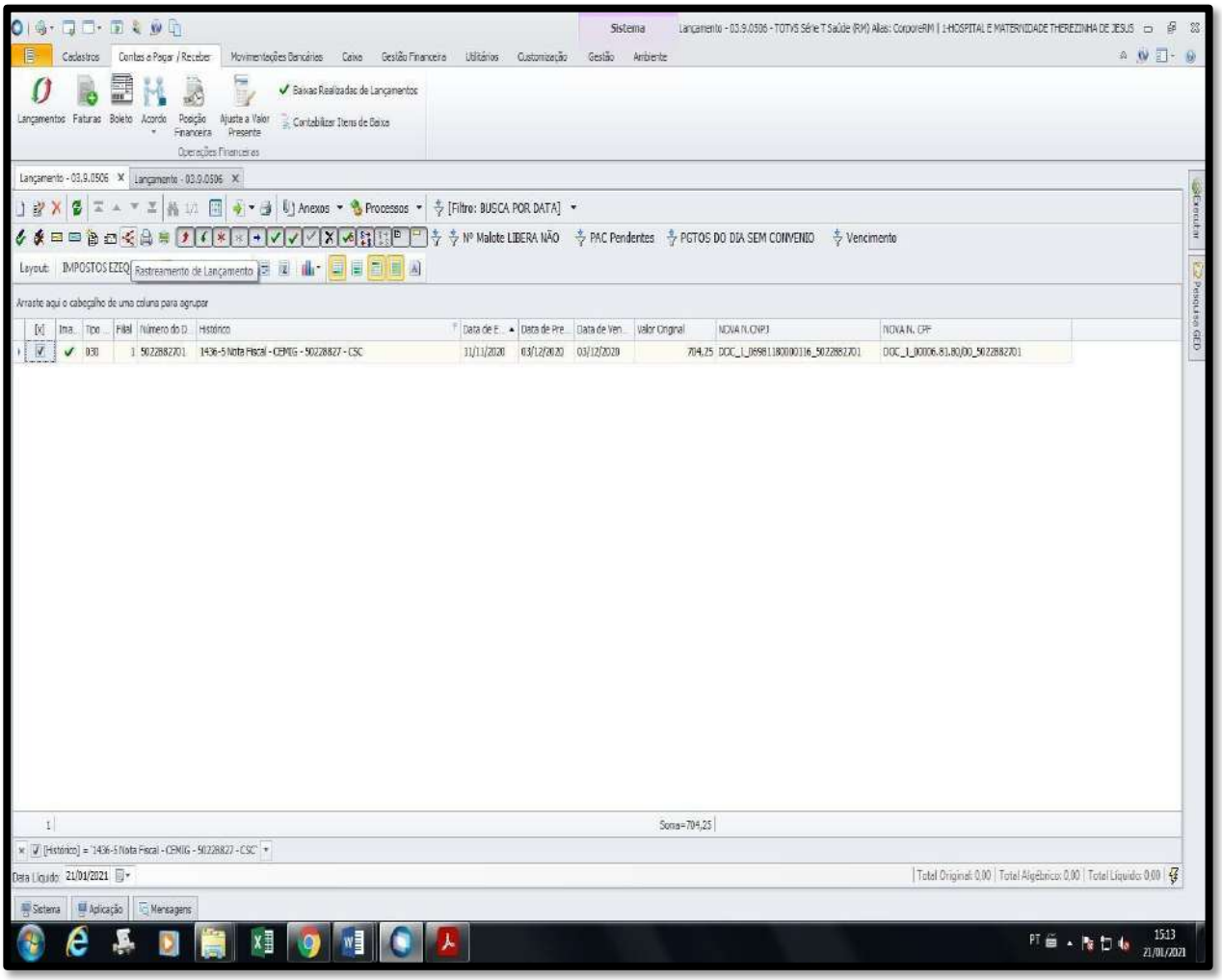
Desmontar como estornar e excluir toda operação contábil de um lançamento uma vez que este já foi contabilizado. Nota: Só será possível alterar dados de um lançamento já contabilizado como por exemplo (CNPJ, centro de custo, data de vencimento e etc.), após estornar a contabilização do lançamento.

II. Materiais

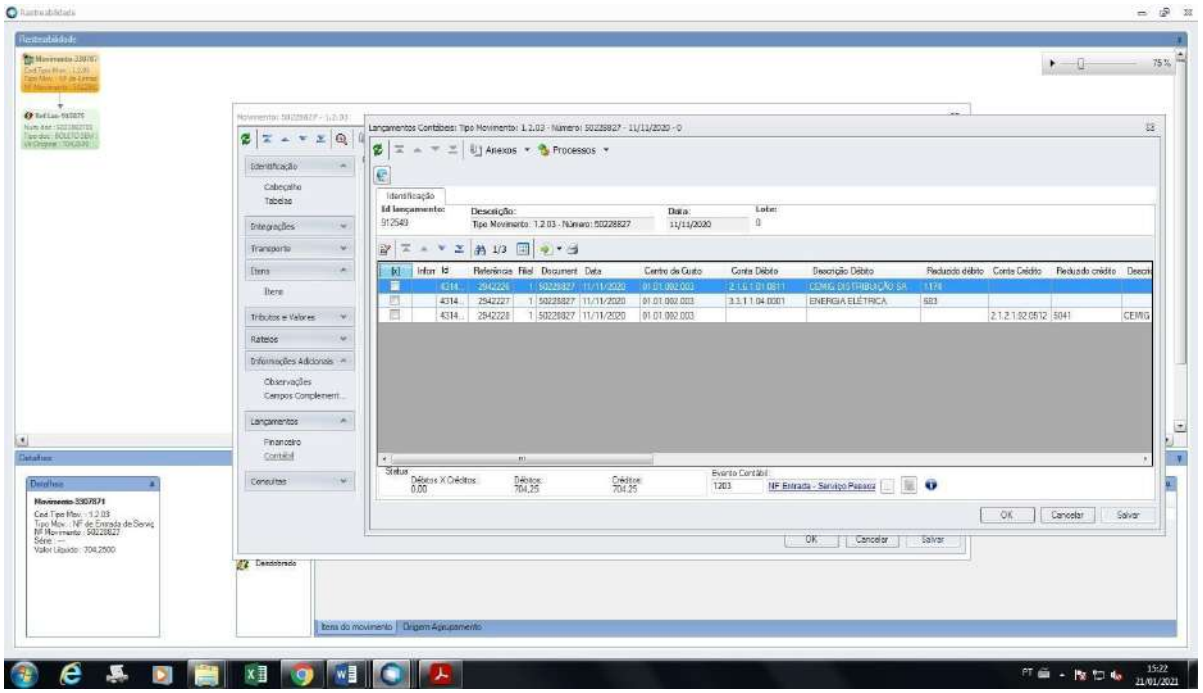
Computador, Programa TOTVS e Colaborador capacitado.

III. Descrição dos passos da atividade

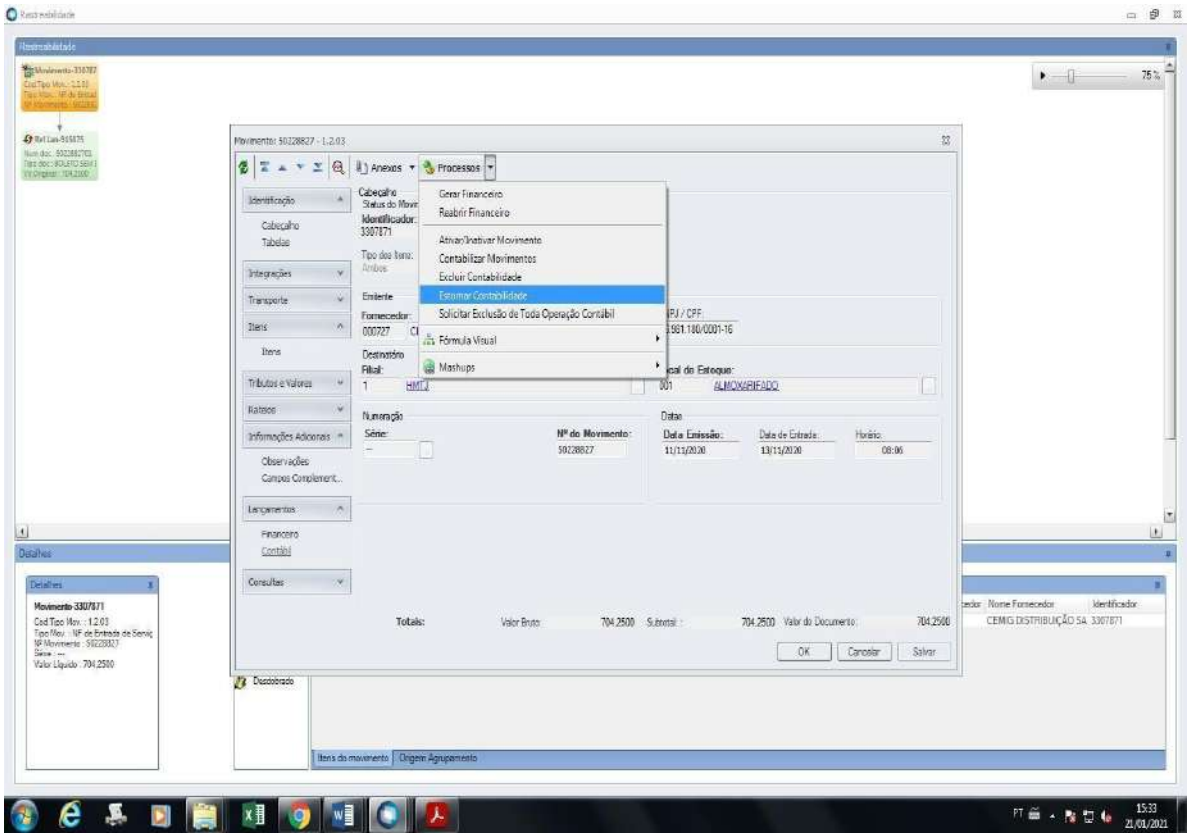
1 – Localizar o lançamento a ser estornado (Backoffice – gestão financeira – contas a pagar - lançamentos – aplicar filtro) selecionar o lançamento e clicar no botão rastreamento de lançamento.



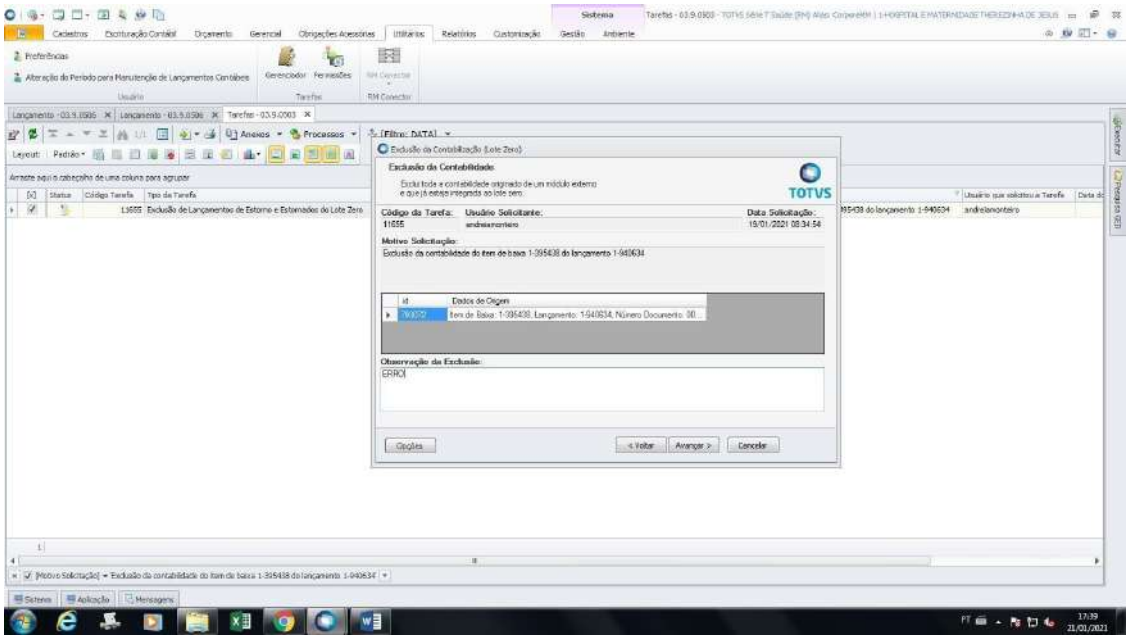
2 - Assim que o lançamento for rastreado vai abrir uma segunda tela contendo um ou mais ícones em forma de caixa de diálogo, clicar no ícone com nome MOVIMENTO e ir na aba lançamento sub aba contábil, printar os lançamentos contabilizados, e salvar a imagem na pasta correspondente.



3 – Ainda dentro do lançamento, ir na aba processos e clicar na opção estornar contabilidade, após concluir o estorno da nota clicar em solicitar exclusão de toda operação contábil.



4 – Em seguida ir em (Backoffice – gestão contábil – utilitários – gerenciador – filtrar por data), selecionar o evento de Exclusão de Lançamentos de Estorno e Estornados do Lote Zero, clicar em; processo – executar tarefa, em seguida vai abrir uma nova tela aonde devemos avançar e inserir a palavra ERRO no campo de observação da exclusão, depois avançar e concluir.



IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

I. Objetivos

Conhecimento e prática no programa RM para lançamento de notas fiscais de produtos adquiridos.

II. Materiais

Computador, Software, Nota Fiscal, Calculadora e profissional responsável pelo lançamento.

III. Abrangência

Todos os setores da unidade que fazem lançamento de nota fiscal de produtos.

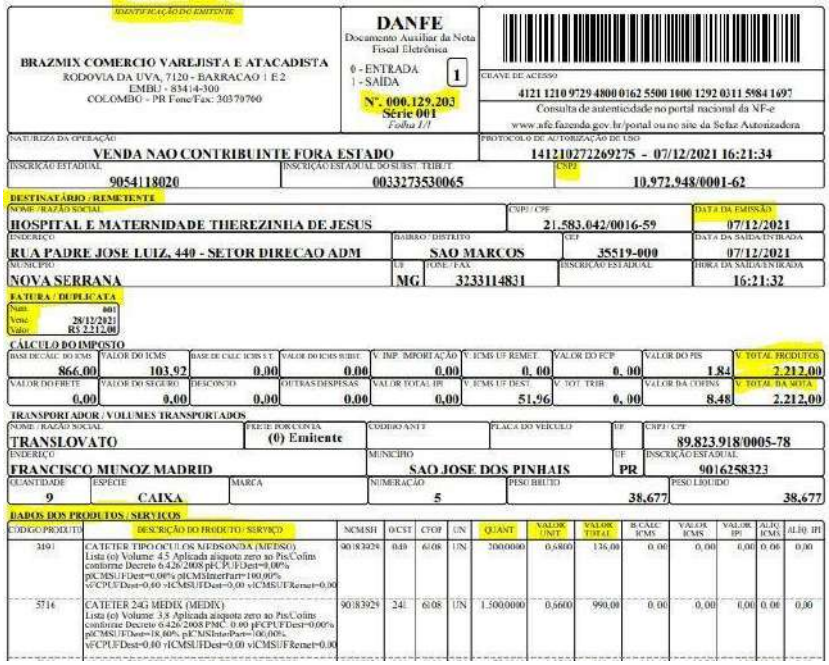
IV. Descrição dos passos da atividade

1) Análise de nota fiscal de produtos e dos documentos obrigatórios para lançamento no sistema.

As notas fiscais de produtos na maioria das vezes são eletrônicas. Para o lançamento das mesmas no sistema, há a necessidade de além do documento fiscal ter a ordem de compra e a cotação.

Elucidação dos documentos necessários e identificação dos pontos principais.

A) Nota fiscal:



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E ATACADISTA
RODOVIA DA UVA, 7120 - BARRACAO 1 E 2
EMBU - 83414-300
COLOMBO - PR Fone/Fax: 30379760

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº. 000.129.203
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
4121 1210 9729 4800 0162 5500 1000 1292 0311 5984 1697
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA NAO CONTRIBUINTE FORA ESTADO	141210272269275 - 07/12/2021 16:21:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
9054118020	0033273530065	10.972.948/0001-62

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			21.583.042/0016-59	07/12/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
RUA PADRE JOSE LUIZ, 440 - SETOR DIRECAO ADM	SAO MARCOS		35519-000	07/12/2021
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
NOVA SERRANA	MG	3233114831		16:21:32

FATURA / DUPLICATA

Núm.	001
Venc.	28/12/2021
Valor	R$ 2.212,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
866,00	103,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,84	2.212,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**V. ICMS UF DEST.**	**V. TOT. TRIB.**	**VALOR DA COFINS**	**V. TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	51,96	0,00	8,48	2.212,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
TRANSLOVATO	(0) Emitente				89.823.918/0005-78
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FRANCISCO MUNOZ MADRID	SAO JOSE DOS PINHAIS			PR	9016258323

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
9	CAIXA		5	38,677	38,677

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
3191	CATETER TIPO OCULOS MEDSONDA (MEDSO) Lista (o) Volume 4,5 Aplicada alíquota zero ao Pis/Cofins conforme Decreto 6.426/2008 pICPUFDest=0,00% pICMSUFDest=0,00% pICMSInterPart=100,00% vICPUFDest=0,00 vICMSUFDest=0,00 vICMSUFRemet=0,00	90183229	049	6108	UN	5000000	0,6800	136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5714	CATETER 24G MEDIX (MEDIX) Lista (o) Volume 3,8 Aplicada alíquota zero ao Pis/Cofins conforme Decreto 6.426/2008 PMC 0,00 pICPUFDest=0,00% pICMSUFDest=18,00% pICMSInterPart=100,00% vICPUFDest=0,00 vICMSUFDest=0,00 vICMSUFRemet=0,00	90183929	241	6108	UN	1.5000000	0,6600	990,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Pontos de atenção para identificação no lançamento:

- Número da nota fiscal;
- Data da emissão;
- Informações do emitente da nota fiscal;
- Informações do destinatário/remetente da nota fiscal;
- Informações da forma de pagamento;
- Informações do valor total da nota fiscal;
- Informações dos dados dos produtos, como a quantidade, valor unitário, valor total e descrição;

OBS: Todos os lançamentos de notas fiscais no sistema **DEVEM** ser o espelho do documento fiscal, ou seja, nota fiscal e sistema devem ser iguais.

B) Ordem de compra (Disponibilizado pelo setor de suprimentos no sistema):

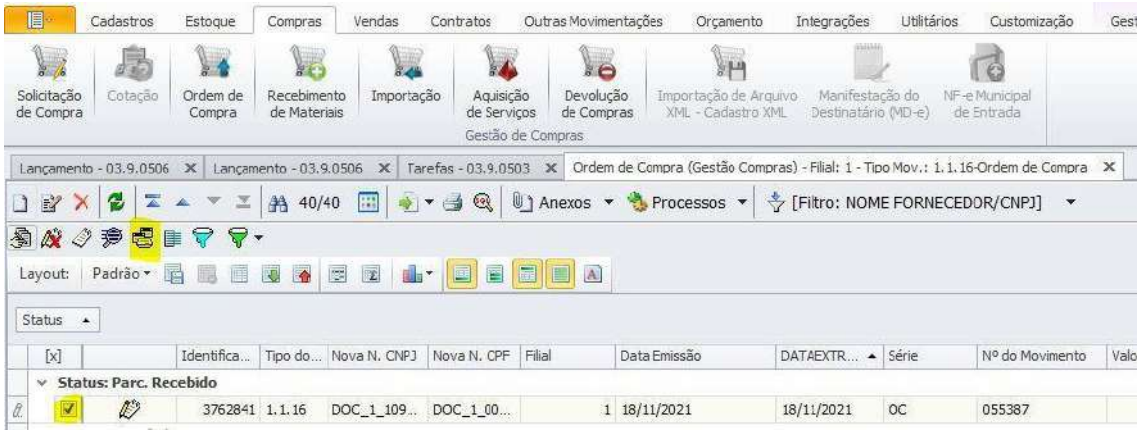
Identificar de acordo com a nota fiscal qual é a ordem de compra lançada no sistema que se refere a essa aquisição. Conferir se as informações dos produtos estão iguais ao da nota fiscal. Extrair do sistema a ordem de compra para anexar juntamente com o documento fiscal (extrair antes de efetuar o lançamento da nota fiscal).

Para extrair:

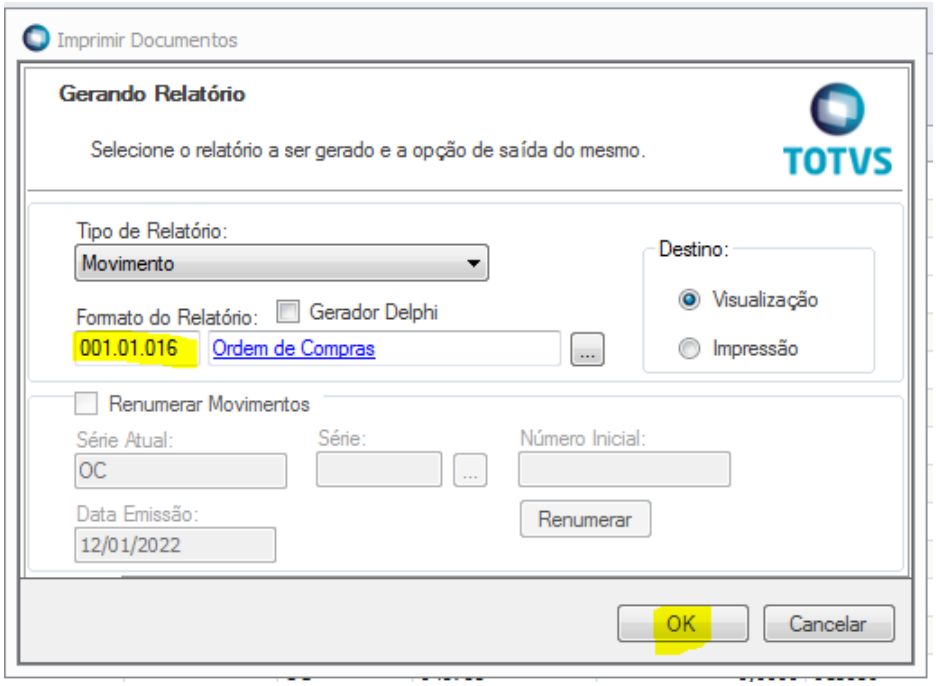
- Ir em Backoffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento.

- Ir em compras -> Ordem de compra.

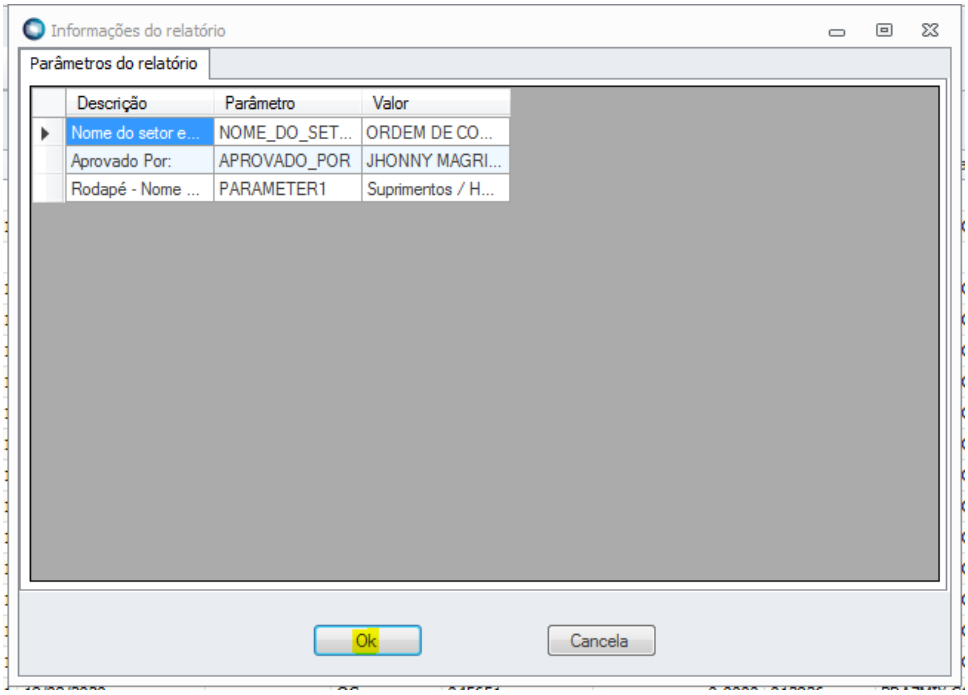
- Pesquisar pelo fornecedor e selecionar o lançamento que deseja extrair a ordem de compra antes do lançamento da nota fiscal e clica em imprimir documentos.



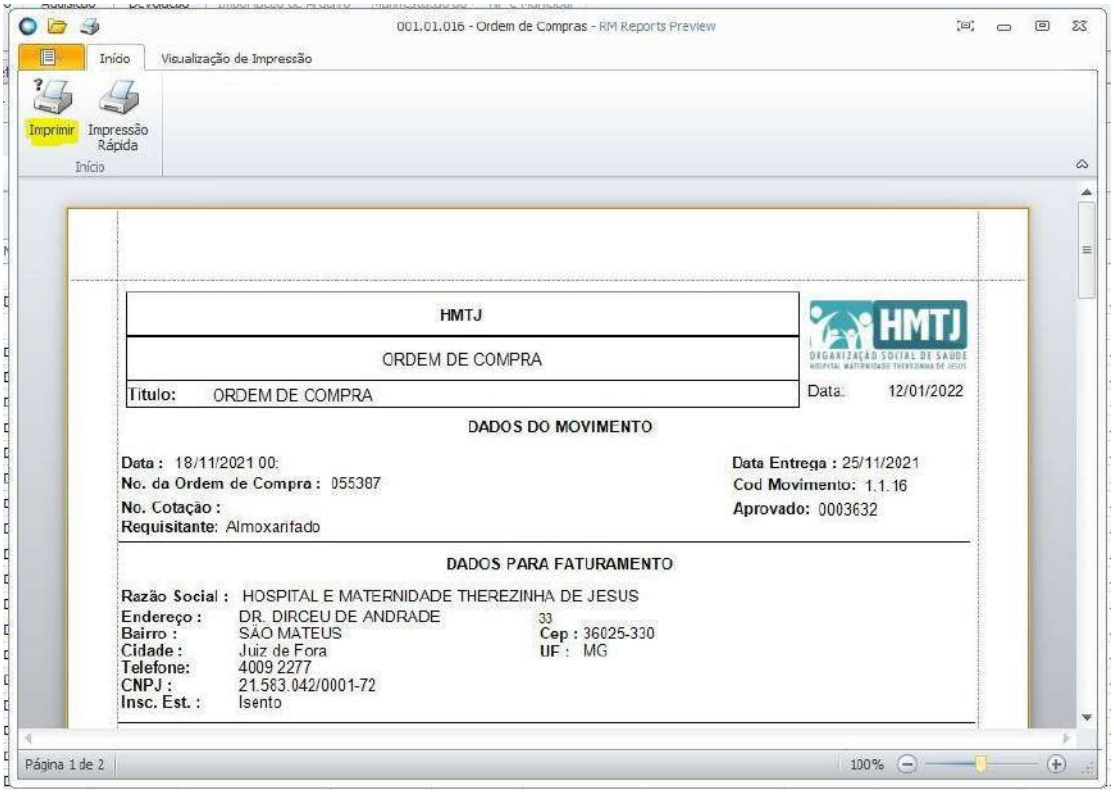
- Deixar no formato de arquivo o código 001.01.016 se não houve modificação na ordem de compra, ou deixar o código 001.01.019 se houve modificação na ordem de compra e clicar em OK.



- Clicar em OK.



- Imprimir salvando em PDF o arquivo para ser anexado junto da nota fiscal no lançamento.



- Modelo de ordem de compra.

HMTJ - UPA ANTONIO JOSE DOS SANTOS - NOVA SERRANA

ORDEM DE COMPRA

Título: ORDEM DE COMPRA — Data: 15/12/2021

DADOS DO MOVIMENTO

Data : 06/12/2021 00:
No. da Ordem de Compra : 007111
No. Cotação :
Requisitante: Almoxarifado
Data Entrega : 14/12/2021
Cod Movimento: 1.1.16
Aprovado: 0004277

DADOS PARA FATURAMENTO

Razão Social : HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Endereço : PADRE JOSE LUIZ 440
Bairro : SÃO MARCOS **Cep :** 35523050
Cidade : Nova Serrana **UF :** MG
Telefone:
CNPJ : 21.583.042/0016-59
Insc. Est. : Isento

DADOS DO FORNECEDOR

Nome : BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E ATACADISTA LTDA
Endereço : RODOVIA DA UVA
Bairro : ROÇA GRANDE **Cep :** 83401-520
Cidade : Colombo **UF** PR
CNPJ : 10.972.948/0001-62
Insc. Est. :
Fone Contato 41 3656-7271

CONDIÇÕES GERAIS

Condição de Pagamento : 21 Dias
Forma de Pagamento:
Frete: CIF

PRODUTOS DA ORDEM DE COMPRA

Código	Mercadorias	Unid	Quant.	Unitário	Total
02.010.0093	ALCOOL 70% (ALMOTOLIA 100 ML)	UN	72	1,55	111,60
02.005.0090	CATETER INTRAV PERIFERICO 24G	UN	1.500	0,66	990,00
02.005.1226	CATETER NASAL P/ OXIGENIO TIPO OCULOS COM EXTENSOR - ADULTO	UN	200	0,68	136,00
02.006.1041	LUVA DE PROCEDIMENTO LATEX SEM PO M	UN	23	32,80	754,40
02.012.0021	SCALP N° 21	UN	1.000	0,22	220,00

VALOR FRETE	0,00	**VALOR DESCONT**	0,00	**VALOR BRUTO :**	2.212,00
VALOR ICMS:	0,00	**VALOR IPI**	0,00	**TOTAL DO PEDIDO :**	2.212,00
VALOR DESPESA	0				

DADOS BANCÁRIOS

Banco	Agência	Conta Corrente
BANCO ITAU	3709-	26122-0

OBS.:

Setor de Compras / Contratos — Página: 1

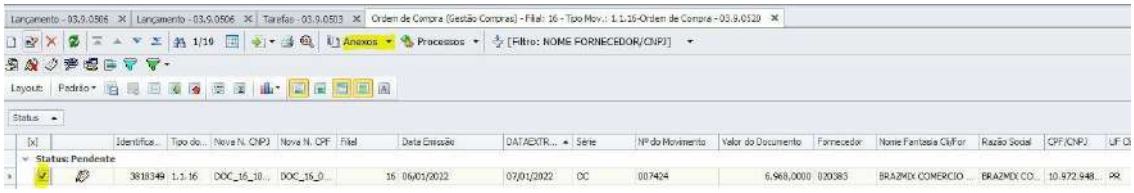
C) Cotação (Disponibilizado pelo setor de suprimentos no sistema):

As cotações devem estar no sistema para que possam ser extraídas e anexadas junto do documento fiscal que deseja fazer o lançamento. Para extrair a cotação do sistema:

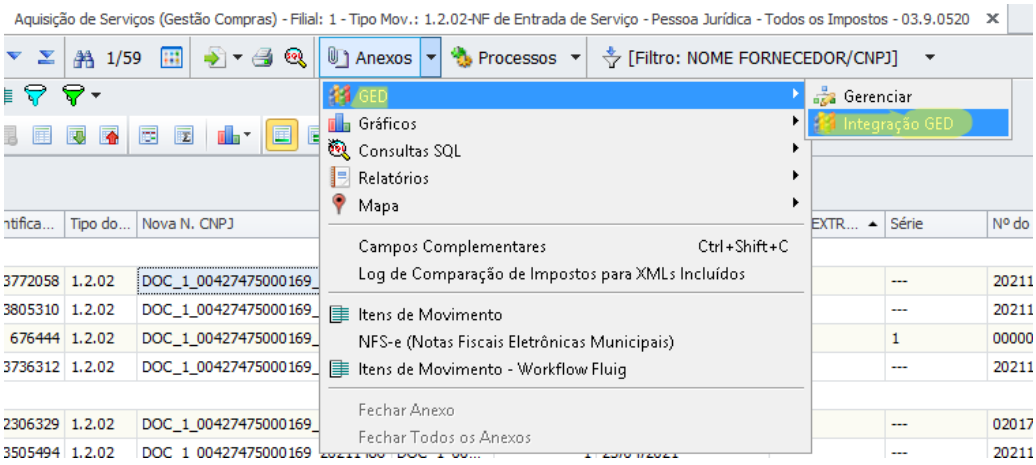
- Ir em Backoffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento.

- Ir em Compras -> Ordem de compra.

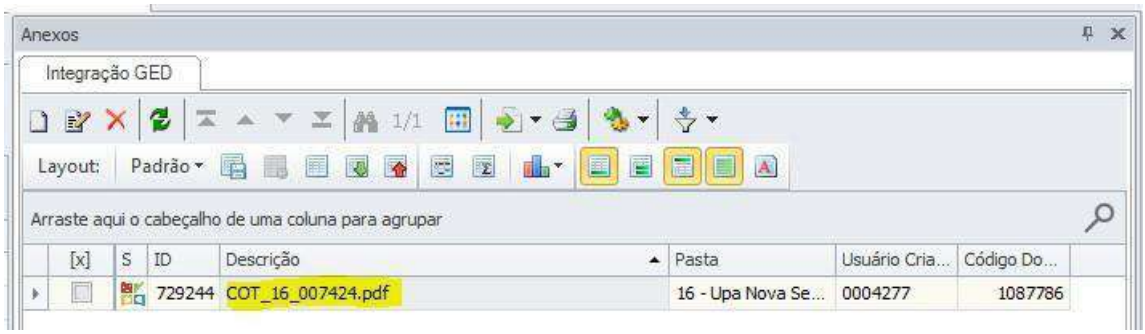
- Pesquisar pelo fornecedor, selecionar o lançamento que deseja extrair a ordem de compra e clicar em anexos.



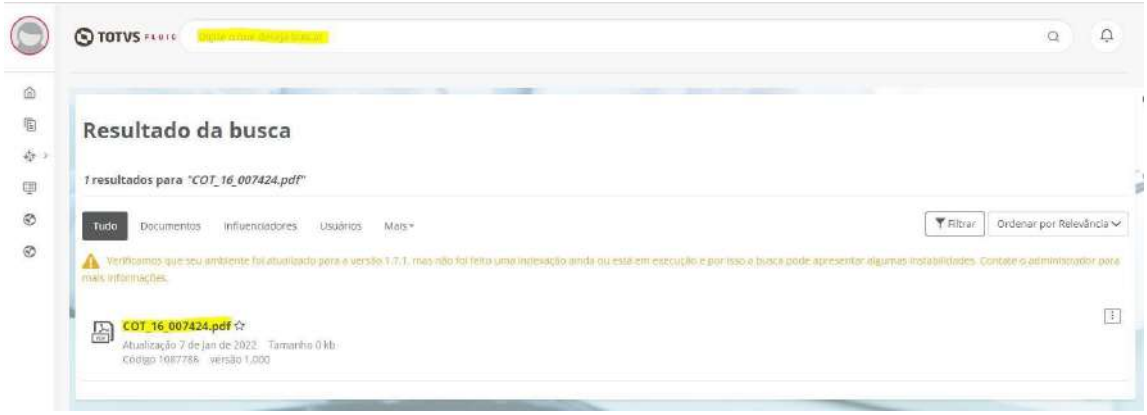
- Ir em GED -> Integração GED



- Copiar a nomenclatura para ser pesquisada no fluig e extrair o documento da cotação da compra.



- Ir ao site do fluig, consultar a nomenclatura copiada e salvar o arquivo para ser anexado junto do documento fiscal.



Conferir se as informações da cotação estão iguais à ordem de compra e nota fiscal.

D) Boleto:

Banco do Brasil SA 001-9 00190.00009 03341.246001 00012.544177 3 88480000221200

Local de Pagamento: ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL — Vencimento: 28/12/2021

Beneficiário: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E ATACADISTA - 10.972.948/0001-62 — Agência / Código do Beneficiário: 1780-9/ 028531-5
RODOVIA DA UVA, 7120, EMBU, COLOMBO - PR, Cep: 83414-300

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do processamento	Nosso Número
07/12/2021	128203A	DM	N	07/12/2021	33412460000012544

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	17	R$	0,00		2.212,00

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

APÓS O VENCIMENTO COBRAR R$ 5,31 POR DIA DE ATRASO
APÓS 28/12/2021 COBRAR MULTA DE R$ 66,36
PROTESTAR APÓS 15 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO
O DEPOSITO EM CONTA CORRENTE, SE NÃO INFORMADO
NÃO QUITA O DEBITO.

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: 30851 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS — C.N.P.J.: 21.583.042/0016-59
RUA PADRE JOSE LUIZ, 440, SETOR DIREÇÃO ADM
SAO MARCOS - NOVA SERRANA - MG CEP: 35.519-000

Sacador/Avalista

Código de Baixa: 128203A

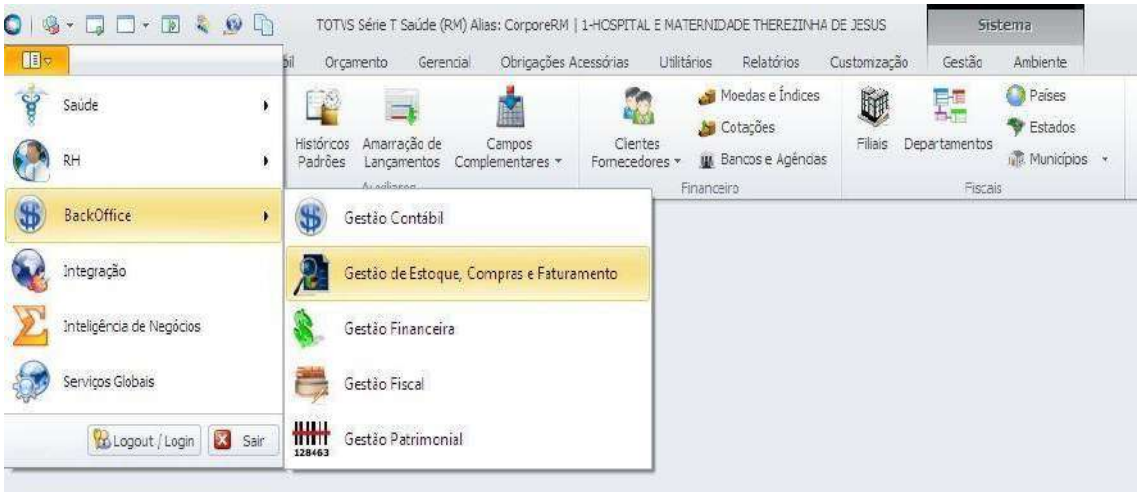
Autenticação Mecânica Ficha de Compensação

Informações a serem observadas:
Beneficiário, vencimento, valor, número do documento e pagador: Se está de acordo com a nota fiscal correspondente;

Feito a conferencia e extração dessas informações, ajustar o arquivo na seguinte forma para anexar ao lançamento que será feito:
Nota fiscal, Ordem de compra, Cotação e boleto.

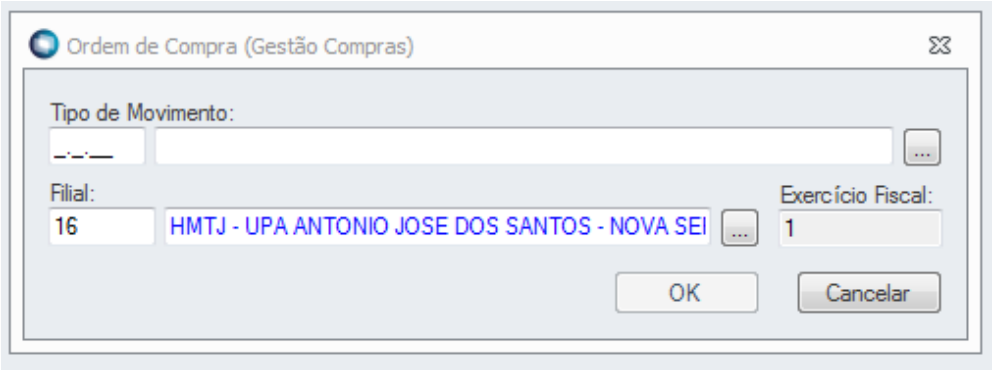
2) Lançamento da nota fiscal no sistema.

- Acessar sistema TOTV's RM -> Backoffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento:

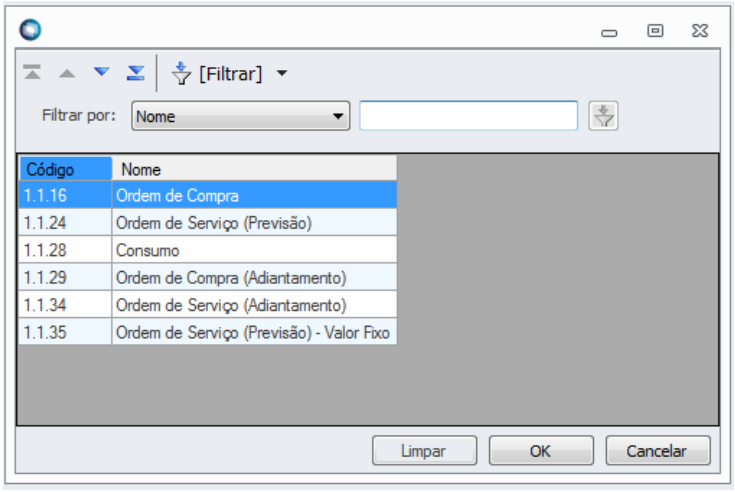


- Ir na aba de compras -> Ordem de compra:

- Selecionar o tipo de movimento e a filial:



Existem os tipos de movimentos abaixo:



1.1.16: Ordem de compra para aquisição de produtos (pagamento mediante documento fiscal);

1.1.24: Ordem de compra para aquisição de serviços (pagamento mediante documento fiscal);

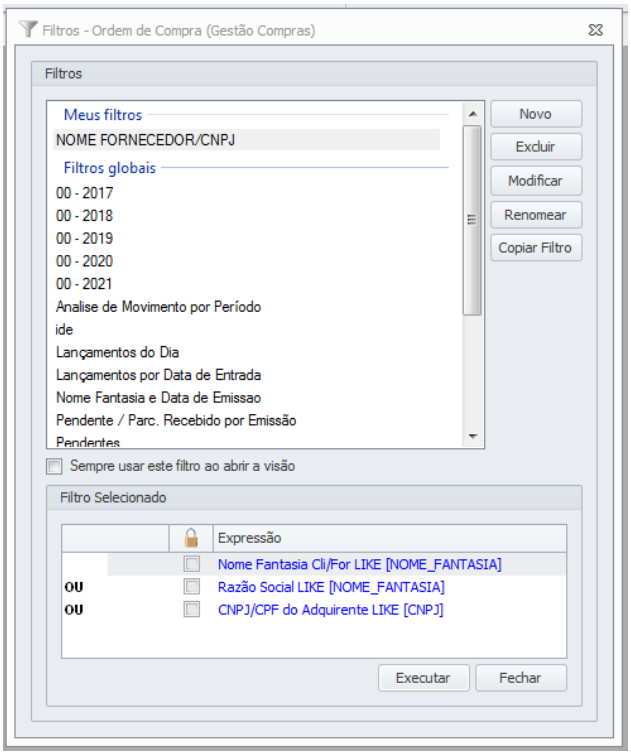
1.1.28: Ordem de compra sobre consumo;

1.1.29: Ordem de compra para aquisição de produto cujo o pagamento tenha sido realizado por adiantamento;

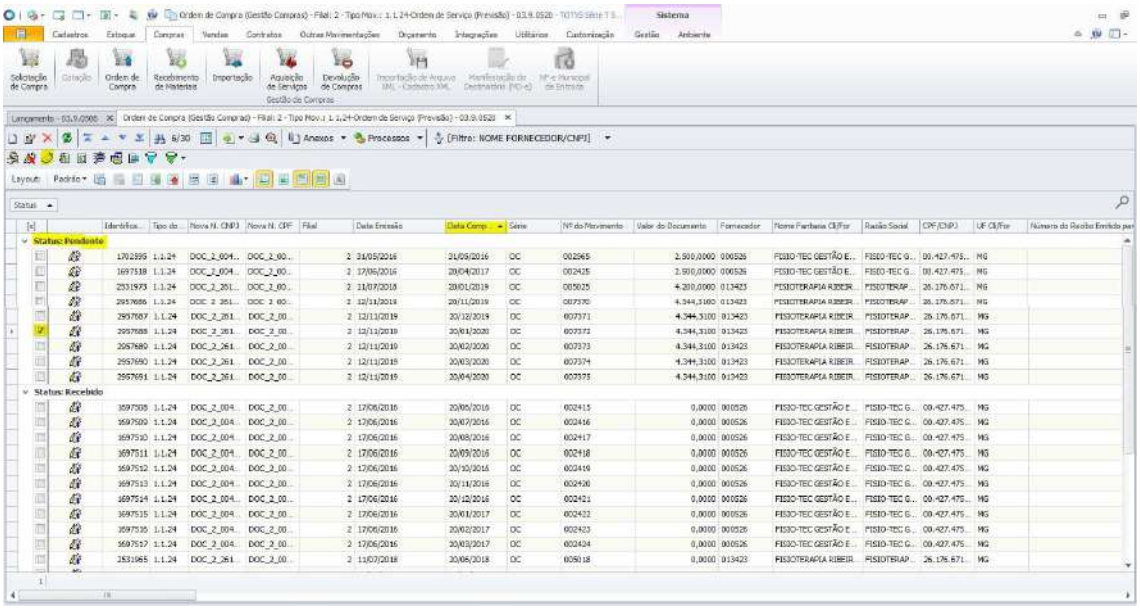
1.1.34 : Ordem de compra para aquisição de serviços cujo o pagamento tenha sido realizado por adiantamento;

1.1.35 : Ordem de compra para aquisição de serviços cujo o valor do serviço prestado mediante a contrato seja fixo.

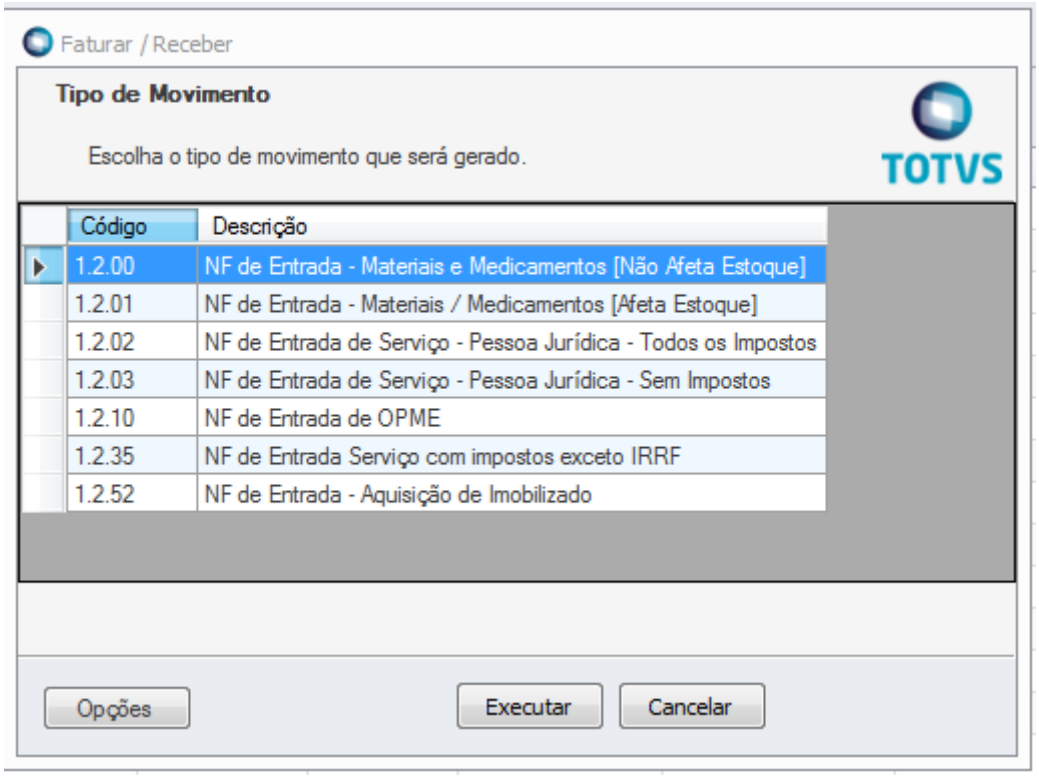
Para notas fiscais de produtos os tipos de movimentos mais comuns são: 1.1.16 e 1.1.29.



- Selecionar na pesquisa de “nome fornecedor/CNPJ”. Pesquisar o fornecedor que deseja fazer o lançamento da nota.



- Selecionar a provisão com status pendente que deseja fazer o lançamento da nota fiscal, observando se é a mesma que extraiu a ordem de compra e cotação e clicar em “receber”.



- Após clicar em receber o sistema questionará qual o movimento para o lançamento da nota fiscal. Temos disponível no sistema 7 (sete) movimentos, são eles:

1.2.00 Nota fiscal de entrada – Materiais e medicamento [não afeta estoque]: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de produtos que não afetam o estoque;

1.2.01 Nota fiscal de entrada – Materiais e medicamento [afeta estoque]: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de produtos que afetam o estoque;

1.2.02 Nota fiscal de serviços – Pessoa jurídica – Todos os impostos: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços que possuem todos os impostos retidos;

1.2.03 Nota fiscal de serviços – Pessoa jurídica – Sem impostos: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços que não possuem impostos retidos;

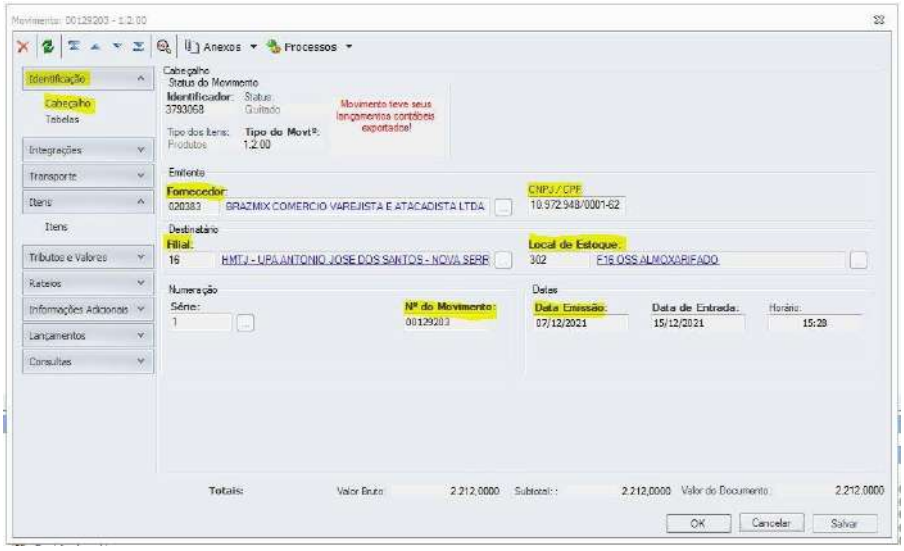
1.2.10 Nota fiscal de entrada de OPME: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de OPME (Órteses, próteses e materiais especiais);

1.2.35 Nota fiscal de entrada serviço com impostos exceto IRRF: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços que possuem retenção de impostos na fonte exceto IRRF;

1.2.52 Nota fiscal de entrada – Aquisição de imobilizado: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais que devem ser imobilizadas no sistema.

- Selecionar o movimento para lançamento de acordo com a nota fiscal pretendida. Abrirá os campos para lançamento e deverá seguir o passo a passo abaixo para preenchimentos das informações:

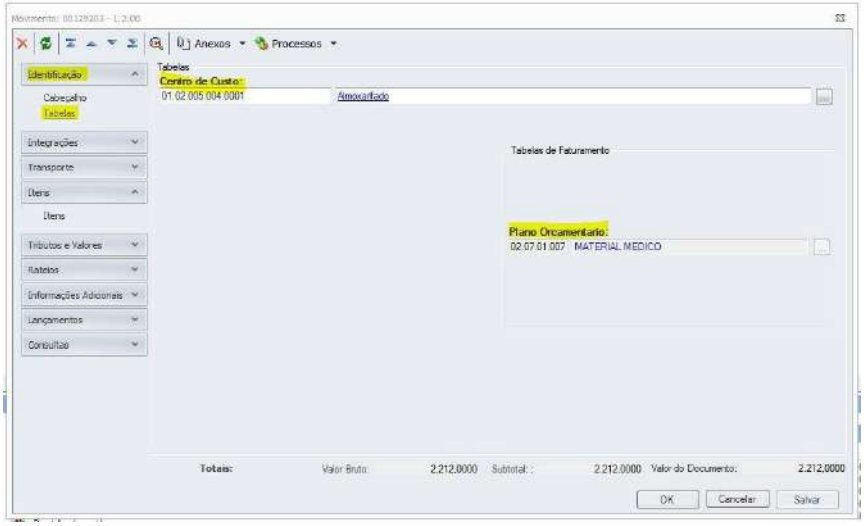
A)



Na tela inicial: Identificação -> Cabeçalho

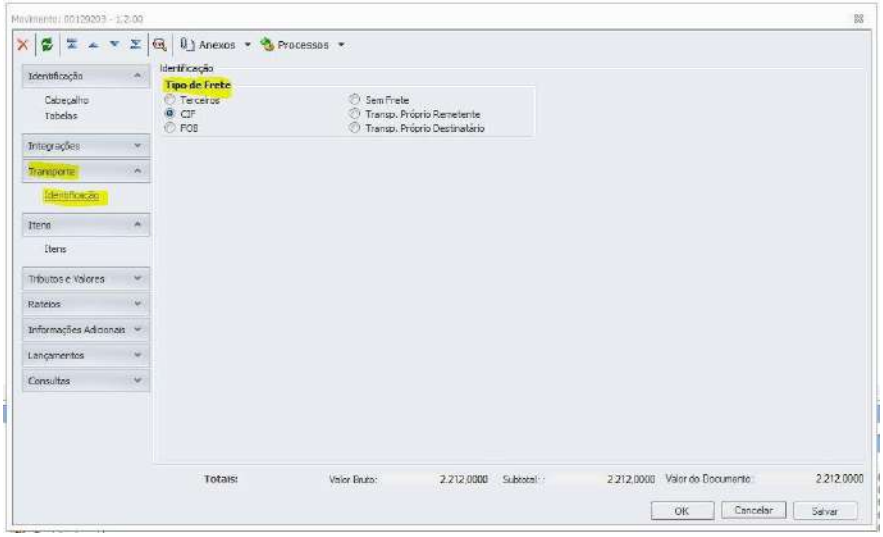
Conferir ou preencher o fornecedor, CNPJ/CPF, filial, local de estoque, nº do movimento e data de emissão. Todas as informações devem estar de acordo com o documento fiscal que está sendo lançado.

B)



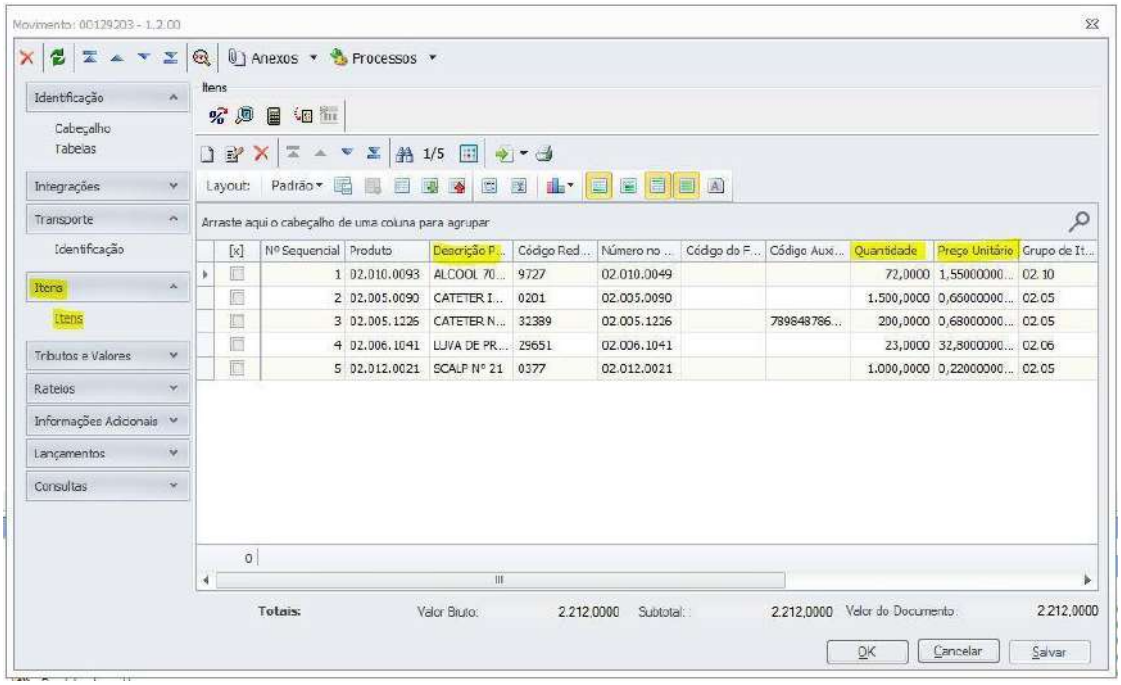
Seguindo com o lançamento na aba de Identificação -> Tabelas, deve-se conferir o centro de custo se está correto e o plano orçamentário se condiz com o produto adquirido.
Cada filial possui sua raiz de centro de custo e cada alocação de produto no plano orçamentário.
No momento do lançamento consultar a unidade que está lançando.

C)



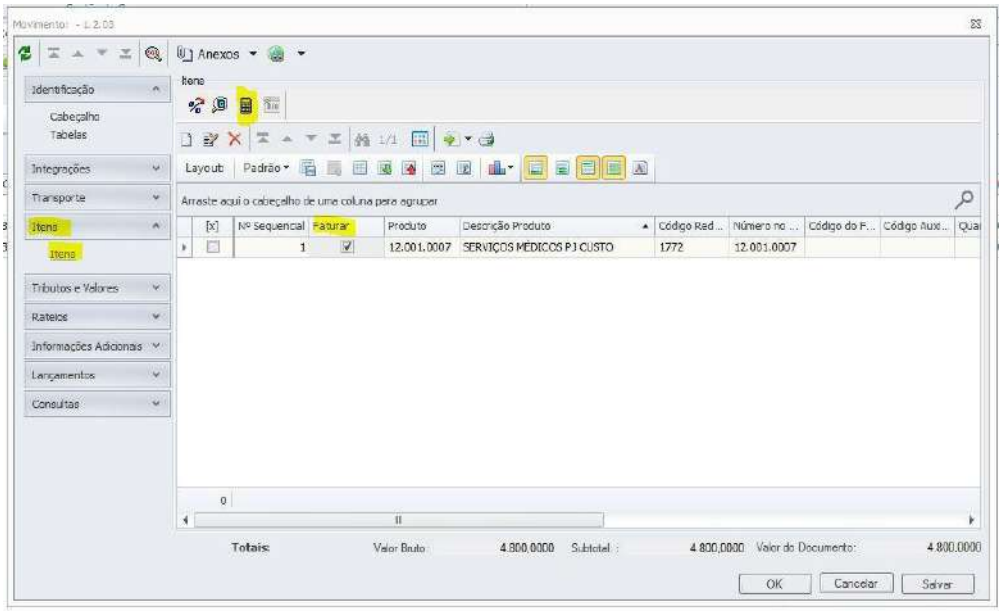
Na aba de transporte -> Identificação. Preencher de acordo com a nota fiscal qual foi o tipo de frete.

D)



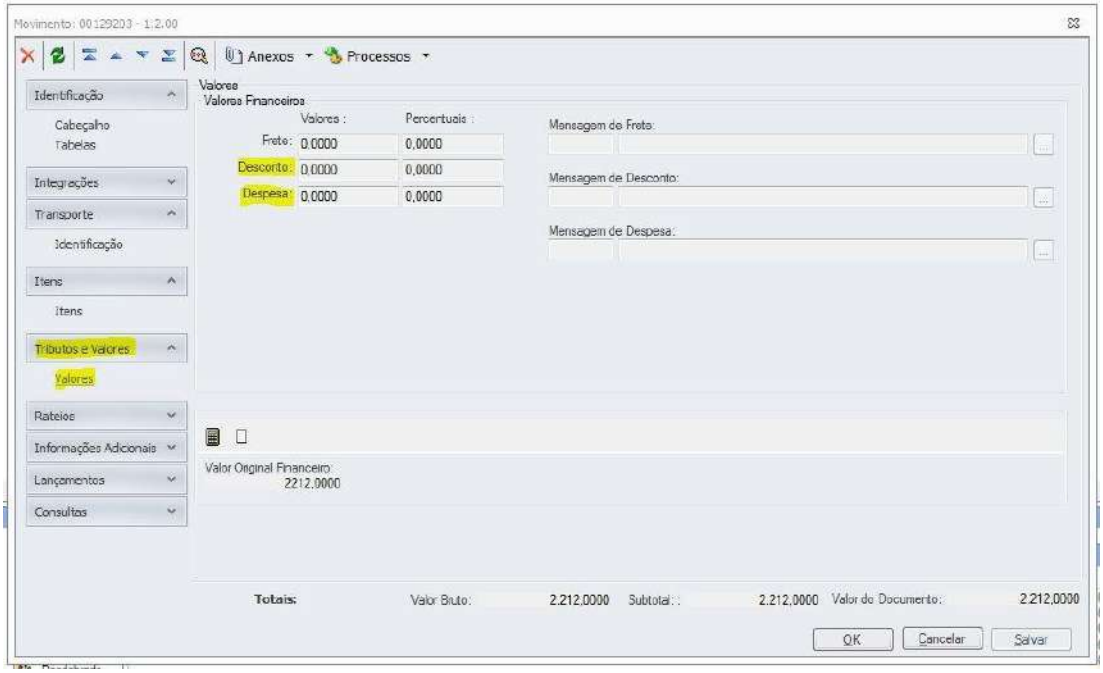
Na aba Itens -> Itens. Conferir todos os itens com o documento fiscal: Descrição, quantidade e valor. Caso seja necessário modificar alguma informação, abrir o item e modificar se tiver acesso. Se houver muitas modificações consultar o setor de suprimentos antes.

E)



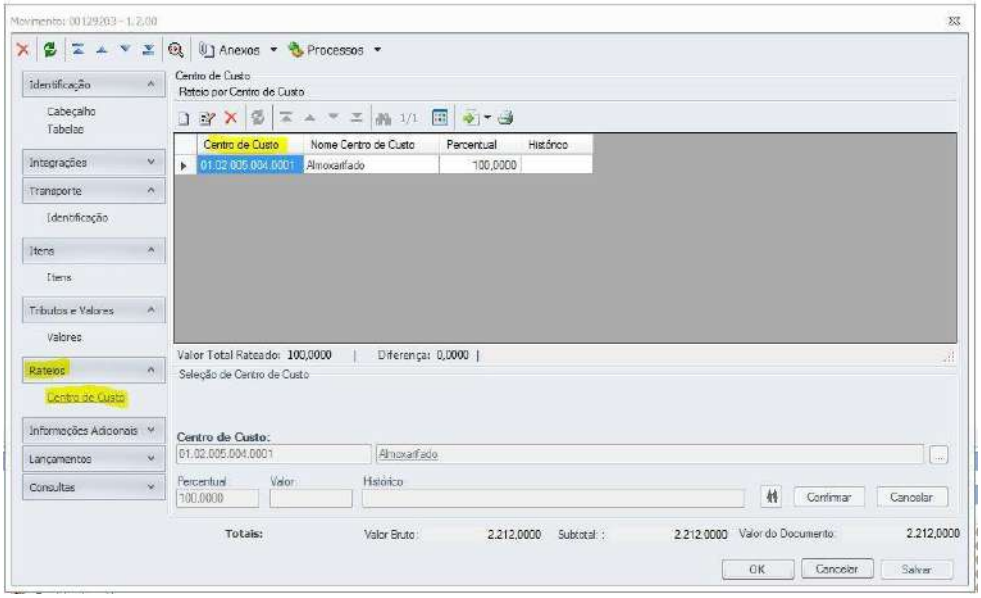
Ainda na aba Itens -> Itens. Marcar a coluna “fatura” e clicar na “calculadora” no início da tela.

F)



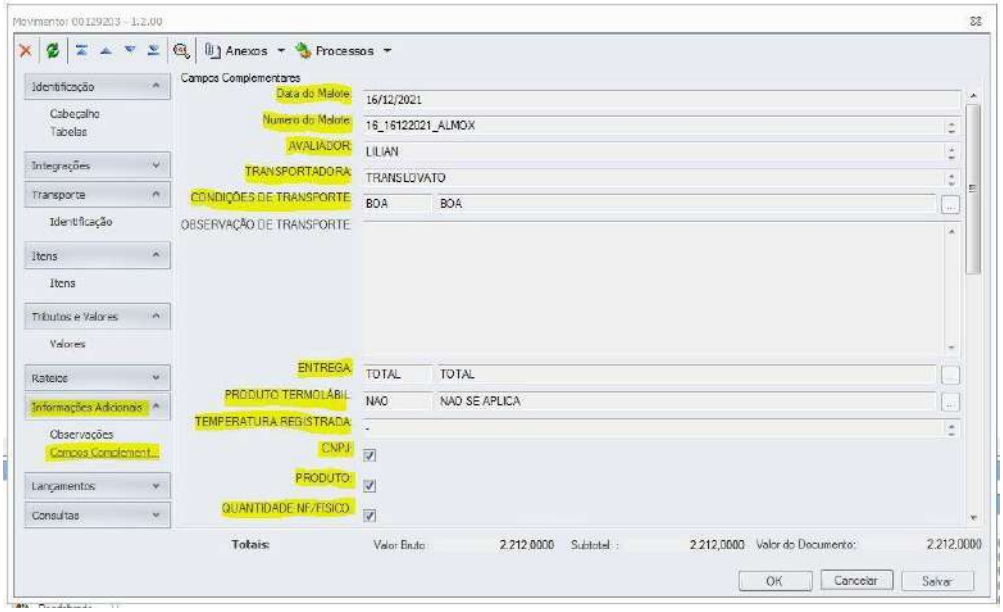
Na aba Tributos e Valores -> Tributos. Caso exista algum ajuste de valor com relação a arredondamento, lançar em desconto ou despesa.

G)



Na aba Rateios -> Centro de custo. Conferir se o centro de custo está igual ao da identificação -> tabelas.

H)



Na aba Informações adicionais -> Campos complementares. Preencher as informações abaixo mencionadas:

Data do malote: Data em que o malote será encaminhado à auditoria;

Número do malote: Seguir a numeração de malote da unidade que está fazendo o lançamento;

Avaliador: Nome de quem avaliou e recebeu os produtos;

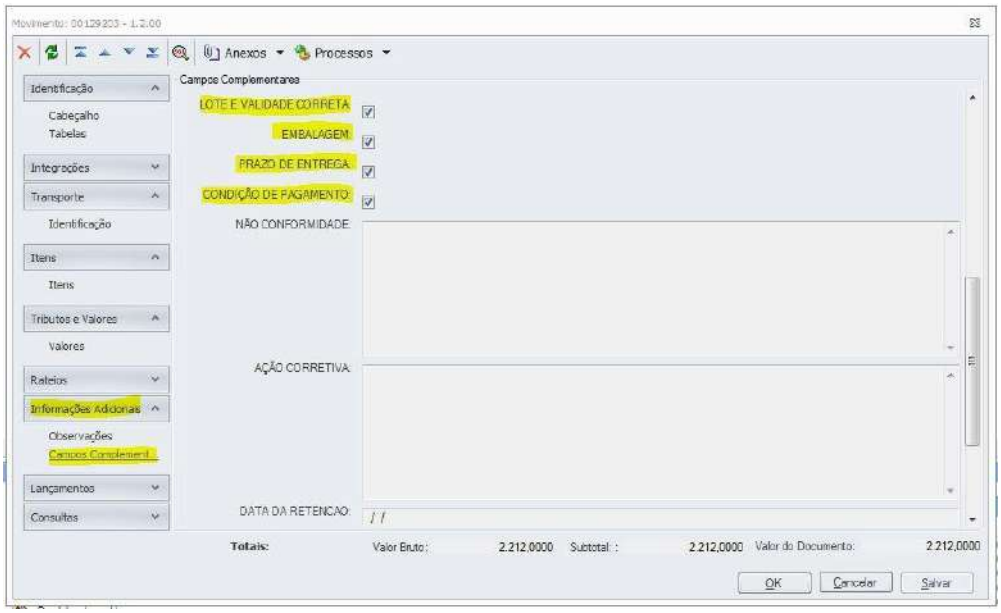
Condição de transporte: Selecionar a condição que os produtos foram entregues;

Entrega: Selecionar a informação mais adequada sobre a entrega dos produtos pelo transportador;

Produto termolábil e temperatura registrada: Medicamento termolábil é todo o medicamento que precisa estar condicionado em temperatura específica (Geralmente de 2° a 8° graus célsius) devendo ser mantidos de forma refrigerada, observando-se os cuidados adicionais conforme o tipo do medicamento. Verificar junto a unidade os medicamentos padronizados que requerem esse cuidado. No lançamento da nota fiscal, deve ser informado se houve recebimento de medicamento termolábil, e em caso positivo, informar as condições de temperatura aos quais esse produto foi recebido.

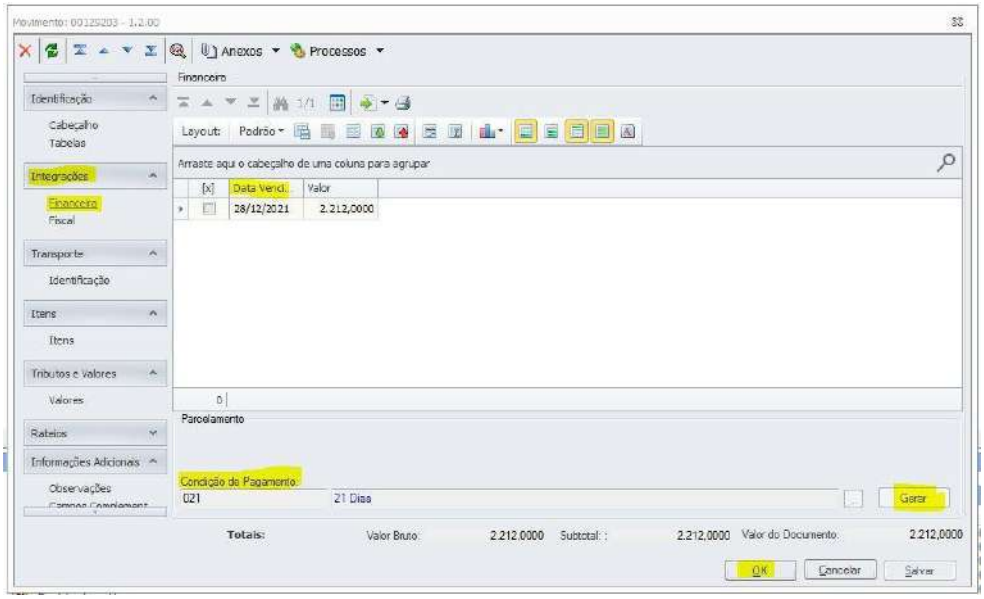
Marcar os itens CNPJ, produto e quantidade NF/Físico.

I)



Ainda na aba de Informações adicionais -> Campos complementares. Marcar os itens de lote e validade correta, embalagem, prazo de entrega e condição de pagamento.

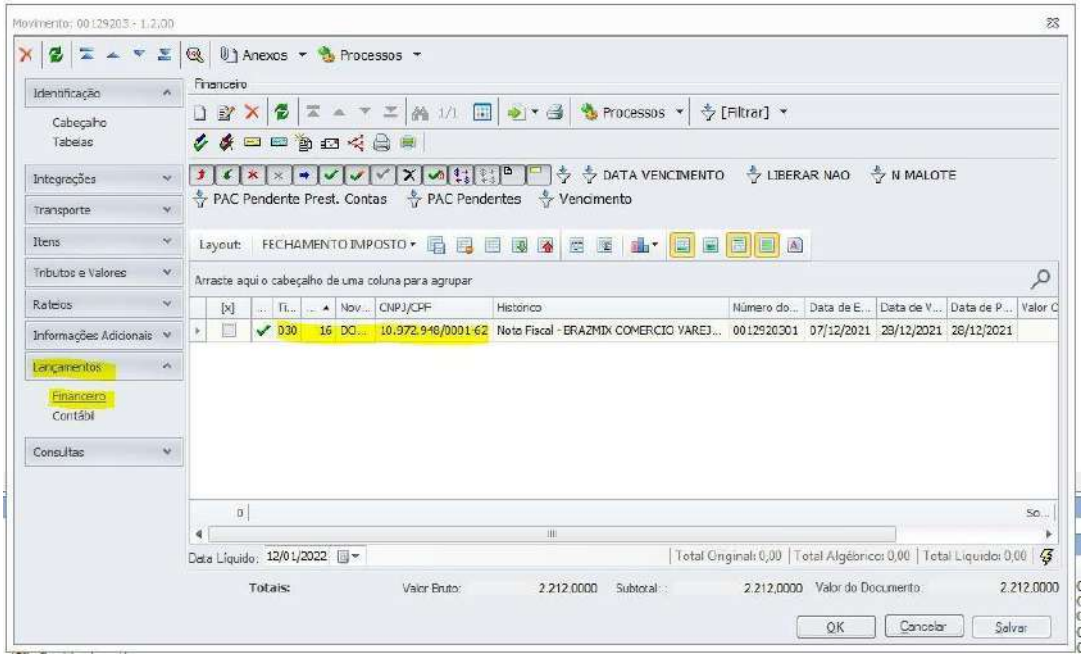
J)



Voltar na aba Integrações -> Financeira. Observar se a condição de pagamento está preenchida igual ao informado na ordem de compra, estando ok, clicar em gerar. Ajustar a data de vencimento para a data de vencimento da nota fiscal e clicar em OK.

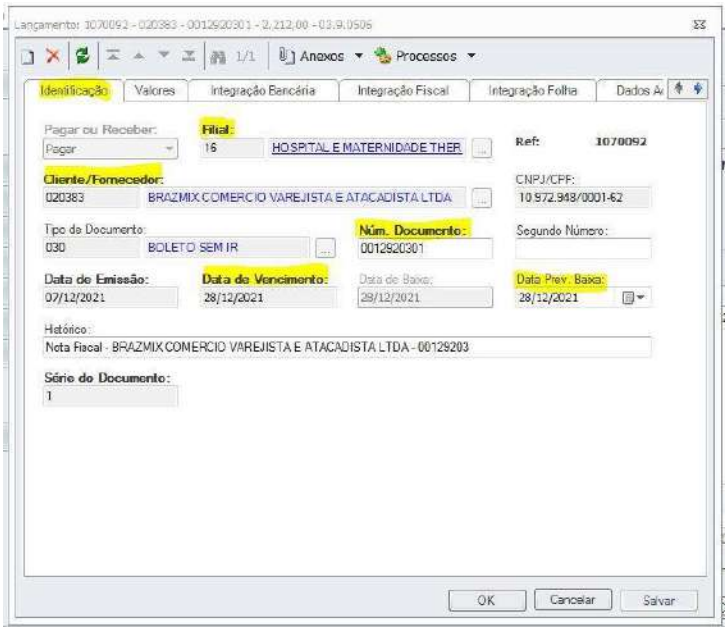
A tela da gestão de estoque será atualizada e aparecerá somente o lançamento que acabou de ser realizado. Clicar novamente não lançamento da nota fiscal:

K)



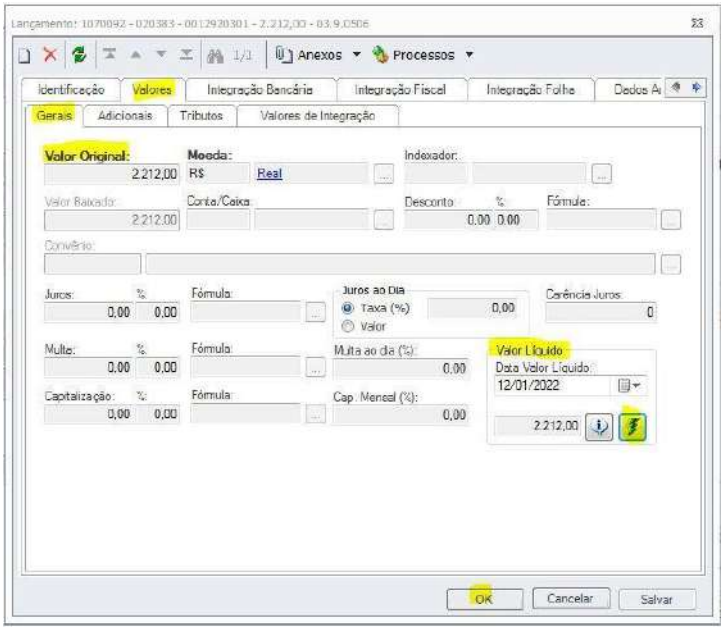
Após abrir novamente o lançamento ir na aba Lançamentos -> Financeiro. Clicar para abrir o lançamento para conferir as informações do lançamento financeiro.

L)



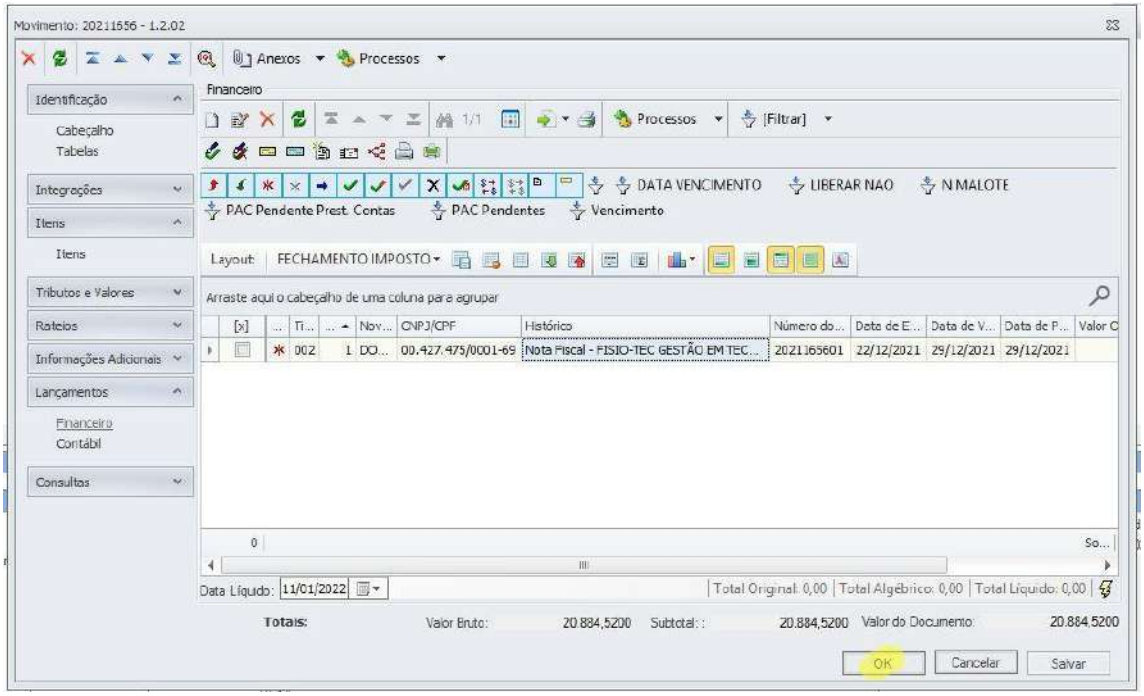
Conferir na aba de Identificação: Filial, Cliente/Fornecedor, número do documento, data de vencimento e data de previsão de baixa.

M)



Voltar na aba de Valores -> Gerais. Clicar no raio para buscar o valor líquido do lançamento, conferir se o valor apresentado é o valor líquido da nota fiscal. Caso esteja com diferença de centavos, voltar no lançamento da gestão de estoque na aba de Tributos e valores -> Valores e dar desconto ou coloca despesa para ajustar o valor. Após conferido clicar em OK.

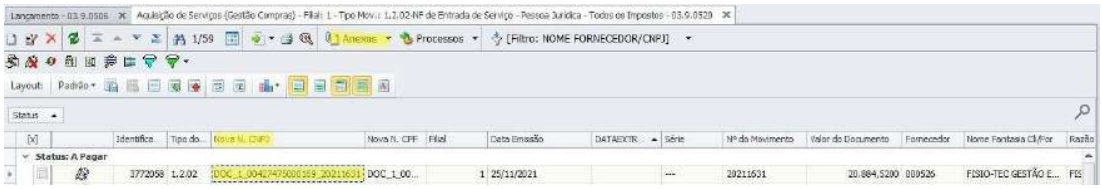
N)

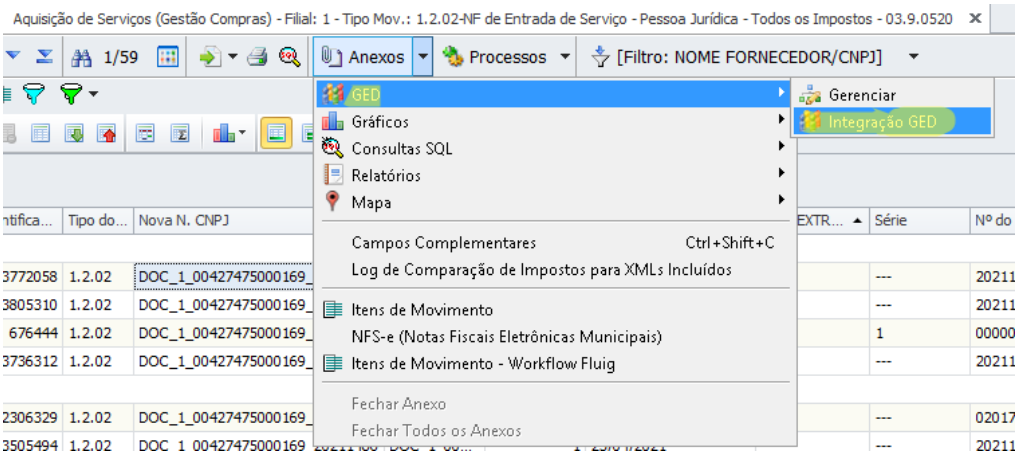


Voltará para a tela do lançamento da nota fiscal da gestão de estoque, clicar em OK para finalizar o lançamento.

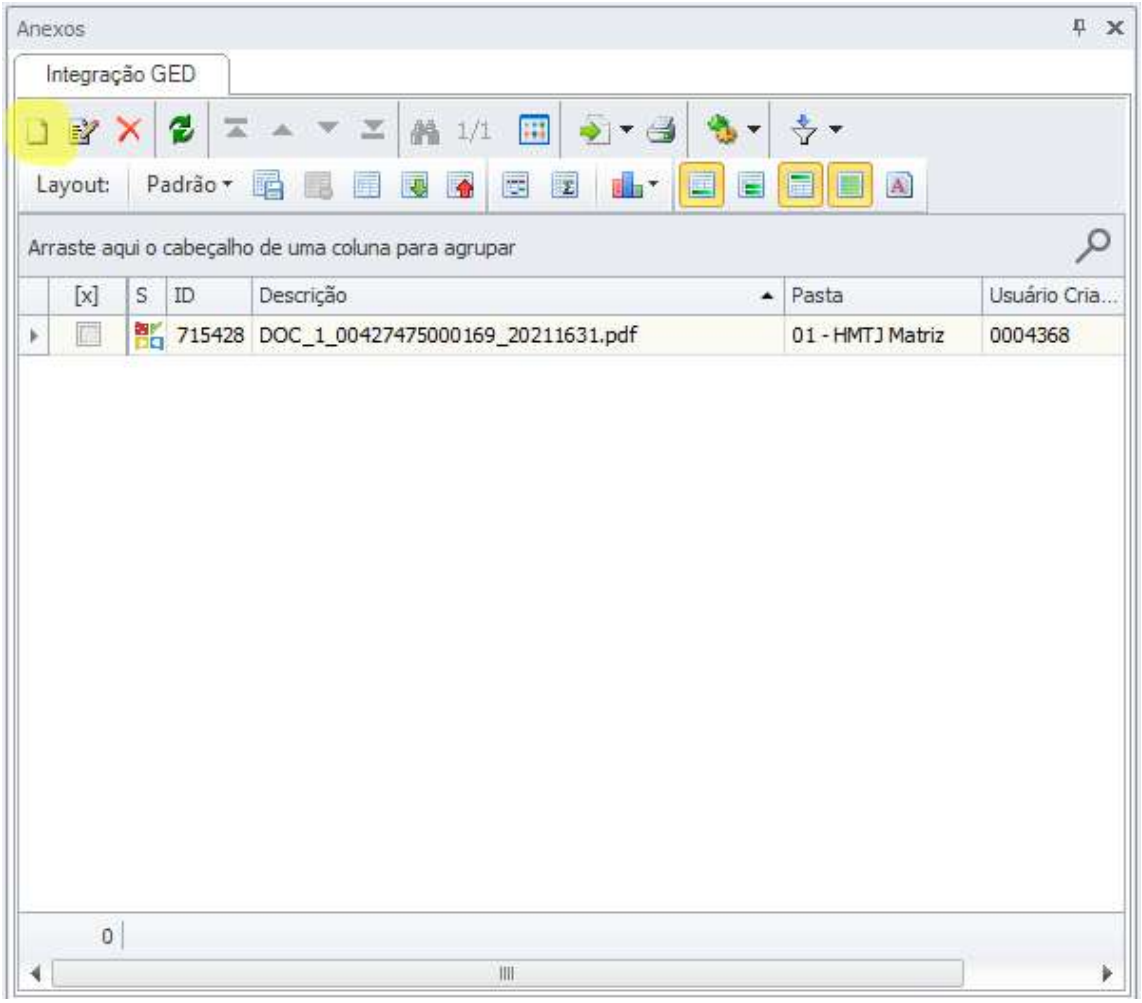
O)

Finalizado o lançamento da nota fiscal, deve ser anexado a imagem da nota fiscal no lançamento.

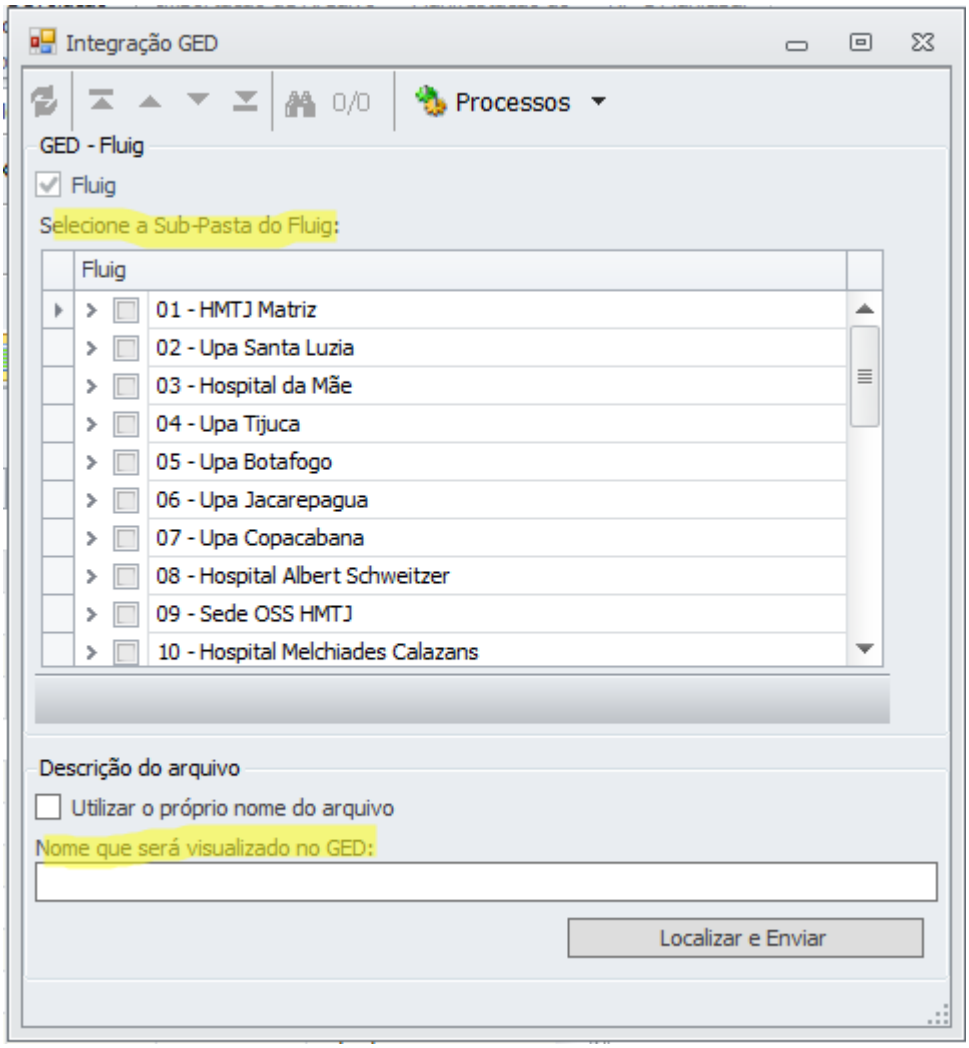




Copiar a nomenclatura do CNPJ (A nomenclatura é composta por DOC_número da filia_CNPJ do fornecedor_número do documento) e clicar em anexos -> GED -> Integração GED.



Clicar no papel em branco de novo



Selecionar a filial para salvar o anexo da nota fiscal e colar a nomenclatura copiada. Clicar em localizar e enviar e selecionar a nota fiscal para ser anexada.

Ordem do ARQUIVO a ser anexado:

Nota fiscal

Ordem de compra

Boleto

Cotação

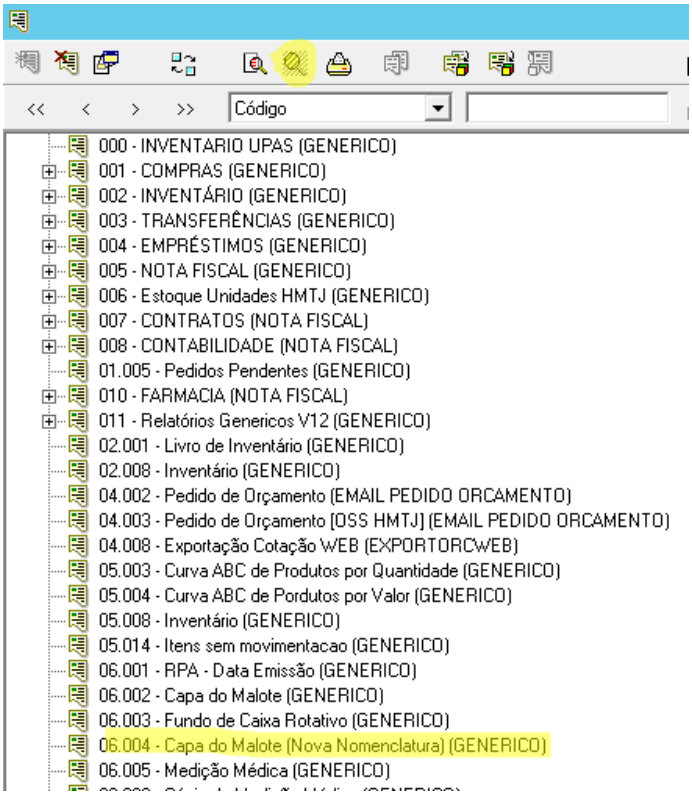
Relatório sistema interno de controle (Quando houver)

3) Após lançamento no sistema e anexar o arquivo, é necessário extrair a capa do malote a ser encaminhado ao setor de auditoria.

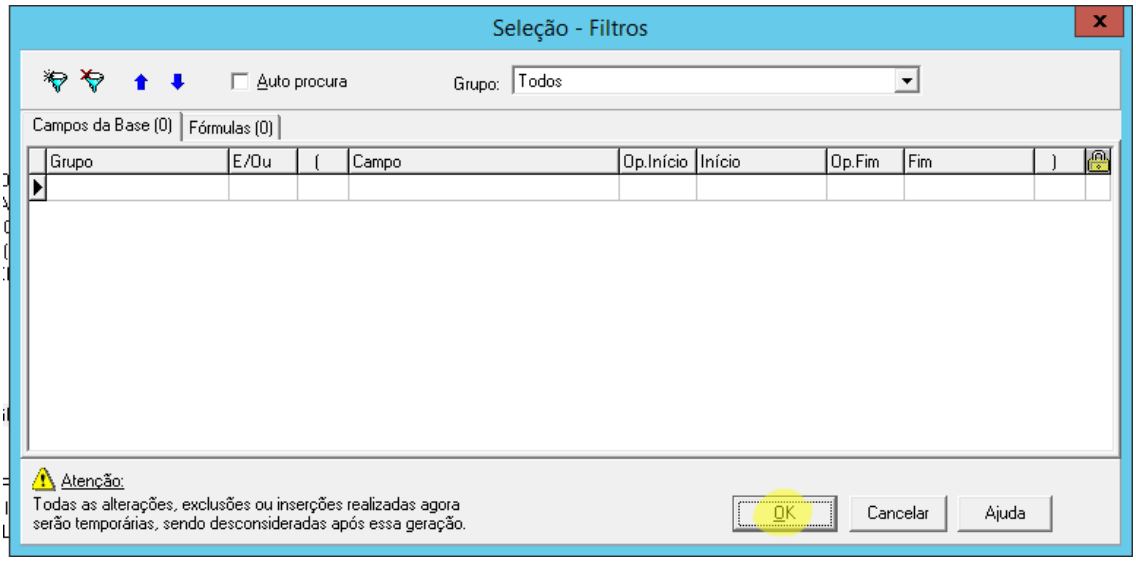
Ir em Backoffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento:

Ir em Gestão -> Gerador de relatórios -> Visão Delphi

Dar um click em 06.004- Capa de malote (nova nomenclatura) (genérico) e clicar na lupa:

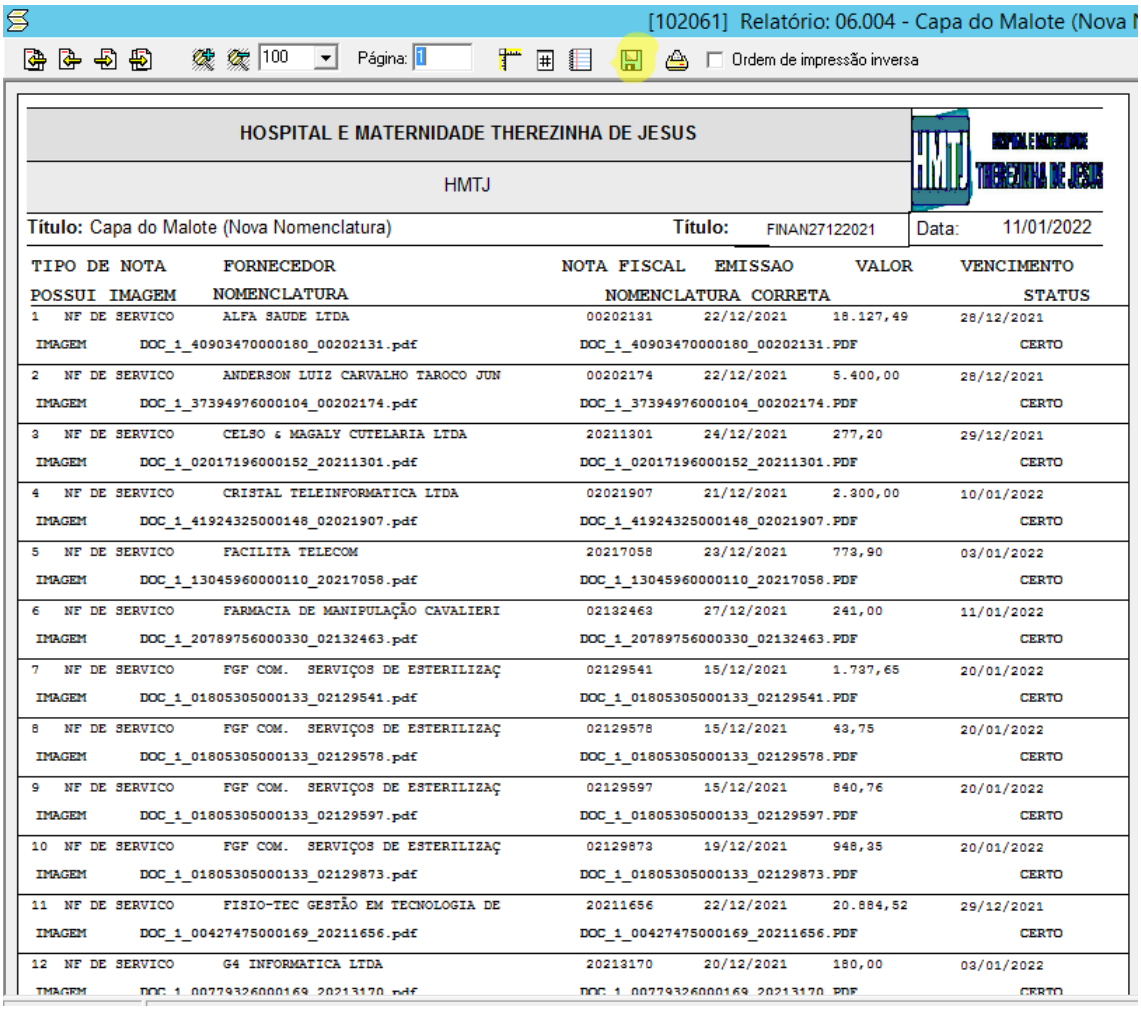


Clicar em OK:



Colocar o número da filial e o número do malote:

Salvar o arquivo em PDF e enviar por e-mail ao setor de auditoria para análise e liberação para pagamento:



[102061] Relatório: 06.004 - Capa do Malote (Nova N

100 Página: 1 Ordem de impressão inversa

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

HMTJ

Título: Capa do Malote (Nova Nomenclatura) Título: FINAN27122021 Data: 11/01/2022

TIPO DE NOTA / POSSUI IMAGEM	FORNECEDOR / NOMENCLATURA	NOTA FISCAL / NOMENCLATURA CORRETA	EMISSAO	VALOR	VENCIMENTO / STATUS
1 NF DE SERVICO	ALFA SAUDE LTDA	00202131	22/12/2021	18.127,49	28/12/2021
IMAGEM	DOC_1_40903470000180_00202131.pdf	DOC_1_40903470000180_00202131.PDF			CERTO
2 NF DE SERVICO	ANDERSON LUIZ CARVALHO TAROCO JUN	00202174	22/12/2021	5.400,00	28/12/2021
IMAGEM	DOC_1_37394976000104_00202174.pdf	DOC_1_37394976000104_00202174.PDF			CERTO
3 NF DE SERVICO	CELSO & MAGALY CUTELARIA LTDA	20211301	24/12/2021	277,20	29/12/2021
IMAGEM	DOC_1_02017196000152_20211301.pdf	DOC_1_02017196000152_20211301.PDF			CERTO
4 NF DE SERVICO	CRISTAL TELEINFORMATICA LTDA	02021907	21/12/2021	2.300,00	10/01/2022
IMAGEM	DOC_1_41924325000148_02021907.pdf	DOC_1_41924325000148_02021907.PDF			CERTO
5 NF DE SERVICO	FACILITA TELECOM	20217058	23/12/2021	773,90	03/01/2022
IMAGEM	DOC_1_13045960000110_20217058.pdf	DOC_1_13045960000110_20217058.PDF			CERTO
6 NF DE SERVICO	FARMACIA DE MANIPULAÇÃO CAVALIERI	02132463	27/12/2021	241,00	11/01/2022
IMAGEM	DOC_1_20789756000330_02132463.pdf	DOC_1_20789756000330_02132463.PDF			CERTO
7 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129541	15/12/2021	1.737,65	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129541.pdf	DOC_1_01805305000133_02129541.PDF			CERTO
8 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129578	15/12/2021	43,75	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129578.pdf	DOC_1_01805305000133_02129578.PDF			CERTO
9 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129597	15/12/2021	840,76	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129597.pdf	DOC_1_01805305000133_02129597.PDF			CERTO
10 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129873	19/12/2021	948,35	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129873.pdf	DOC_1_01805305000133_02129873.PDF			CERTO
11 NF DE SERVICO	FISIO-TEC GESTÃO EM TECNOLOGIA DE	20211656	22/12/2021	20.884,52	29/12/2021
IMAGEM	DOC_1_00427475000169_20211656.pdf	DOC_1_00427475000169_20211656.PDF			CERTO
12 NF DE SERVICO	G4 INFORMATICA LTDA	20213170	20/12/2021	180,00	03/01/2022
IMAGEM	DOC_1_00779326000169_20213170.pdf	DOC_1_00779326000169_20213170.PDF			CERTO

V. Siglas e Definições

NF: Nota fiscal;

CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;

IRRF: Imposto de Renda Retido na Fonte;

CPF: Cadastro de Pessoa Física;

OPME: Órteses, próteses e materiais especiais;

VI. Anexos

N/A

VII. Referências

Receita Federal do Brasil

Sistema RM

Sistema Fluig

I. Objetivos

Conhecimento e prática no programa RM para lançamento de notas fiscais de serviços prestados, verificando se há ou não retenção de impostos na fonte para que o acerto aos fornecedores seja realizado no valor líquido.

II. Materiais

Computador, Software, Nota Fiscal, Calculadora e profissional responsável pelo lançamento.

III. Abrangência

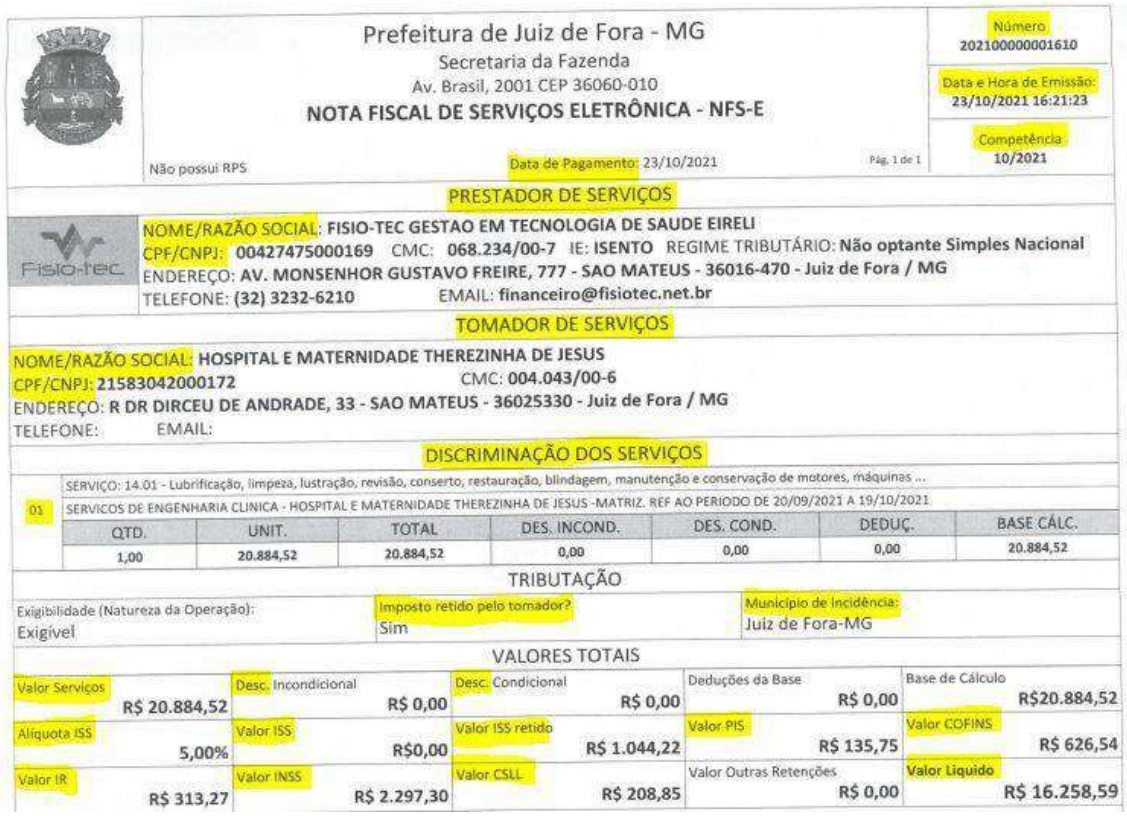
Todos os setores da unidade que fazem lançamento de notas fiscais de serviços.

IV. Descrição dos passos da atividade

1) Análise da nota fiscal para extração das informações importantes ao lançamento no sistema.

As notas fiscais de serviços em quase sua totalidade são emitidas pelo site da prefeitura onde o prestador de serviços está situado. Cada prefeitura possui seu layout, porém não importa o designer, as informações abaixo devem estar contidas no documento fiscal.

Exemplo:



Prefeitura de Juiz de Fora - MG
Secretaria da Fazenda
Av. Brasil, 2001 CEP 36060-010
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Número: 202100000001610
Data e Hora de Emissão: 23/10/2021 16:21:23
Competência: 10/2021

Não possui RPS | Data de Pagamento: 23/10/2021 | Pág. 1 de 1

PRESTADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: FISIO-TEC GESTAO EM TECNOLOGIA DE SAUDE EIRELI
CPF/CNPJ: 00427475000169 CMC: 068.234/00-7 IE: ISENTO REGIME TRIBUTÁRIO: Não optante Simples Nacional
ENDEREÇO: AV. MONSENHOR GUSTAVO FREIRE, 777 - SAO MATEUS - 36016-470 - Juiz de Fora / MG
TELEFONE: (32) 3232-6210 EMAIL: financeiro@fisiotec.net.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CPF/CNPJ: 21583042000172 CMC: 004.043/00-6
ENDEREÇO: R DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS - 36025330 - Juiz de Fora / MG
TELEFONE: EMAIL:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇO: 14.01 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de motores, máquinas ...

01 SERVICOS DE ENGENHARIA CLINICA - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS -MATRIZ. REF AO PERIODO DE 20/09/2021 A 19/10/2021

QTD.	UNIT.	TOTAL	DES. INCOND.	DES. COND.	DEDUÇ.	BASE CÁLC.
1,00	20.884,52	20.884,52	0,00	0,00	0,00	20.884,52

TRIBUTAÇÃO

Exigibilidade (Natureza da Operação):	Imposto retido pelo tomador?	Município de Incidência:
Exigível	Sim	Juiz de Fora-MG

VALORES TOTAIS

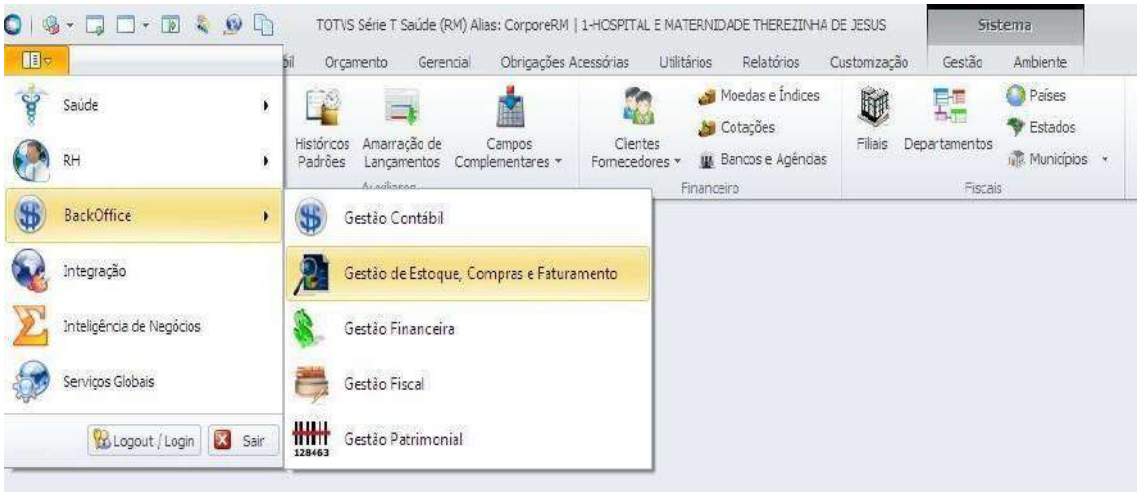
Valor Serviços: R$ 20.884,52	Desc. Incondicional: R$ 0,00	Desc. Condicional: R$ 0,00	Deduções da Base: R$ 0,00	Base de Cálculo: R$20.884,52
Alíquota ISS: 5,00%	Valor ISS: R$0,00	Valor ISS retido: R$ 1.044,22	Valor PIS: R$ 135,75	Valor COFINS: R$ 626,54
Valor IR: R$ 313,27	Valor INSS: R$ 2.297,30	Valor CSLL: R$ 208,85	Valor Outras Retenções: R$ 0,00	Valor Líquido: R$ 16.258,59

- Número da nota fiscal;
- Data da emissão;
- Competência da nota fiscal;
- Data do pagamento;
- Informações do prestador do serviço (Nome, CNPJ, etc);
- Informações do tomador do serviço (Nome, CNPJ, etc);
- Informações da discriminação dos serviços;
- Informação da tributação, se o ISS é retido ou não e qual o município de incidência;
- Informações dos valores totais (Valor do serviço, descontos, base de cálculo, alíquota de ISS, valor do ISS, valor do ISS retido, valor do PIS, valor da COFINS, valor do IR, valor do INSS, valor da CSLL e valor líquido da nota fiscal).

OBS: Todos os lançamentos de notas fiscais no sistema **DEVEM** ser o espelho do documento fiscal, ou seja, nota fiscal e sistema devem ser iguais.

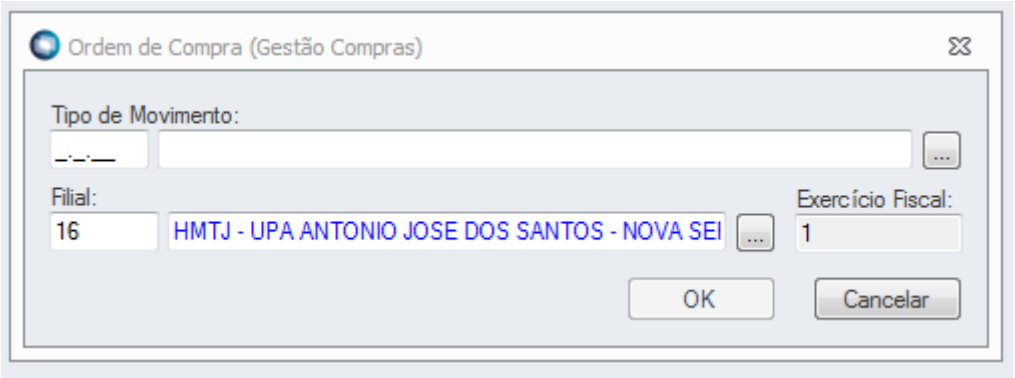
2) Lançamento da nota fiscal no sistema.

- Acessar sistema TOTV's RM -> Backoffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento:

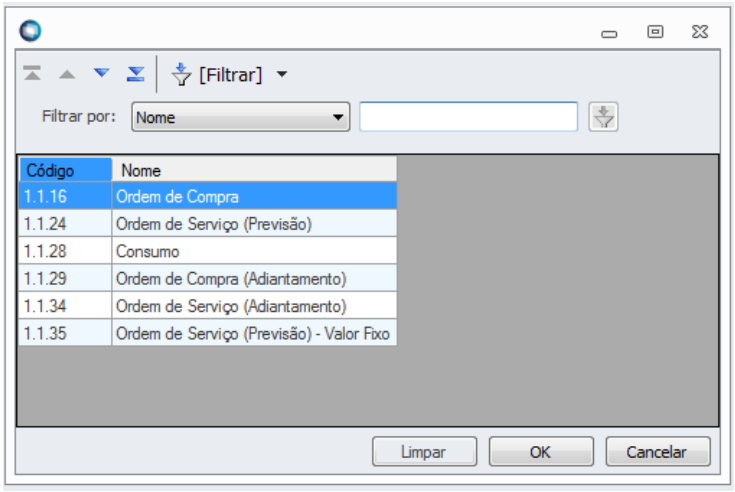


- Ir na aba de compras -> Ordem de compra:

- Selecionar o tipo de movimento e a filial:



Existem os tipos de movimentos abaixo:



1.1.16: Ordem de compra para aquisição de produtos (pagamento mediante documento fiscal);

1.1.24: Ordem de compra para aquisição de serviços (pagamento mediante documento fiscal);

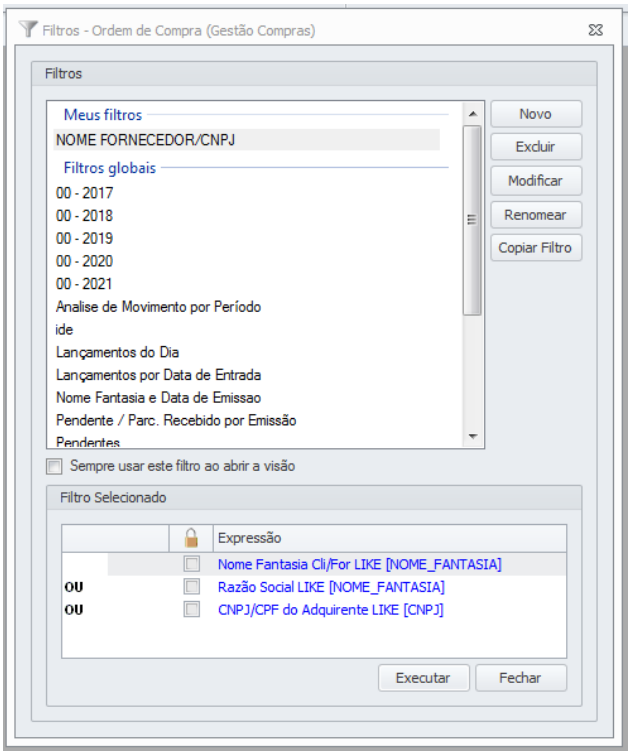
1.1.28: Ordem de compra sobre consumo;

1.1.29: Ordem de compra para aquisição de produto cujo o pagamento tenha sido realizado por adiantamento;

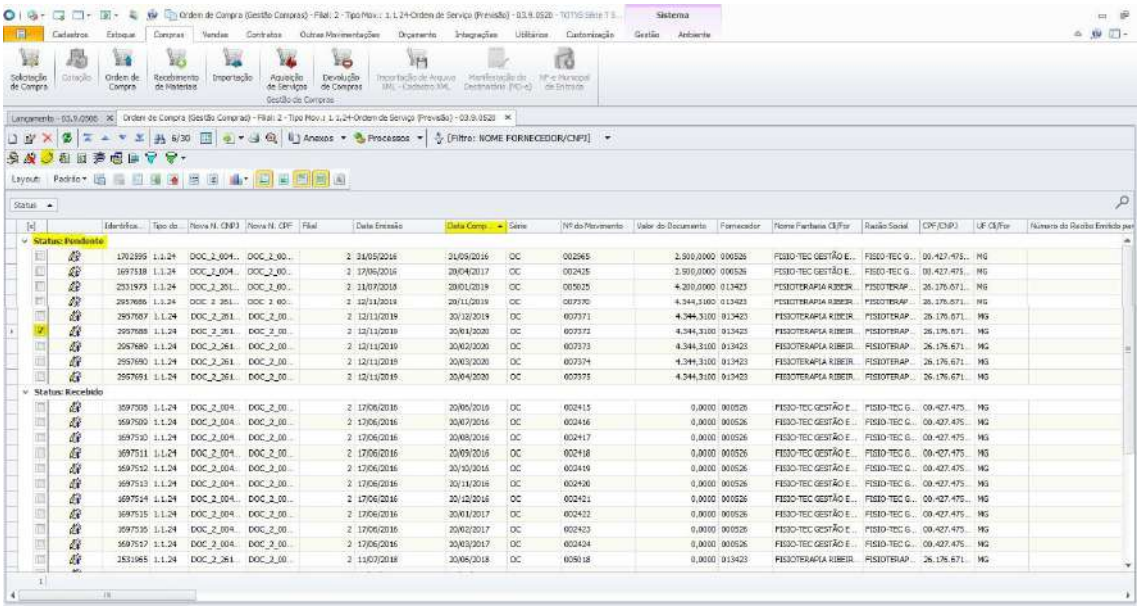
1.1.34 : Ordem de compra para aquisição de serviços cujo o pagamento tenha sido realizado por adiantamento;

1.1.35 : Ordem de compra para aquisição de serviços cujo o valor do serviço prestado mediante a contrato seja fixo.

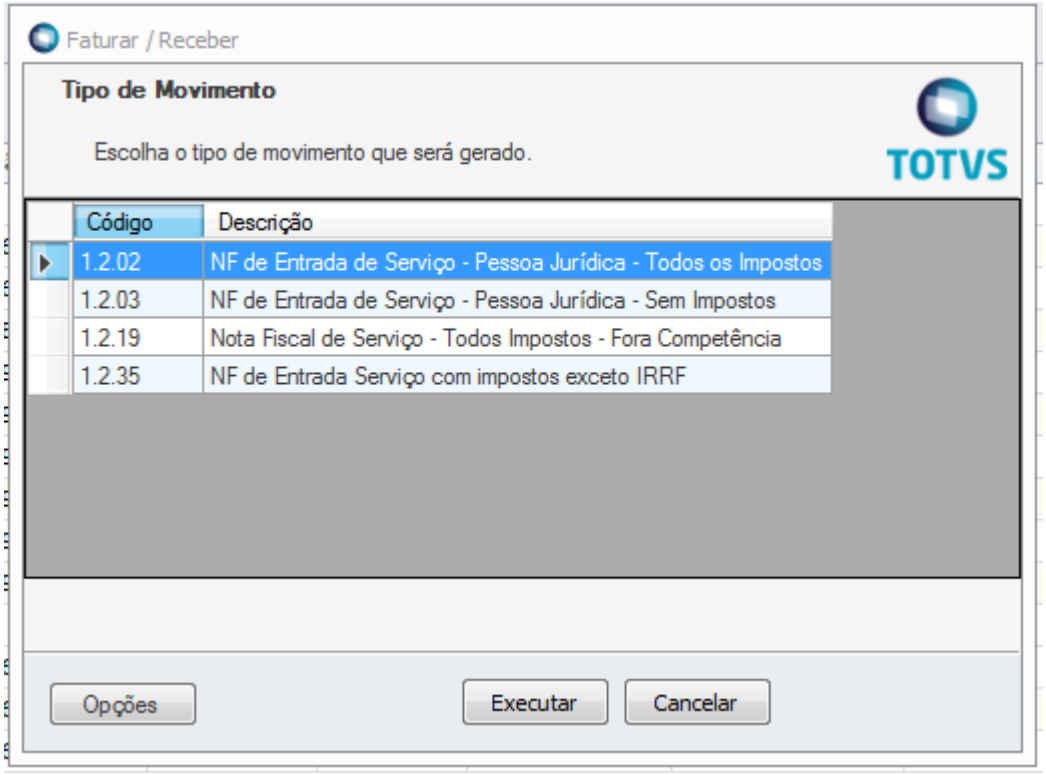
Para notas fiscais de serviços os tipos de movimentos mais comuns são: 1.1.24, 1.1.34 e 1.1.35.



- Selecionar na pesquisa de “nome fornecedor/CNPJ”. Pesquisar o fornecedor que deseja fazer o lançamento da nota.



- Selecionar a provisão com status pendente que deseja fazer o lançamento da nota fiscal, observando a competência ao qual se refere o serviço e clicar em “receber”.

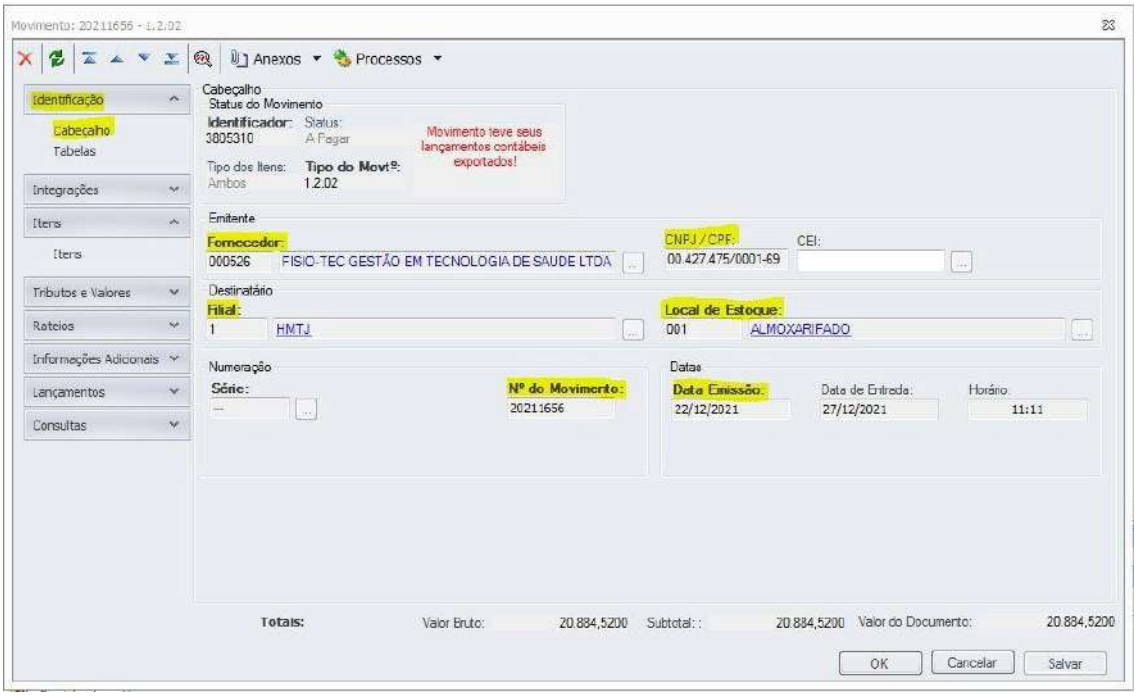


- Após clicar em receber o sistema questionará qual o movimento para o lançamento da nota fiscal. Temos disponível no sistema 4 (quatro) movimentos para as notas de serviços, são eles:

1.2.02 Nota fiscal de entrada de serviço - Pessoa Jurídica - Todos os impostos: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços que possuem todos os impostos retidos;
1.2.03 Nota fiscal de entrada de serviço - Pessoa Jurídica - Sem impostos: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços que não possuem retenção de impostos;
1.2.19 Nota fiscal de serviços - Todos impostos – Fora competência: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços fora de competência com todos os impostos retido mediante a autorização de uso;
1.2.35 Nota fiscal de entrada de serviço com impostos exceto IRRF: Nesse movimento enquadra-se as notas fiscais de serviços que possuem retenção de impostos exceto IRRF.

- Selecionar o movimento para lançamento de acordo com a nota fiscal pretendida. Abrirá os campos para lançamento e deverá seguir o passo a passo abaixo para preenchimentos das informações:

A)

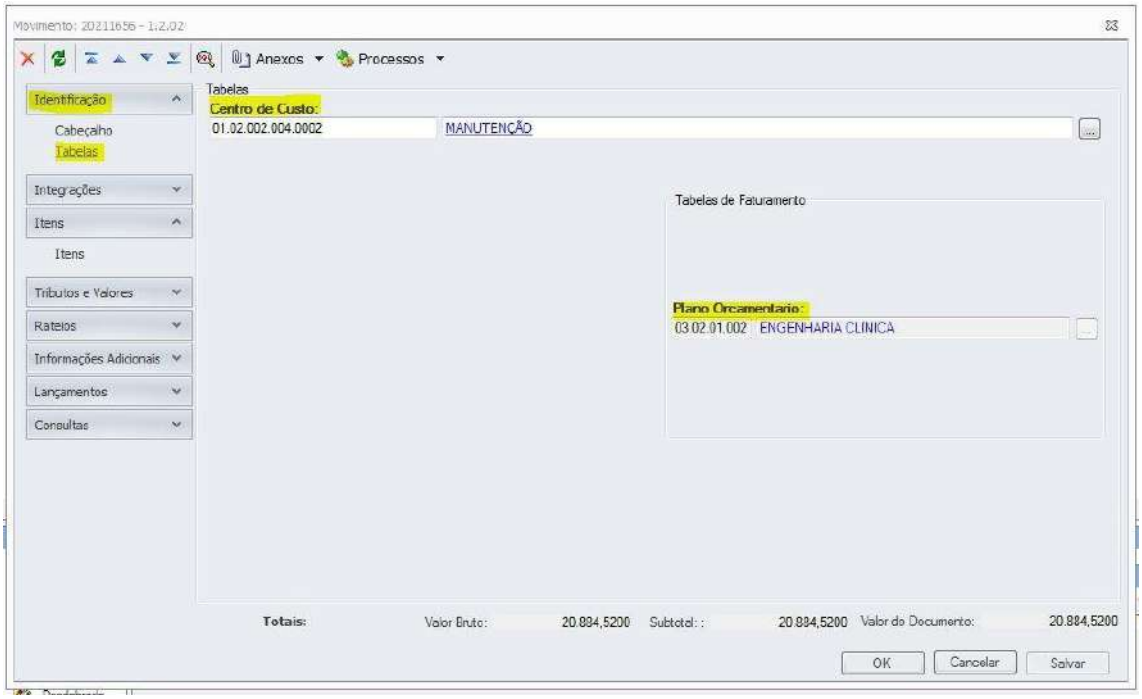


Na tela inicial em: Identificação -> Cabeçalho

Preencher conferir ou preencher o fornecedor, CNPJ/CPF, filial, local de estoque, nº do movimento e data de emissão. Todas as informações devem estar de acordo com o documento fiscal que está sendo lançado.

Exemplo: No print da nota fiscal abaixo deve ser conferido nome e CNPJ do fornecedor, a filial, local do estoque mantem o que estava provisionado, nº do movimento é o número da nota fiscal (20211656) e data de emissão é a data de emissão da nota fiscal.

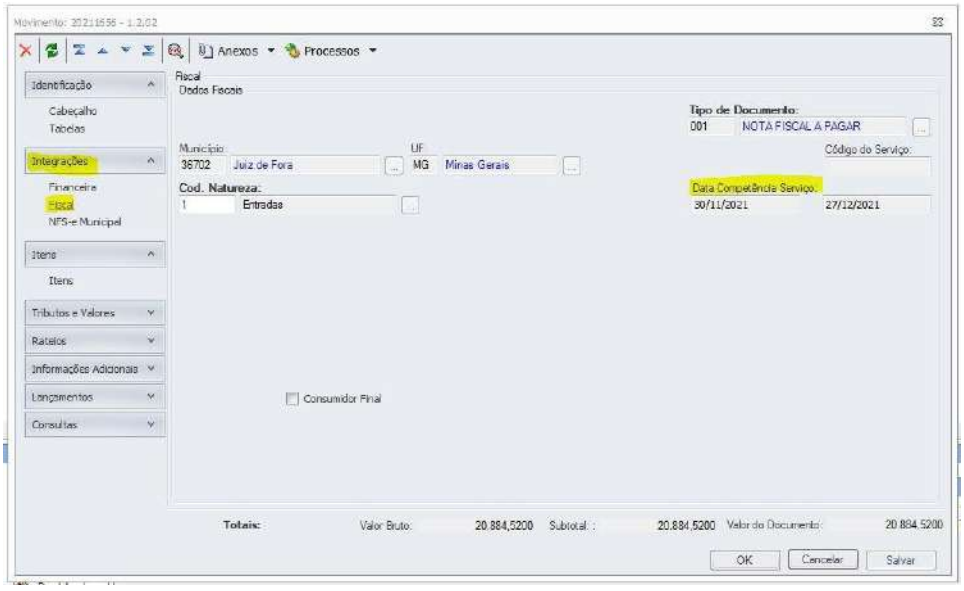
B)



Seguindo com o lançamento na aba de Identificação -> Tabelas, deve-se conferir o centro de custo se está correto e o plano orçamentário se condiz com o serviço prestado.

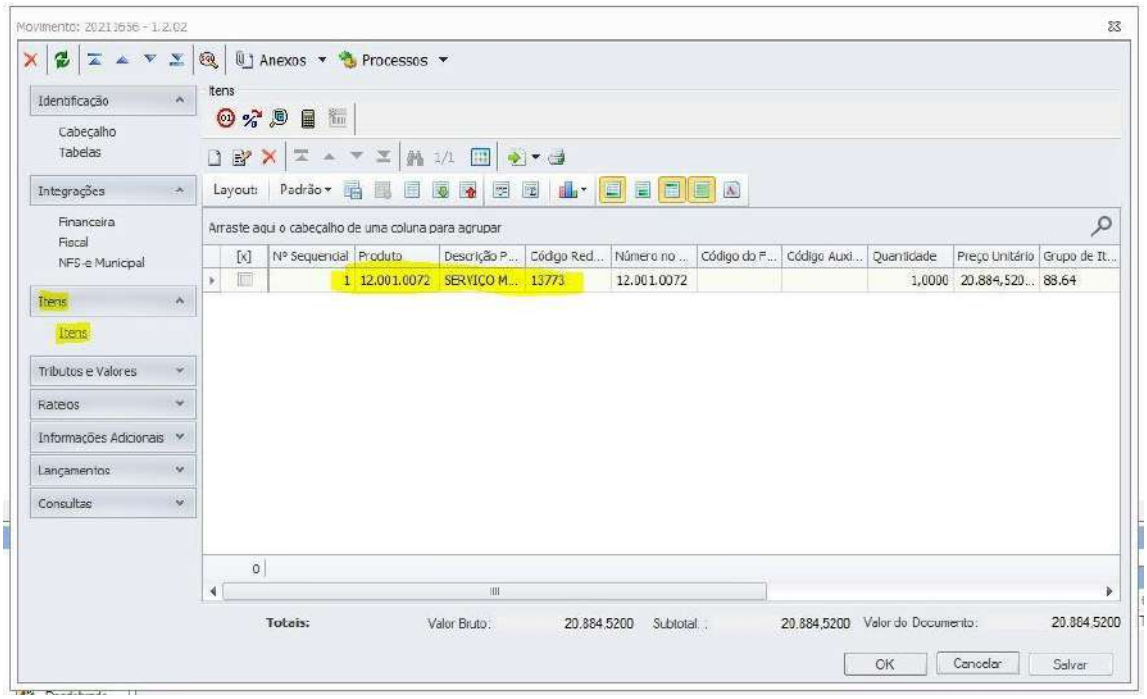
Cada filial possui sua raiz de centro de custo e cada tipo de serviço possui seu plano orçamentário. No momento do lançamento consultar a unidade que está lançando.

C)



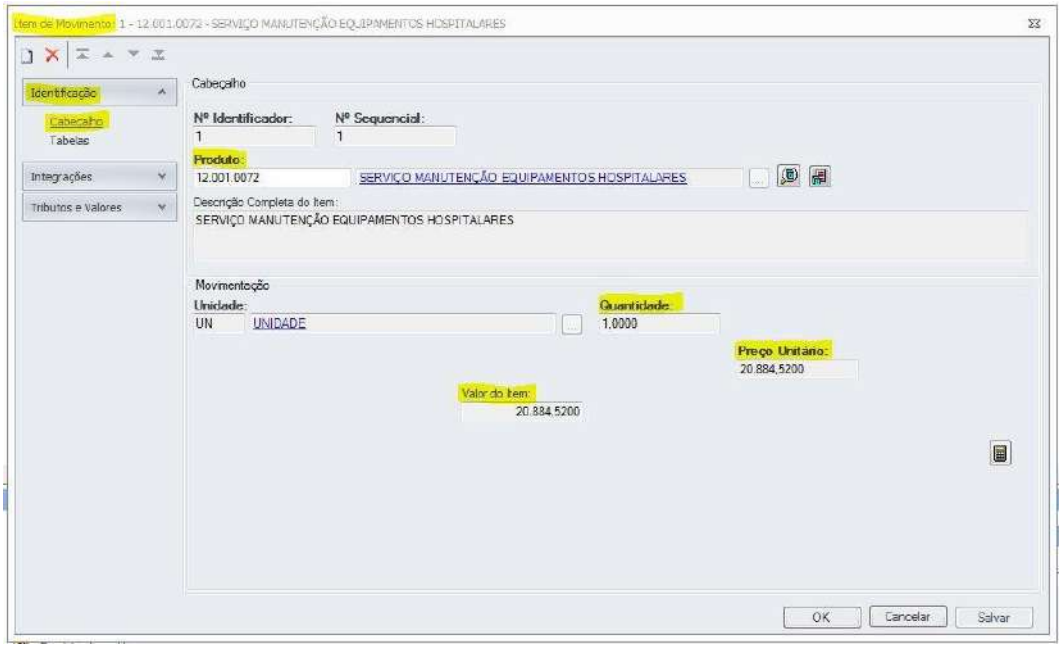
Na aba de Integrações -> Fiscal, deve ser preenchido o campo de data de competência serviço com a data inicial e final de quando o serviço foi efetivamente prestado.

D)



Na aba Itens -> Itens, clicar duas vezes no lançamento do item.

E)



Com a janela dos itens de movimento em aberto, na aba de Identificação -> Cabeçalho, conferir: O produto, quantidade, preço unitário e valor do item (valor total) se estão de acordo com o documento fiscal, caso não esteja, ajustar os mesmos.

Exemplo: No print abaixo da nota fiscal o valor unitário e total do serviço é 20.884,52 e a quantidade é 1. Vale ressaltar que o valor bruto que conta no lançamento do item.

NOME/RAZÃO SOCIAL: **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
CPF/CNPJ: **21583042000172** CMC: **004.043/00-6**
ENDEREÇO: **R DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS - 36025330 - Juiz de Fora / MG**
TELEFONE: EMAIL:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇO: 14.01 - 140100100 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de motores, máquinas ...

01 SERVICOS DE ENGENHARIA CLINICA - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS -MATRIZ. REF AO PERIODO DE 20/11/2021 A 19/12/2021

QTD.	UNIT.	TOTAL	DES. INCOND.	DES. COND.	DEDUÇ.	BASE CÁLC.
1,00	20.884,52	20.884,52	0,00	0,00	0,00	20.884,52

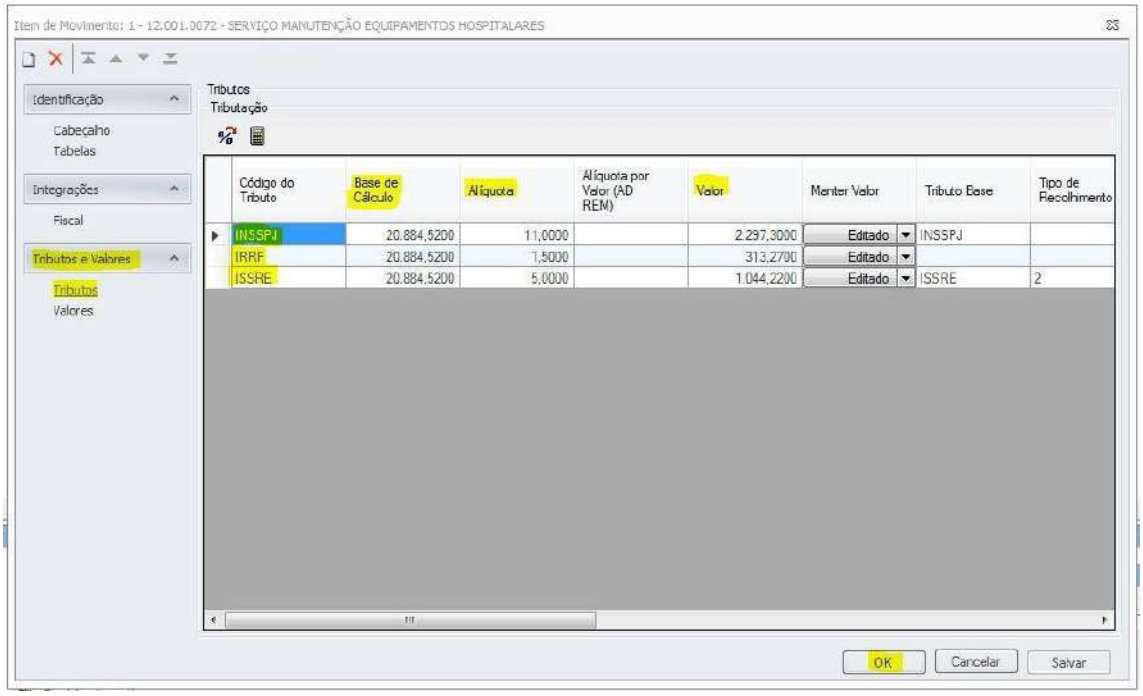
TRIBUTAÇÃO

Exigibilidade (Natureza da Operação):	Imposto retido pelo tomador?	Município de Incidência:
Exigível	Sim	Juiz de Fora-MG

VALORES TOTAIS

Valor Serviços R$ 20.884,52	Desc. Incondicional R$ 0,00	Desc. Condicional R$ 0,00	Deduções da Base R$ 0,00	Base de Cálculo R$20.884,52
Alíquota ISS 5,00%	Valor ISS R$0,00	Valor ISS retido R$ 1.044,22	Valor PIS R$ 135,75	Valor COFINS R$ 626,54
Valor IR R$ 313,27	Valor INSS R$ 2.297,30	Valor CSLL R$ 208,85	Valor Outras Retenções R$ 0,00	**Valor Líquido** R$ 16.258,59

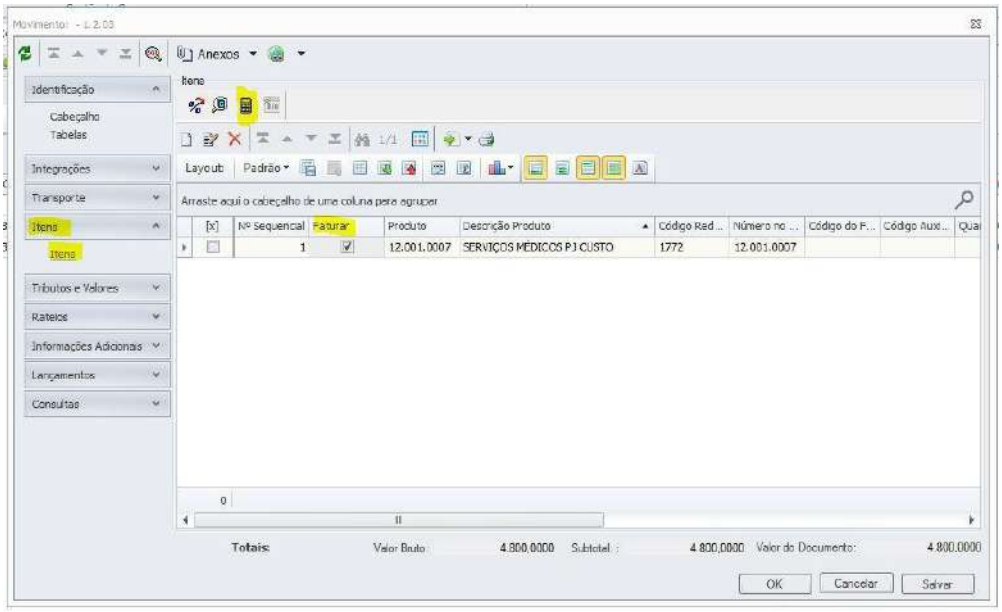
F)



Na aba Tributos e valores -> Tributos. Preencher os valores dos impostos de acordo com o documento fiscal. Conferir os impostos retidos no documento fiscal e lançar no sistema. Clicar em OK.

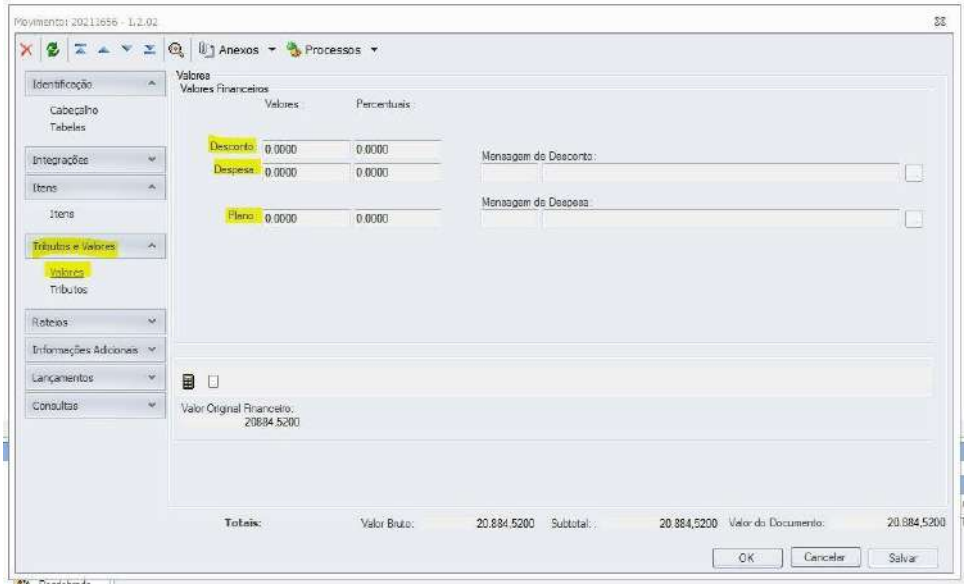
OBS: Dentro do lançamento do item é lançado a retenção de INSS, IRRF e ISS. Caso a nota fiscal tenha retenção de PIS, COFNS e CSLL, deverá ser lançado ao final no lançamento financeiro como CSRF.

G)



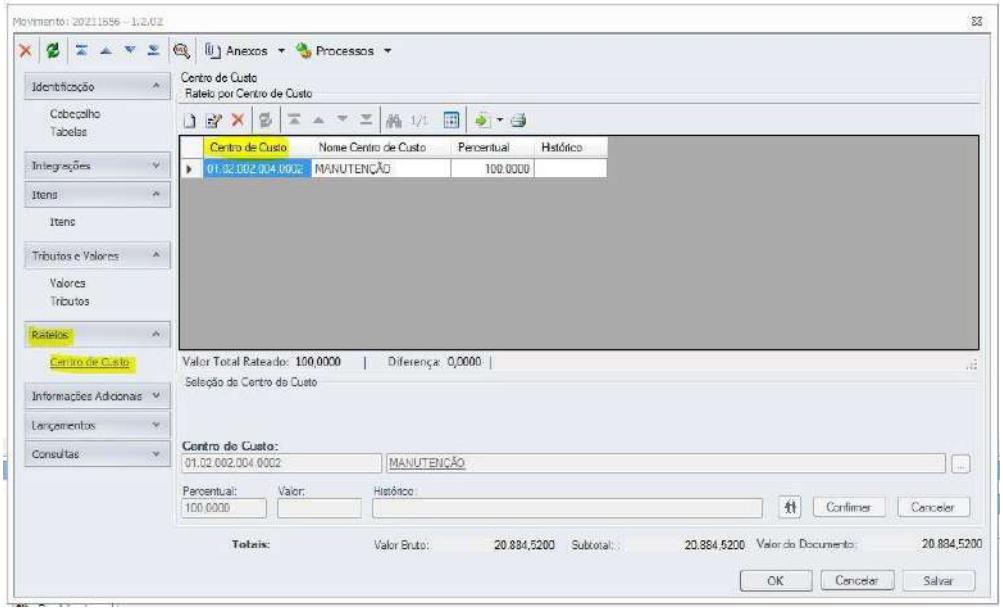
Ainda na aba Itens -> Itens. Marcar a coluna “fatura” e clicar na “calculadora” no início da tela.

H)



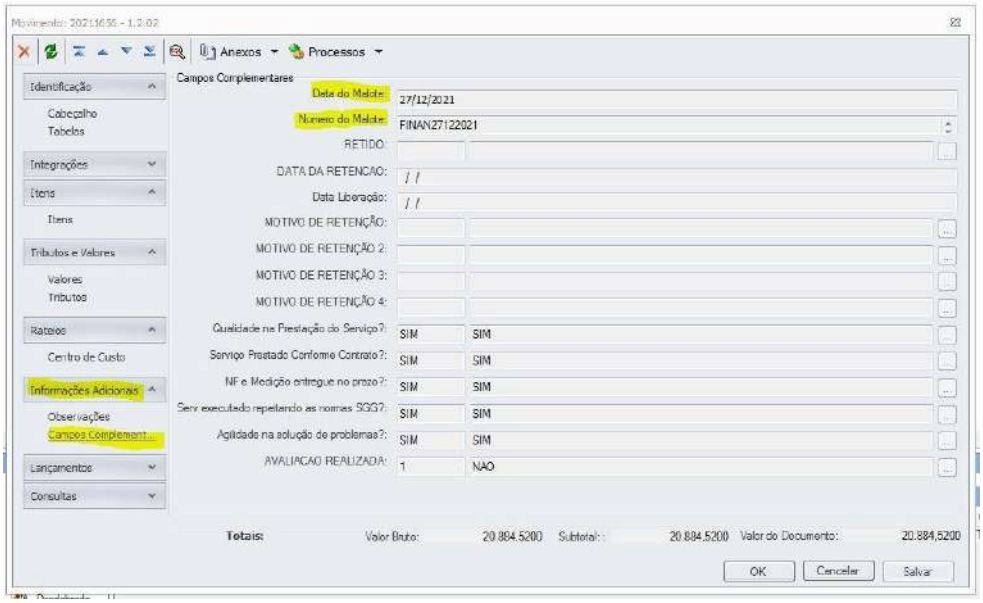
Na aba Tributos e Valores -> Tributos. Caso exista algum ajuste de valor com relação a arredondamento, lançar em desconto ou despesa. Em plano constará o valor de plano de saúde a ser retido, caso o fornecedor tenha.

I)



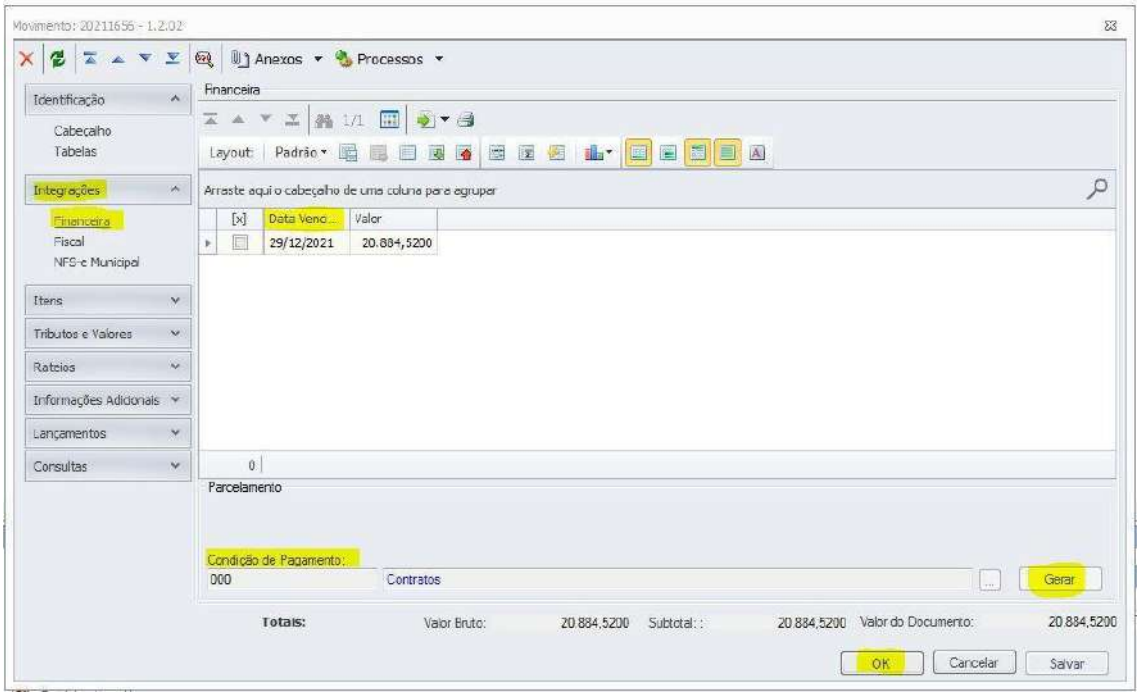
Na aba Rateios -> Centro de custo. Conferir se o centro de custo está igual ao da identificação -> tabelas.

J)



Na aba Informações adicionais -> Campos complementares. Preencher a data do malote (Data que o malote será enviado para a auditoria conferir) e número do malote (utilizar o padrão da unidade que está fazendo).

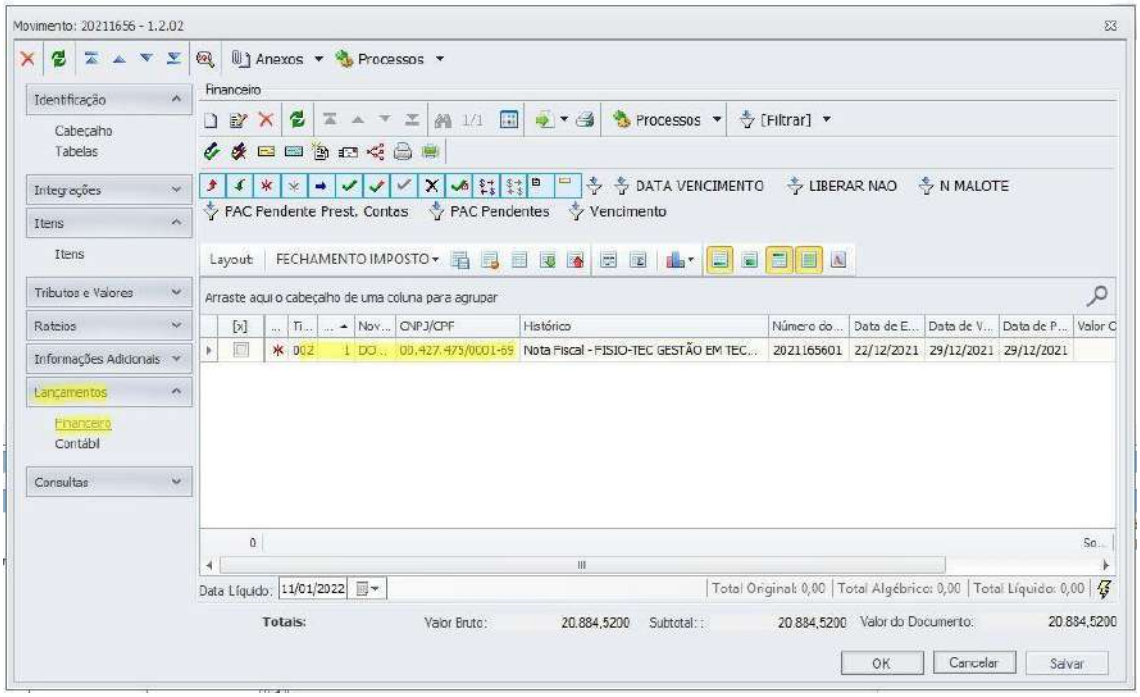
K)



Voltar na aba Integrações -> Financeira. Observar se a condição de pagamento está preenchida, estando ok, clicar em gerar. Ajustar a data de vencimento para a data de vencimento da nota fiscal e clicar em OK.

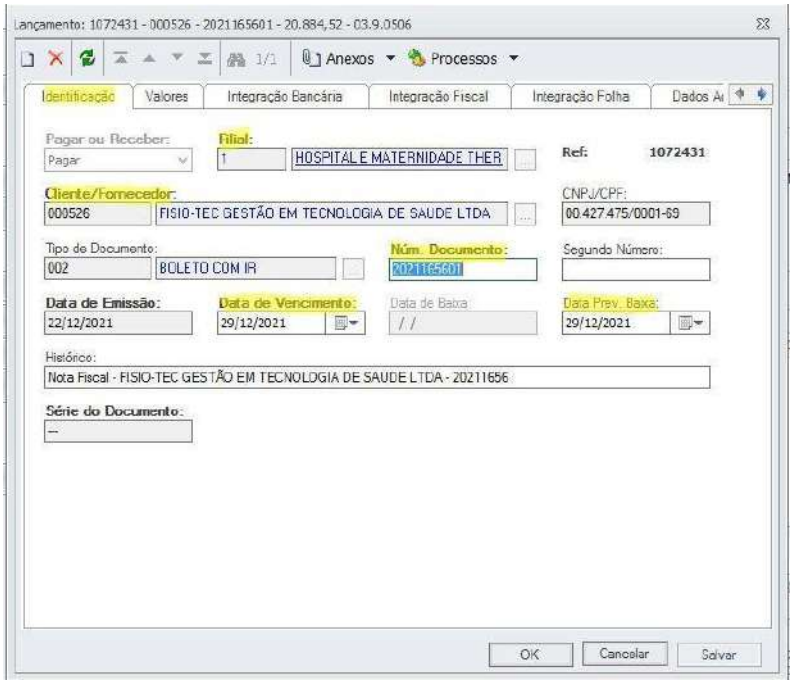
A tela da gestão de estoque será atualizada e aparecerá somente o lançamento que acabou de ser realizado. Clicar novamente não lançamento da nota fiscal:

L)



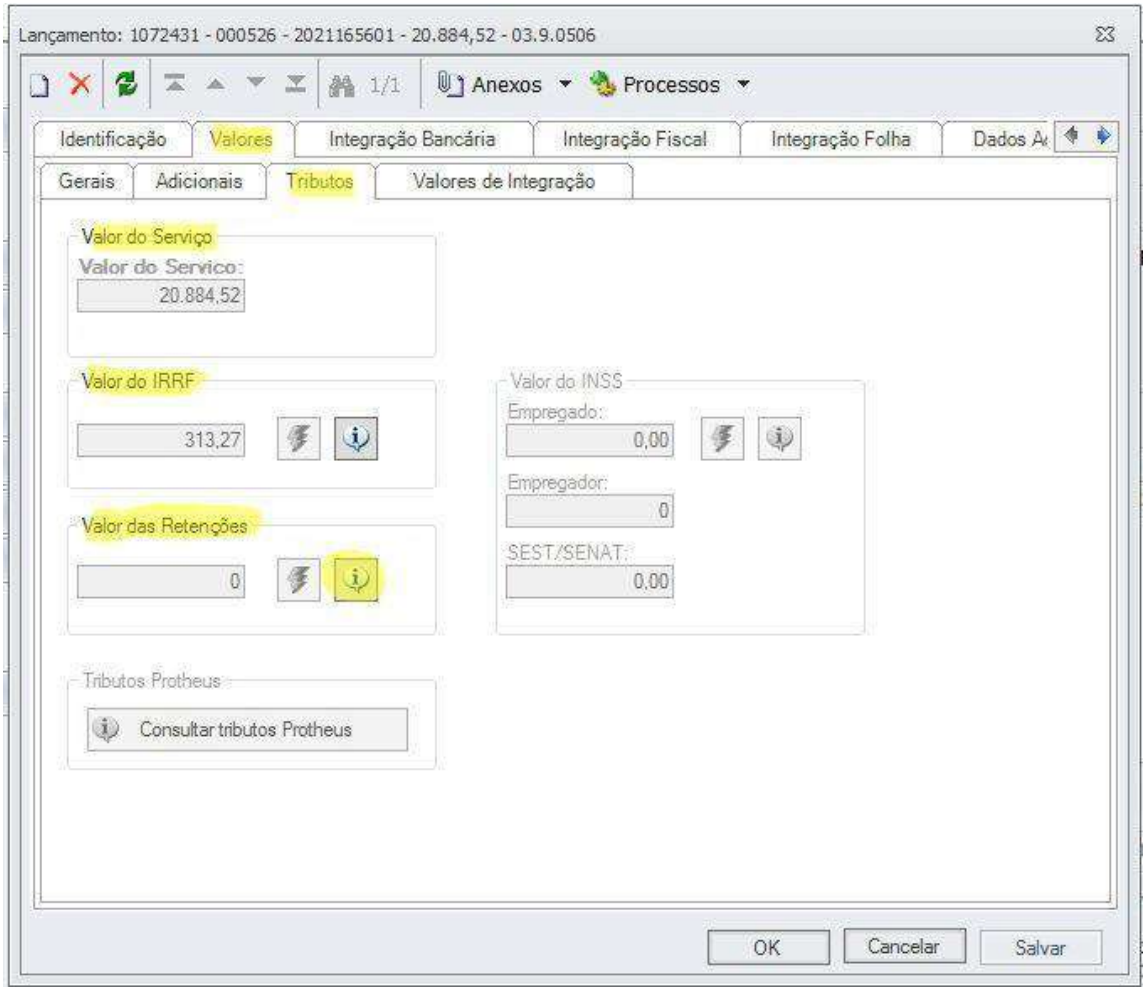
Após abrir novamente o lançamento ir na aba Lançamentos -> Financeiro. Clicar para abrir o lançamento para conferir as informações do lançamento financeiro em lançar a CSRF (PIS, COFINS e CSLL).

M)



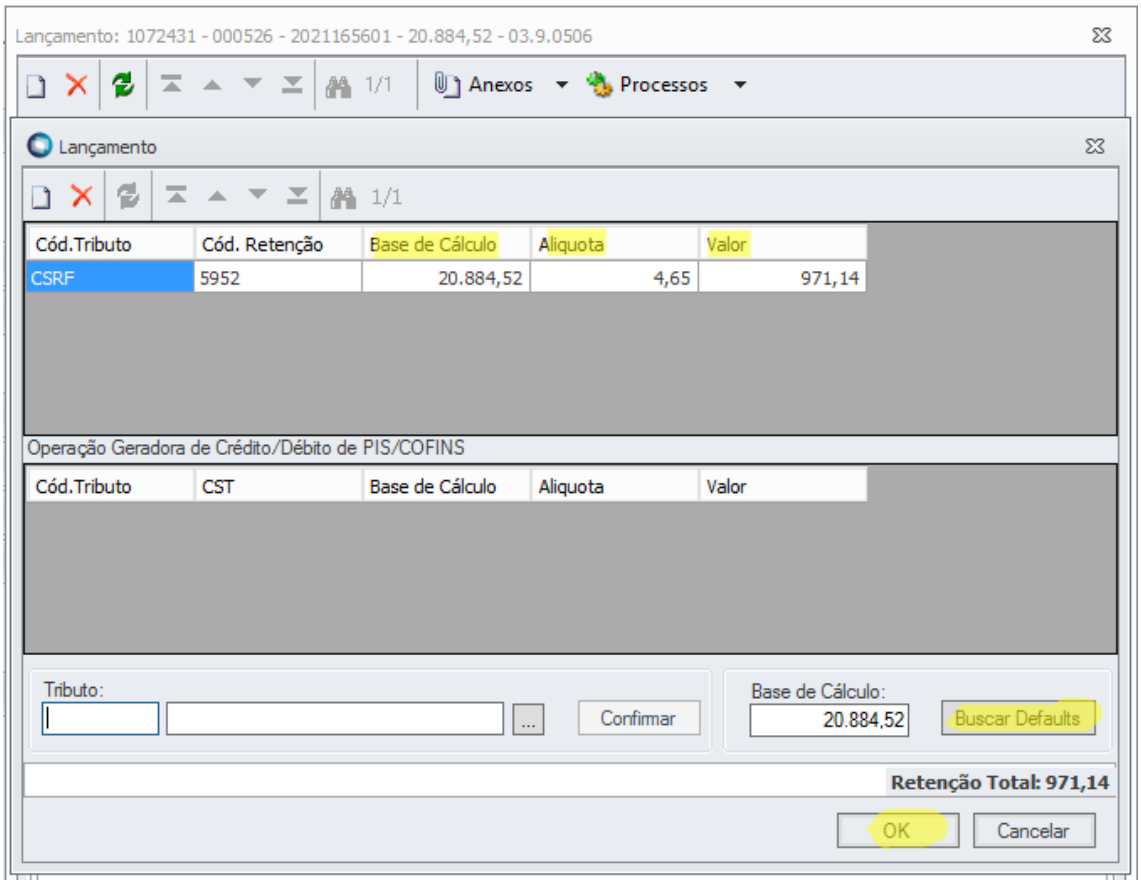
Conferir na aba de Identificação: Filial, Cliente/Fornecedor, número do documento, data de vencimento e data de previsão de baixa.

N)



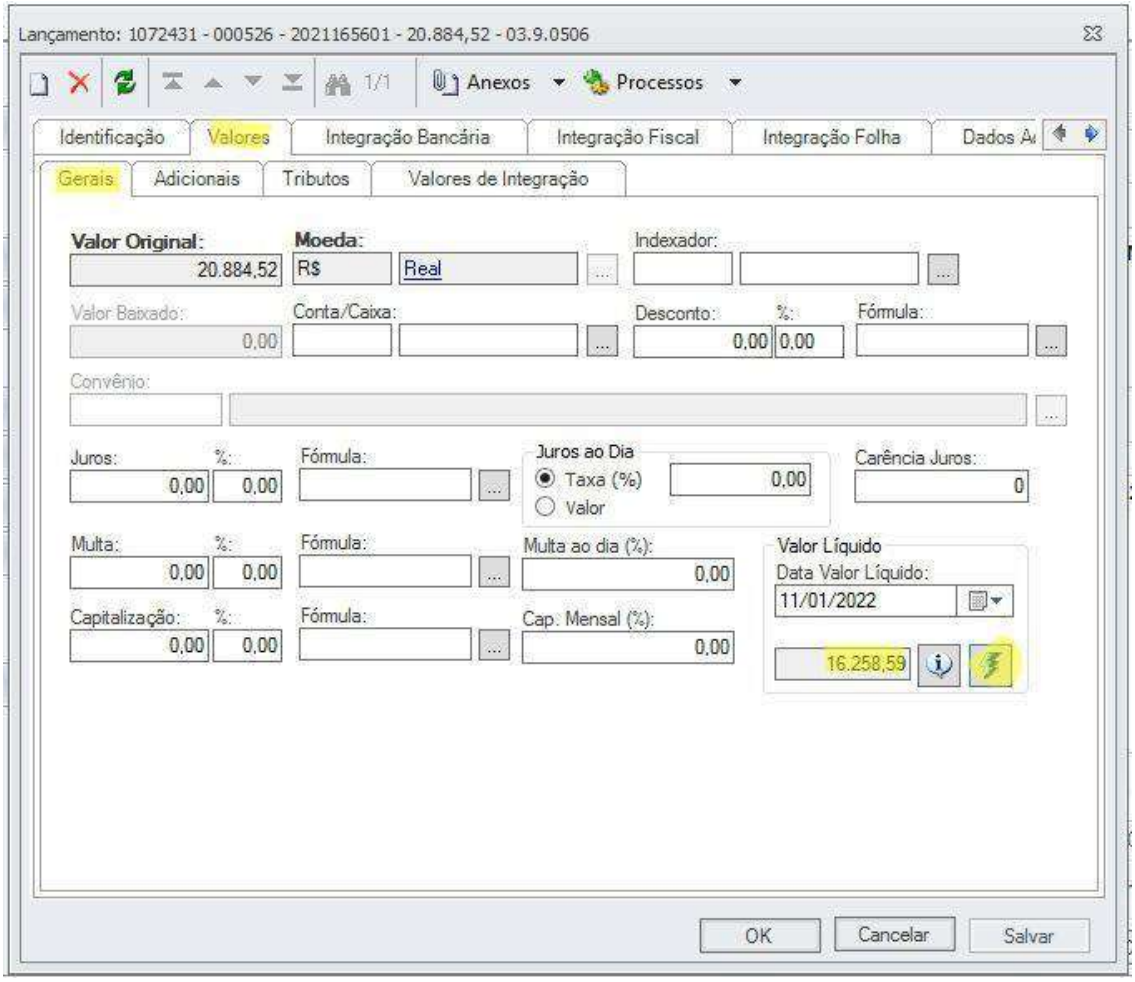
Na aba Valores -> Tributos. Conferir o valor bruto do serviço. Conferir se o valor do IRRF está exatamente igual ao do documento fiscal. No campo de valor das retenções será lançado o valor da CSRF (PIS + COFINS + CSLL), clicar no “i”.

O)



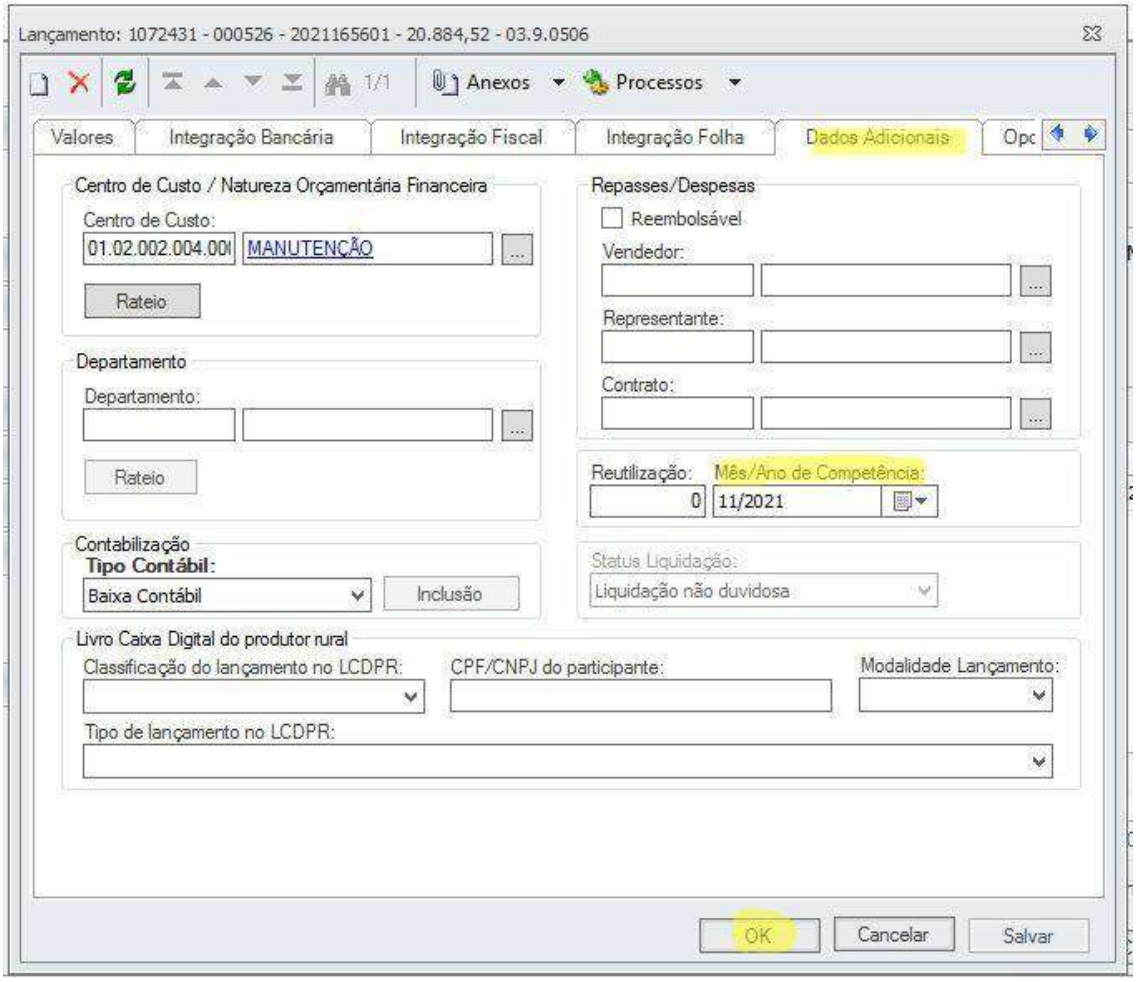
Clicar em buscar defaults e conferir a base de cálculo, alíquota e valor da CSRF (PIS + COFINS + CSLL somados da nota fiscal), estando correto só clicar em OK.

P)



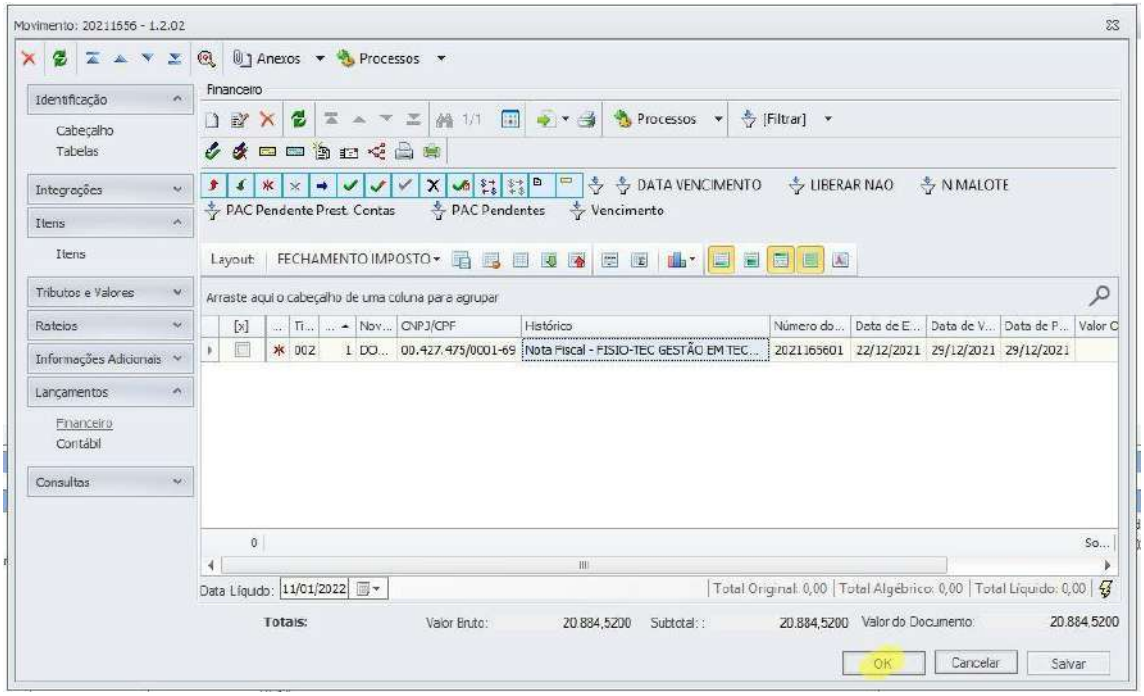
Voltar na aba de Valores -> Gerais. Clicar no raio para buscar o valor líquido do lançamento, conferir se o valor apresentado é o valor líquido da nota fiscal.

Q)



Na aba Dados adicionais, preencher o mês/ano de competência de acordo com o período que o serviço foi prestado. Feito isso, clicar em OK.

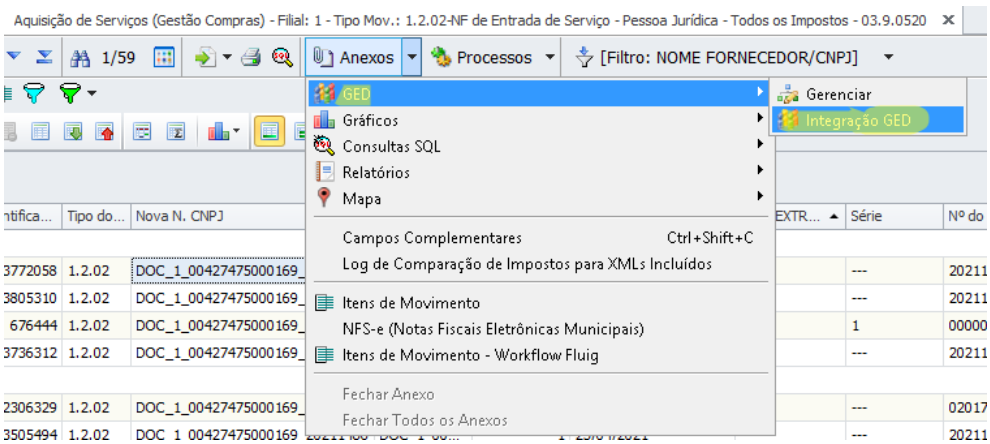
R)



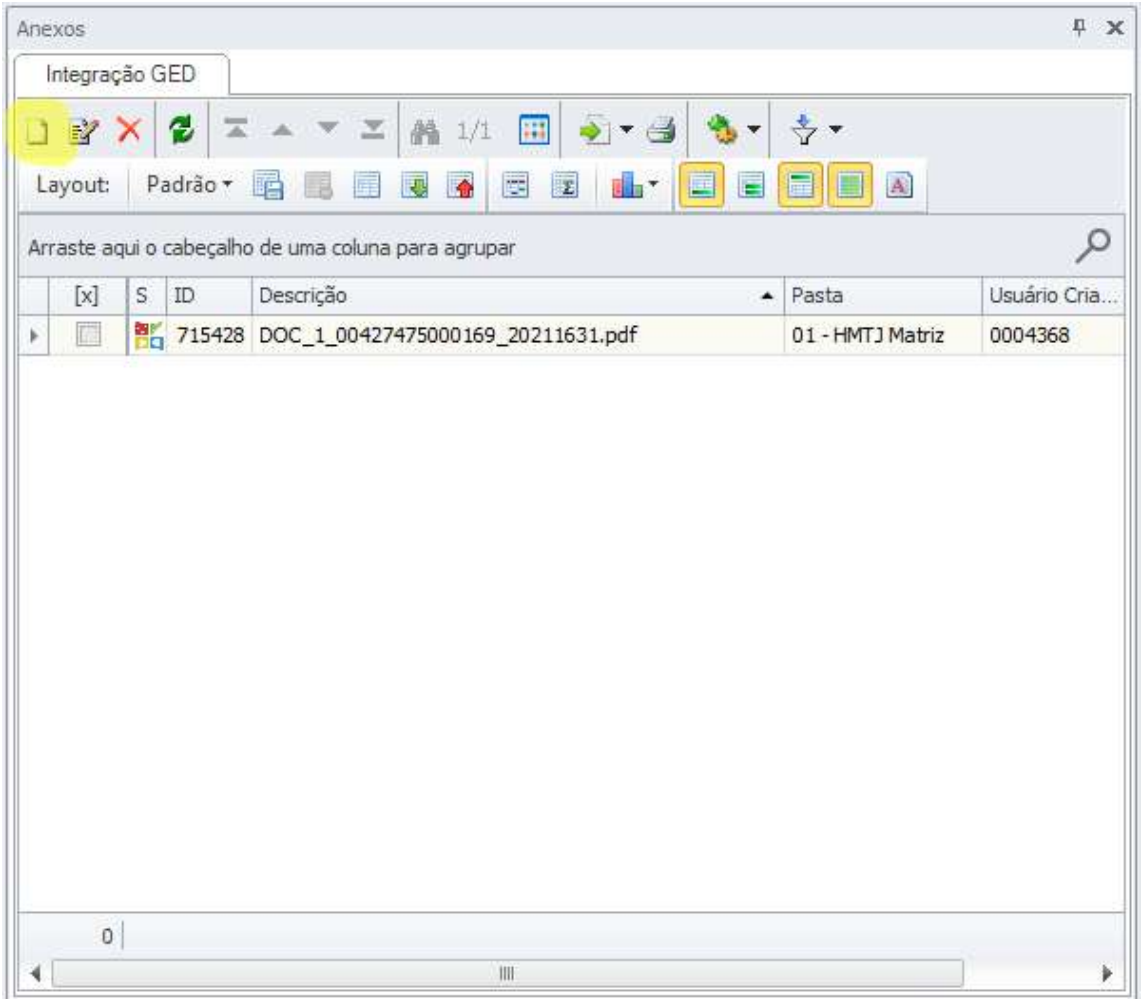
Voltará para a tela do lançamento da nota fiscal da gestão de estoque, clicar em OK para finalizar o lançamento.

S)

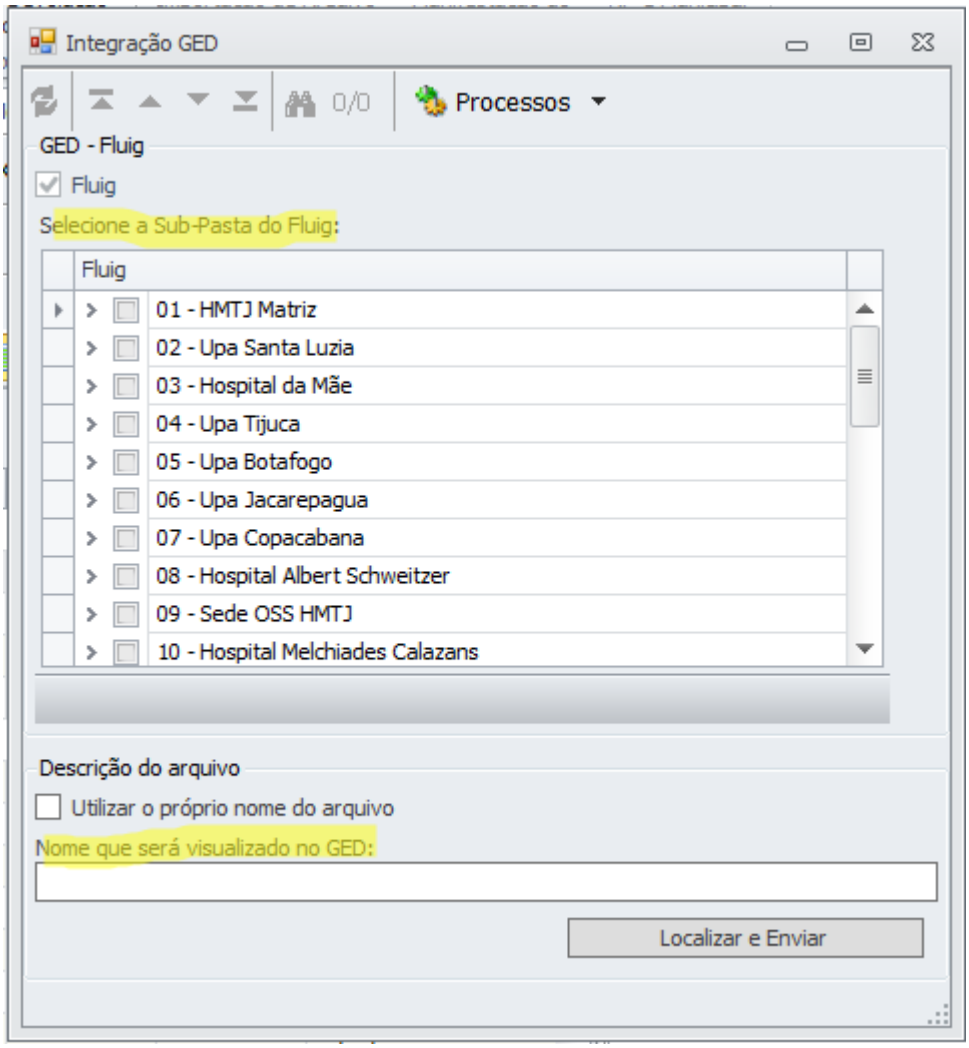
Finalizado o lançamento da nota fiscal, deve ser anexado o arquivo da nota fiscal no lançamento.



Copiar a nomenclatura do CNPJ (A nomenclatura é composta por DOC_número da filia_CNPJ do fornecedor_número do documento) e clicar em anexos -> GED -> Integração GED.



Clicar no papel em branco de novo



Selecionar a filial para salvar o anexo da nota fiscal e colar a nomenclatura copiada. Clicar em localizar e enviar e selecionar a nota fiscal para ser anexada.

Ordem do ARQUIVO a ser anexado:

Nota fiscal

Ordem de compra (Se tiver)

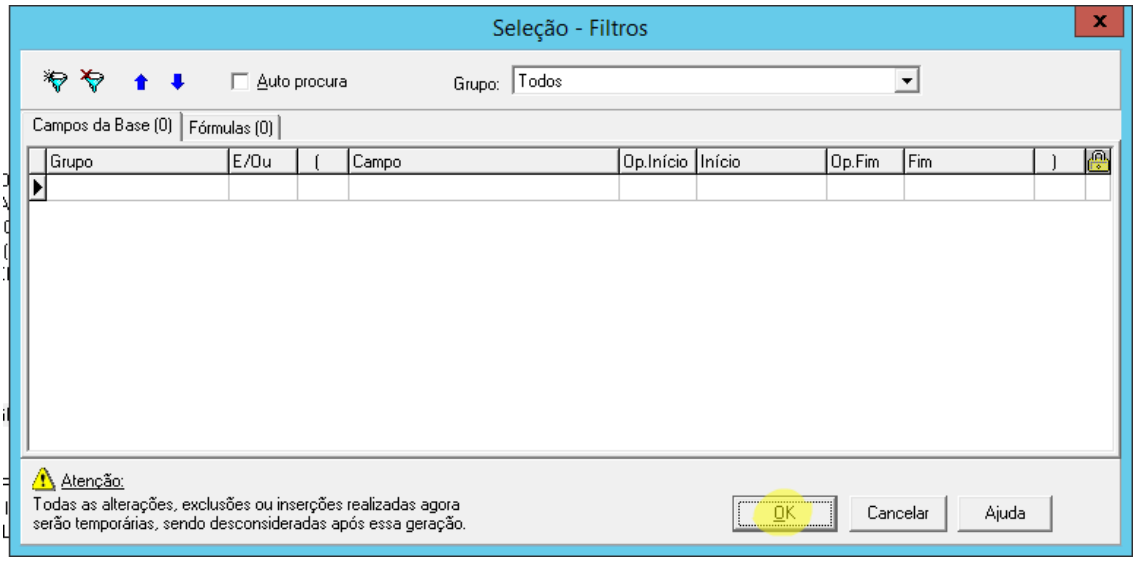
Boleto (Se tiver)

Medição ou Cotação

3) Após lançamento no sistema e anexar o arquivo, é necessário extrair a capa do malote a ser encaminhado ao setor de auditoria.

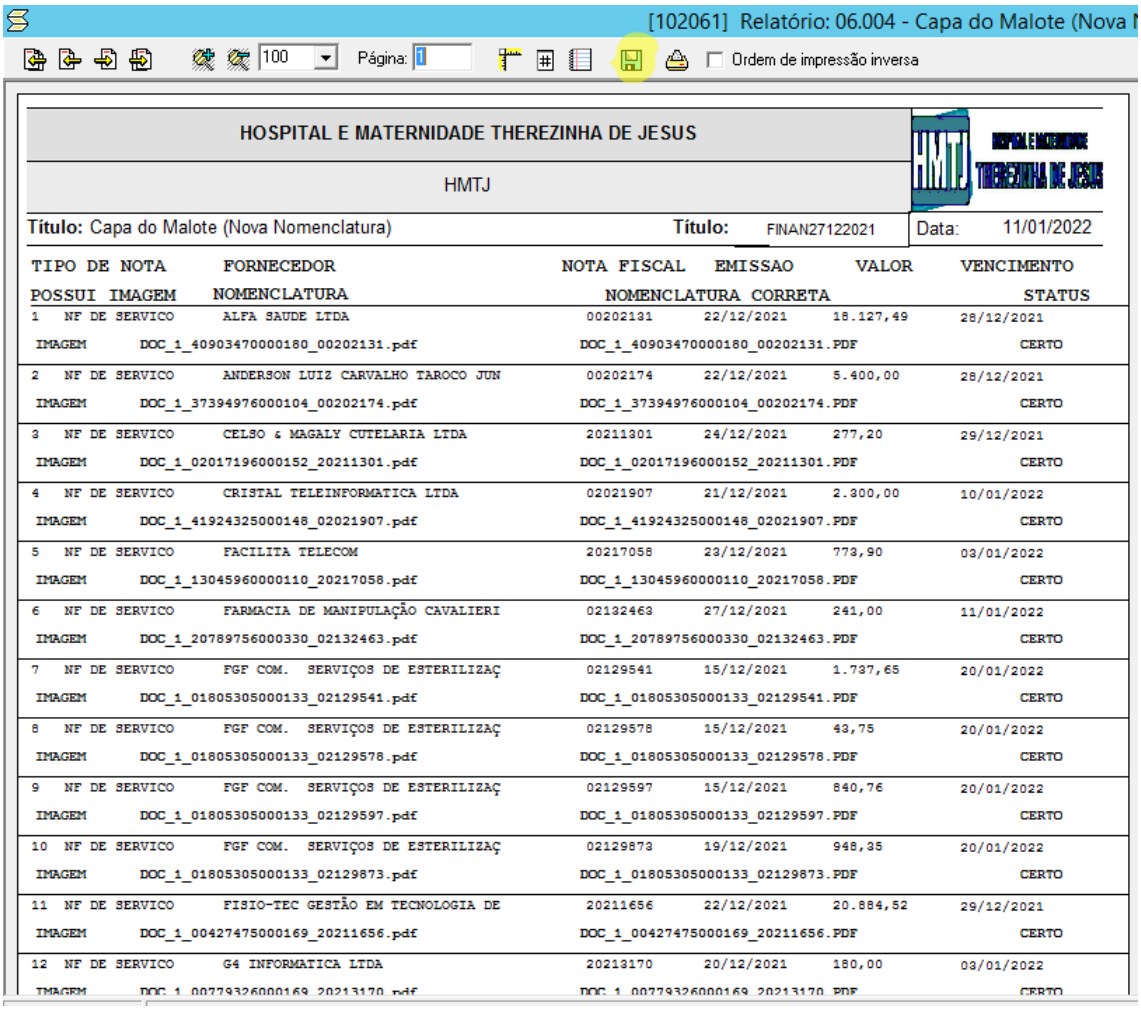
Ir em Backoffice -> Gestão de estoque, compras e faturamento:

Clicar em OK:



Colocar o número da filial e o número do malote:

Salvar o arquivo em PDF e enviar por e-mail ao setor de auditoria para análise e liberação para pagamento:



[102061] Relatório: 06.004 - Capa do Malote (Nova N

100 Página: 1 Ordem de impressão inversa

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

HMTJ

Título: Capa do Malote (Nova Nomenclatura) **Título:** FINAN27122021 Data: 11/01/2022

TIPO DE NOTA / POSSUI IMAGEM	FORNECEDOR / NOMENCLATURA	NOTA FISCAL / NOMENCLATURA CORRETA	EMISSAO	VALOR	VENCIMENTO / STATUS
1 NF DE SERVICO	ALFA SAUDE LTDA	00202131	22/12/2021	18.127,49	28/12/2021
IMAGEM	DOC_1_40903470000180_00202131.pdf	DOC_1_40903470000180_00202131.PDF			CERTO
2 NF DE SERVICO	ANDERSON LUIZ CARVALHO TAROCO JUN	00202174	22/12/2021	5.400,00	28/12/2021
IMAGEM	DOC_1_37394976000104_00202174.pdf	DOC_1_37394976000104_00202174.PDF			CERTO
3 NF DE SERVICO	CELSO & MAGALY CUTELARIA LTDA	20211301	24/12/2021	277,20	29/12/2021
IMAGEM	DOC_1_02017196000152_20211301.pdf	DOC_1_02017196000152_20211301.PDF			CERTO
4 NF DE SERVICO	CRISTAL TELEINFORMATICA LTDA	02021907	21/12/2021	2.300,00	10/01/2022
IMAGEM	DOC_1_41924325000148_02021907.pdf	DOC_1_41924325000148_02021907.PDF			CERTO
5 NF DE SERVICO	FACILITA TELECOM	20217058	23/12/2021	773,90	03/01/2022
IMAGEM	DOC_1_13045960000110_20217058.pdf	DOC_1_13045960000110_20217058.PDF			CERTO
6 NF DE SERVICO	FARMACIA DE MANIPULAÇÃO CAVALIERI	02132463	27/12/2021	241,00	11/01/2022
IMAGEM	DOC_1_20789756000330_02132463.pdf	DOC_1_20789756000330_02132463.PDF			CERTO
7 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129541	15/12/2021	1.737,65	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129541.pdf	DOC_1_01805305000133_02129541.PDF			CERTO
8 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129578	15/12/2021	43,75	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129578.pdf	DOC_1_01805305000133_02129578.PDF			CERTO
9 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129597	15/12/2021	840,76	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129597.pdf	DOC_1_01805305000133_02129597.PDF			CERTO
10 NF DE SERVICO	FGF COM. SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇ	02129873	19/12/2021	948,35	20/01/2022
IMAGEM	DOC_1_01805305000133_02129873.pdf	DOC_1_01805305000133_02129873.PDF			CERTO
11 NF DE SERVICO	FISIO-TEC GESTÃO EM TECNOLOGIA DE	20211656	22/12/2021	20.884,52	29/12/2021
IMAGEM	DOC_1_00427475000169_20211656.pdf	DOC_1_00427475000169_20211656.PDF			CERTO
12 NF DE SERVICO	G4 INFORMATICA LTDA	20213170	20/12/2021	180,00	03/01/2022
IMAGEM	DOC_1_00779326000169_20213170.pdf	DOC_1_00779326000169_20213170.PDF			CERTO

V. Siglas e Definições

NF: Nota fiscal;
CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
ISS: Imposto sobre Serviço;
PIS: Programa de Integração Social;
COFINS: Contribuição para Financiamento da Seguridade Social;
IRRF: Imposto de Renda Retido na Fonte;
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social;
CSLL: Contribuição Social Sobre Lucro Líquido;
CPF: Cadastro de Pessoa Física;
CSRF: Contribuições Sociais Retidas na Fonte.

VI. Anexos

N/A

VII. Referências

Receita Federal do Brasil

Sistema RM

Sistema Fluig

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade

Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade

Considerando que a prática de humanização em saúde na assistência prestada aos nossos pacientes significa agregar valor à experiência vivida por eles neste momento de sua permanência no ambiente hospitalar, de forma a acolhê-lo e dar suporte psicológico, afetivo e responsável, que muitas vezes se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento. Permite também a equipe desenvolver o seu conhecimento técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade na entrega de seu trabalho.

O planejamento da assistência deve sempre abordar e respeitar os valores individuais dos pacientes considerando suas circunstâncias sociais, étnicas, sexuais, comportamentais, grau de instrução, costumes entre outros fatores que caracterizam a história e vivência familiar a qual cada indivíduo pertence.

Pautada na integralidade do cuidado em atendimento à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o contato acolhedor e sem juízo de valores é fundamental, neste contexto a valorização dos diferentes profissionais implicados no processo de produção para saúde enfatiza a necessidade de autonomia para execução de seu trabalho com corresponsabilidades entre os integrantes estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva no cuidado humanizado.

O GTH se encaixa justamente neste processo no planejamento de ações e busca por saídas criativas e dentre as situações encontradas durante o período de internação e ou atendimento no ambiente hospitalar, contribuindo também por ambiente mais harmônico de trabalho e melhorando a qualidade do atendimento aos usuários. Trata-se de uma forma de engajar parceiros tanto usuários do serviço quanto profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços.

A Comissão de Humanização da OSSHMTJ desenvolverá projetos que buscam fornecer aos pacientes atendidos e familiares um ambiente acolhedor, humano, respeitando as individualidades e estabelecendo vínculos responsáveis nas interfaces do cuidado.

A instituição também entende que o profissional que está no cuidado também precisa de ser acolhido e cuidado, pois o resultado será positivo, pois o mesmo poderá trabalhar num ambiente saudável, com melhor entrega para seus pacientes.

A coordenação do GT deverá ser escolhida dentre as lideranças compromissadas com a ideia da humanização.

Objetivos:

• Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.

Entre os projetos que serão implantados destacam-se:

1- Campanha "O que importa para você"

A campanha: "O que importa para você?" iniciou nos Estados Unidos em 2010, sendo a idealizadora do projeto Maureen Bisognano e veio para o Brasil através de um hospital da Congregação Santa Catarina. O dia 6 de junho é o dia escolhido para que unidades de saúde em todo o mundo realizem ações que impulsionem o movimento.

A ideia inicial desse projeto, é substituir a pergunta "qual é o seu problema?" para "O que importa para você?", no intuito de fazer com que os profissionais de saúde obtenham mais empatia com os pacientes assistidos, além de trazer um certo conforto e transmitir confiança para os mesmos.

O fato desse projeto trabalhar em cima da humanização em saúde e empatia nos cuidados, traz consigo a reflexão por cada profissional, sobre a importância da promoção da saúde.

Atualmente há muitos pacientes de diversas idades, que se encontram em um estado de cuidados paliativos ou longa permanência nas instituições. Por mais que esses pacientes tenham recebido um diagnóstico com um "final preestabelecido", os mesmos possuem desejos e anseios, e é nessa visão que a a Campanha – "O que importa para você?" atua, proporcionando a essa vida, dignidade, transmitir a eles paz e segurança, até mesmo para suas famílias em um momento tão delicado.

Por esse motivo a campanha vem ganhando força e se tornou uma campanha conhecida internacionalmente, sendo todo o dia 06 de Junho a data comemorativa da campanha – "O que importa para você?".

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus aderiu a ideia da Campanha, desde 2019. E a cada ano, o hospital separa uma semana de Junho para estar celebrando com os pacientes e funcionários "O que importa para eles?", sendo realizada durante esses dias uma ornamentação temática específica, e realizada uma cantata pelos corredores do hospital com um grupo específico (trazendo um pouco mais de alegria, paz, esperança, fé tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde), além de ser espalhado por todo o hospital banners, para que os funcionário possam expressar em um pequeno papel o que é importante para eles.

No ano de 2022, a campanha foi realizada em 4 dias, iniciando no dia 06/06 e com término no dia 09/06. A entrada do hospital contou com uma decoração contendo as cores da campanha, com bexigas, local que as pessoas utilizaram para tirar fotos e expressar o que sentiam. Os dois primeiros dias foram dedicados aos pacientes. Nestes, foram realizadas apresentações musicais pelos corredores e leitos do hospital, os pacientes puderam escolher a música que gostavam, para que pudesse ouvi-la pela banda presente. A empresa de televisão da TV Integração esteve presente nesses dias, vivenciando e podendo registar diversos momentos de emoção e felicidade vividos pelos pacientes e equipe.

O terceiro e quarto dia de campanha foram voltados aos funcionários, para que estes também pudessem contribuir e serem atendidos com o que importa para eles. No refeitório da instituição, nos horários de almoço e jantar, tivemos a presença de uma banda ao vivo, levando distração a todos que estavam presentes, abrangendo os plantões diurno e noturno. Foram distribuídas balas customizadas, com frases de inspiração para os colaboradores presentes, além de receberem um coração de papel para que pudessem acessar um QrCode e registrar um momento importante que vivenciaram com algum paciente.

Em todos os dias, uma pessoa vestida de coração circulou pelo hospital junto com as atividades realizadas durante a campanha, desta forma, mostrando a todos que também são importantes para a instituição. 4 banners foram expostos pela instituição, onde as pessoas puderam descrever em um post-it o que seria importante para elas, e posteriormente elas anexavam no banner. No refeitório do hospital, foram colocados dois cartazes com os nomes dos colaboradores, para que estes pudessem identificar e grifar seu próprio nome.

Benefícios para o paciente e familiares

A idéia é ouvir os pacientes e seus familiares, promovendo conversas mais significativas, tornando a passagem pelo hospital mais acolhedora. E com essa percepção de sensibilidade o grupo irá fazer uma programação para atendimento das necessidades dos pacientes de maneira a não interferir no processo de cuidar. Todas as ações serão realizadas pelo Grupo de Humanização Hospitalar (GTH) onde participam os enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos e convidados artistas para complementação das ações.

Tais como:

- ✓ Cantata beira leito;
- ✓ Oferta de uma alimentação diferente e de escolha do paciente mediante autorização médica (Pipoca; Hamburguer, bolo, sorvete entre outros);
- ✓ Cantata durante uma alta tanto esperada de um paciente/família;
- ✓ Visitação de pet para casos específicos, previamente autorizado e consensuado com SCIH;
- ✓ Passeio no na área externa para contato ao sol;
- ✓ Comemoração de aniversário de pacientes;
- ✓ Corte de cabelo por profissional;
- ✓ Cuidados com a pele;
- ✓ Entre outras ações que são atendimento às necessidades do paciente mediante a resposta da pergunta “O que importa para você”.

Benefícios para o colaborador

O projeto prevê uma semana de aplicação da campanha no mês de junho em toda instituição, sendo este período reservado para a comemoração da iniciativa do projeto “O que importa para você” internacionalmente. Nesta semana o Hospital será todo enfeitado com balões sobre a temática além de disponibilizar em todos andares em local estratégico um *Banner* com pergunta temática “O que importa pra você” onde o colaborador poderá colocar sua opinião e ou expectativas, sejam profissionais e ou pessoais. Estas pesquisas internas serão avaliadas pela comissão com intuito de apresentação para alta direção e na medida do possível atender às solicitações dos colaboradores. Com essa iniciativa conseguimos melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, estabelecer melhor relação com equipes multiprofissional, melhoria do clima organizacional.

OUTROS PROJETOS:

2- Campanha de doação de roupas e agasalhos kits de higiene

A equipe multiprofissional, realizará levantamento das necessidades dos pacientes internados que possuem algum nível de vulnerabilidade social que não possuem condições de obter vestimentas adequadas e ou agasalhos.

Será realizada campanha mensal para doação de roupas utilizando como recursos: campanha interna com a participação de colaboradores e profissionais terceirizados e externamente busca de parceiros que possam contribuir com a campanha.

A equipe multiprofissional, periodicamente e sempre que estiver realizando algum atendimento e identificar a necessidade dos pacientes/acompanhantes realizará a comunicação com o GTH e na oportunidade e disponibilidade será realizada a doação roupas e ou agasalhos. As informações e fotos dos usuários serão fornecidas no Site mediante assinatura do termo de consentimento para uso de imagem.

3- Projeto “Pode contar comigo”

O projeto tem como objetivo proporcionar acolhimento e atendimento psicológico ao colaborador, com uma escuta ativa, atendimento individualizado às suas demandas. A proposta é gerar uma experiência de bem-estar cuidando de quem cuida e reduzir os índices de afastamentos e ou adoecimento do profissional como síndromes de *bournout* entre outras situações. Todas as condutas frente as demandas são consensuadas com as lideranças para que o apoio seja eficaz e atendido da melhor forma.

4- Projeto “Visita pet”

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de contato entre os pacientes internados com animais de estimação que possui um valor afetivo e significativo ao paciente que está nesta situação de internação por longa permanência longe do seu lar. Pessoas internadas em hospitais e que recebem a visita de seus pets sentem psicologicamente alívio na alma e no coração, ficando mais propensos a reabilitação.

5- Projeto “Oração nos setores”

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de reflexão da Palavra de Deus e cantos com a participação de membros da equipe da Pastoral da Saúde local, que realizaram visitação nos setores proporcionando espaços de crescimento espiritual, preces, agradecimentos e entrega do trabalho, das relações entre os colaboradores e chefias, com aprofundamento em tempos fortes de liturgia: Páscoa e Natal. Bem como a programação da missa mensal na instituição onde poderão participar profissionais e acompanhantes/familiares. Esta atividade também é extensível a cultos evangélicos.

6- Projeto "Qualidade de vida"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição um auxílio na conscientização e controle do sobrepeso/obesidade bem como controle de doenças sistêmicas como HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus). Onde será realizada uma triagem com equipes no próprio local de trabalho e palestras motivacionais de autocuidado.

7- Projeto "Ginástica laboral"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição momentos de prática de ginástica laboral durante 15 minutos . Promovendo a qualidade de vida no trabalho, evitar problemas de DORT – Dores Osteomusculares relacionadas ao trabalho, além de promover a sociabilização entre colaboradores, melhorar o desempenho e corrigir a postura.

8- Projeto "Doutores do amor"

O projeto visa promover a experiência da alegria na adversidade por meio da arte do palhaço, através de visitas semanais e entregas de mensagens otimistas, ajudando a superação de stress ligado à hospitalização, sendo composta por profissionais da instituição com apoio de artistas locais.

9- Meu dia de beleza

O "Meu dia de Beleza" consiste em uma proposta junto ao setor de Terapia Ocupacional do hospital, que visa promover para as gestantes e puérperas, estratégias de cuidado como forma de enfrentamento ao processo de internação. Com uma possibilidade de ampliação do projeto para atender a trabalhadores em datas comemorativas como dia das mães, dia da mulher entre outras datas que julgar necessária a implementação desta ação.

Durante o processo de internação as gestantes e puérperas, permanecerem em ambiente hospitalar o que causa uma ruptura importante em seu cotidiano e autocuidado. Portanto, o profissional de beleza com sua atuação permitirá às pacientes internadas a possibilidade de manutenção do cuidado quando indicado e uma satisfação de se sentir cuidada, fortalecendo sua autoestima. O profissional de Beleza atuará mediante necessidade levantada pela equipe multiprofissional participantes do programa, e desta forma viabiliza a realização de atividades de autocuidado. Favorece a interação com outras mulheres, promovendo a distração, aliviando os níveis de estresse e auxiliando-as no processo de enfrentamento da internação.

Para os trabalhadores, o acesso aos serviços de beleza contribui para o seu bem-estar físico e mental, bem como para a promoção da saúde dos mesmos.

A proposta inclui a adequação de um espaço que funcionará como um salão de beleza com dias e horários de atendimento a serem definidos. Contando com uma cabeleireira profissional que presta serviços de design de sobrancelhas, corte, escova, hidratação entre outros.

As usuárias do hospital têm acesso aos serviços gratuitamente. Já para os funcionários da instituição, cobra-se um valor simbólico pelo serviço prestado que serve para a manutenção do espaço.

10- Núcleo de Terapias Integrativas Complementares

A proposta é estabelecer um Núcleo/ Espaço onde serão aplicadas práticas integrativas e complementares: acupuntura, eletroacupuntura, auriculopuntura, moxaterapia, ventosaterapia, auriculoterapia, escalda-pés com reflexologia, aromaterapia, cromoterapia e musicoterapia sendo estas realizadas por enfermeiros, especialistas em enfermagem obstétrica e terapeutas. Tais práticas são realizadas em mulheres no ciclo gravídico puerperal e em trabalhadores da instituição conforme a individualidade e necessidade.

O NTIC tem com o objetivo de diminuir a ansiedade, melhorar os desconfortos gestacionais, buscar a conexão com o bebê e com o momento do parto. Além disso, é um ambiente que favorece a relação entre as gestantes através da troca de experiências e vivências de partos anteriores. O horário de funcionamento será definido, mas ocorrerá durante a semana de segunda- a sexta- feira , sendo a terça-feira e a sexta-feira na parte da manhã, os dias exclusivos para atendimento das gestantes usuárias do SUS.

As práticas integrativas e complementares são definidas pela Portaria de nº 971, de 3 de maio de 2006 do Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único Saúde e pelo decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006 que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências, sendo monitoradas pelo sistema nacional de vigilância sanitária. Com esta política, busca-se atender à demanda da sociedade brasileira, amplia os serviços oferecidos pelo SUS e contribui para a consolidação de políticas de assistência à saúde ainda mais ampla e segura.

11- Projeto reciclar na Policlínica

I. Objetivo

Um projeto de reciclagem em uma policlínica é uma forma eficaz de promover a sustentabilidade, educar a comunidade e reduzir o impacto ambiental. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que possam a ser protagonistas na contribuição junto à unidade na adoção de medidas de sustentabilidade e preservação do meio ambiente.

II. Diagnóstico e Planejamento

- Levantamento dos resíduos: Identifique os tipos de resíduos gerados na policlínica (papel, plástico, vidro, metal, orgânico, resíduos de saúde).
- Quantificação: Determine o volume de cada tipo de resíduo gerado diariamente ou semanalmente.
- Definição dos objetivos: Estabeleça metas claras e mensuráveis, como a redução em porcentagem do volume de resíduos enviados para aterros sanitários e o aumento da taxa de reciclagem.
- Criação de um plano de ação: Detalhe as etapas para a implementação do projeto, incluindo a coleta seletiva, a destinação dos materiais recicláveis e as ações de comunicação e educação.

II. Diagnóstico e Planejamento

Implementação:

Coleta seletiva:

Lixeiras coloridas: Instale lixeiras coloridas e com identificação clara para cada tipo de material reciclável.

Pontos de coleta: Defina locais estratégicos para a coleta dos materiais, como recepção, salas de espera e áreas administrativas.

Treinamento da equipe: Capacitar os funcionários sobre a importância da coleta seletiva e como realizar o descarte correto dos resíduos.

Comunicação e educação:

Cartilhas e materiais informativos: Crie materiais educativos para informar os pacientes, funcionários e visitantes sobre a importância da reciclagem e como participar do projeto.

Palestras e workshops: Realize ações de sensibilização para promover a mudança de hábitos e a conscientização sobre o tema.

Sinalização: Utilize placas e adesivos para indicar os pontos de coleta e as orientações para o descarte correto dos resíduos.

Parcerias:

Cooperativas de reciclagem: Estabeleça parcerias com cooperativas de reciclagem para garantir a destinação correta dos materiais coletados.

Empresas de coleta: Contrate empresas especializadas para a coleta e o transporte dos materiais recicláveis.

Acompanhamento e Avaliação:

Monitoramento: Acompanhar o volume de materiais coletados e a adesão dos usuários.

Indicadores de desempenho: Definir indicadores para avaliar o sucesso do projeto, como a porcentagem de resíduos reciclados e a redução dos custos com o descarte de lixo.

Relatórios: Elaborar relatórios periódicos para acompanhar o progresso do projeto e identificar possíveis ajustes.

Ideias Adicionais:

Reutilização de materiais: Incentive a reutilização de materiais como papel e embalagens.

Programa de redução de consumo: Promova ações para reduzir o consumo de materiais descartáveis na policlínica.

Envolvimento da comunidade: Organize eventos e ações para envolver a comunidade local no projeto.

VI. Referências

ROSA, Fernanda Soares da. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em uma policlínica no município de Caçapava do Sul-RS. 2023.

AZEVEDO, Fabiano Antonio dos Santos. Gerenciamento de resíduos sólidos nas unidades básicas de saúde do município de Parelhas, Rio Grande do Norte. 2023.

PENSO, Natielen Somariva Toledo et al. Diagnóstico dos resíduos sólidos recicláveis na área urbana de Francisco Beltrão–PR: subsídio para gerenciamento e educação ambiental. 2023.

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantaçãode comissões

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantaçãode comissões

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Conforme a Resolução Conselho Federal de Medicina N° 2.152/2016 (publicada no Diário Oficial da União de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 1° A Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito das unidades geridas pelo HMTJ.

Art. 2° A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3° Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual estávinculado o seu registro.

DAS FINALIDADES

Art. 4° Compete à Comissão de Ética Médica:

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legaisque disciplinam o seu comportamento ético;

V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpoclínico da instituição de saúde.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostasneste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6° A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

DO MANDATO

Art. 7° A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9° São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMTJ, os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico da Unidade designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituiçãonão podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a listados votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra deproporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhosda comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá serencaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissãoeleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§ 1°. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamenteao CRM/GO.

§ 2°. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM/GO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentreos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica do terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
II. Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM/GO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovantede recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por setratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica da instituição e ao CRM/GO.

Art. 28. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRM/GO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CRM/GO.

Art. 30. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente dacomissão remeter os autos diretamente ao CRM para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeitodos fatos que apurar.

§ 1° O CRM/GO não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2° A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, nãosignificando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverãoconstar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e o secretário;

II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;

IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6º deste regimento.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM/GO, conforme preconiza oart. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CRM deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no

respaldoà sua autonomia perante a instituiçãoun, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CRM/GO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Data, _____

_____

Diretor da unidade

Membros

_____

_____

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Médica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Iniciar processo de eleição dos membros para a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme conselho de medicina) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica seguindo recomendações do conselho	Diretoria Clínica	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado à Diretoria clínica e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 2
4	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético e legal da atividade médica.	Para oferecer segurança na assistência recebida durante período de internação.	Verificação de cadastros da equipe médica no conselho.	A própria Comissão	Mês 3
5	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CRM	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	Encaminhando-o ao CRMMG, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar	Membros da Comissão	Mês 4

6	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 6
8	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 10
10	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade	Divulgações e orientações sobre	Membros da	Mês 12

		educativa através de discussões e análises dos casos econdutas assistenciais da categoria	temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	comissão	
11	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL; PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE), PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.

Título: Comissão de Ética Multiprofissional; Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual.

Responsável: Equipe Multiprofissional	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 02/08/2024

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II. No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A Comissão de Ética Multiprofissional instituída na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, visa acompanhar e garantir que as atividades Multiprofissionais na unidade, sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, assegurando boas condições de trabalho e atendimento de qualidade aos usuários. É fundamental que todos os membros da instituição se envolvam ativamente nas atividades da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) e contribuam para a construção de uma cultura ética.

Esta proposta apresenta a estrutura, finalidade, regimento interno e cronograma de atividades da CEM.

Finalidades

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem como finalidade principal:

Promover a ética: Fortalecer os princípios éticos nas práticas profissionais de todos os membros da instituição.
Proteger os direitos: Garantir a proteção dos direitos dos usuários, colaboradores e da própria instituição.
Resolver conflitos: Analisar e resolver conflitos de natureza ética que possam surgir no âmbito das atividades institucionais.
Orientar profissionais: Oferecer orientação aos profissionais sobre questões éticas relacionadas à prática profissional.
Promover a educação em ética: Desenvolver ações de educação em ética para todos os membros da instituição.

A Comissão de Ética Multiprofissional tem como objetivo principal garantir a excelência da assistência à saúde, por meio das seguintes ações:

Melhoria contínua: Promover encontros regulares para aprimorar os processos e rotinas assistenciais na instituição.
Implementação de normas e protocolos: Assegurar a adesão às normas e protocolos institucionais nas unidades assistenciais.
Suporte técnico: Oferecer suporte técnico aos profissionais da área, visando otimizar a qualidade e a quantidade da assistência prestada.
Alinhamento estratégico: Definir as diretrizes da assistência em consonância com as políticas de gestão do cuidado.
Avaliação da assistência: Realizar diagnósticos situacionais para identificar oportunidades de melhoria.
Promoção do trabalho em equipe: Fortalecendo o relacionamento entre os profissionais da saúde.
Transparência e comunicação: Produzir relatórios e disponibilizar informações relevantes sobre as atividades da equipe.
Gestão de recursos humanos: Validar as escalas de trabalho em conjunto com os responsáveis técnicos de cada profissão.
Colaboração interdisciplinar: Estabelecer parcerias com os gestores das unidades onde a equipe atua.

Princípios

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa fundamenta-se nos seguintes princípios:

Integralidade: Oferecer cuidado integral e personalizado aos usuários, considerando suas necessidades biopsicossociais e a complexidade de suas demandas.
Interdisciplinaridade: Promover a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, integrando saberes e práticas para otimizar a assistência, constituindo equipes multiprofissionais para oferecer uma abordagem holística e complementar ao cuidado.
Humanização: Garantir um atendimento humanizado, pautado no respeito, na empatia e no acolhimento dos usuários.
Ética: Atuar em conformidade com os princípios éticos das profissões envolvidas, assegurando a qualidade e a segurança do cuidado.

Denominações

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional, tem como objetivo promover, fomentar e zelar pela conduta ética dos profissionais de saúde da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, atuando de forma educativa, preventiva e fiscalizadora.

Art. 2º A Comissão de Ética Multiprofissional será composta por profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, serviço social e demais áreas da saúde, devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais e atuantes na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

§ 1º Os membros da CEM serão indicados pelas chefias das respectivas áreas e terão mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos por mais um mandato.

§ 2º A primeira composição da CEM será indicada pelas chefias das áreas e homologada pelo Diretor Técnico e ou Administrativo.

§ 3º A partir da segunda gestão, os membros da CEM serão eleitos pelos profissionais de cada área, por meio de votação, dentre os candidatos inscritos.

§ 4º O coordenador da CEM será eleito dentre os membros da Comissão, em votação, e terá mandato de 1 (um) ano.

Composição

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa será composta por representantes de diferentes categorias profissionais da instituição, tais como:

- Presidente,
- Secretário,
- Um profissional da área da Enfermagem,
- Um profissional da área da Fisioterapia,
- Um profissional da área da Psicologia,
- Um profissional da área da Nutrição,
- Um profissional da Farmácia,
- Um profissional da área do Serviço Social.

A quantidade de membros será definida de acordo com a necessidade da instituição e a complexidade de suas atividades.

Atribuições

Art. 3° São atribuições da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa:

I. Supervisionar e orientar o exercício profissional, assegurando que as atividades sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, garantindo a qualidade do atendimento aos usuários e a segurança das condições de trabalho.

II. Assegurar que as ações da Comissão estejam alinhadas com os códigos de ética de cada profissão.
III. Instaurar processos éticos para apuração de fatos ou atos que possam violar os princípios éticos e legais.
IV. Analisar questões éticas e emitir pareceres técnicos, contribuindo para a resolução de conflitos e a tomada de decisões.
V. Receber, analisar e dar encaminhamento a sugestões, reclamações e denúncias relacionadas à conduta ética dos profissionais.
VI. Promover a conciliação entre os membros da equipe, buscando soluções consensuais para os conflitos.
VII. Garantir o sigilo e a confidencialidade das informações tratadas pela Comissão.
VIII. Atuar de forma imparcial na análise das representações e demais assuntos, assegurando a justiça e a equidade.
IX. Promover a cultura ética na instituição, realizando ações de conscientização e prevenção de desvios éticos.
X. Colaborar com o Recursos Humanos em questões relacionadas à ética profissional.
XI. Encaminhar para os Conselhos Regionais de cada profissão as denúncias que não puderem ser resolvidas internamente.
XII. Avaliar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento, propondo melhorias quando necessário.

Competências por Categorias

Art. 4° Compete ao Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa:

I. Presidir as reuniões da Comissão, coordenando os trabalhos e garantindo a ordem e o andamento das discussões.
II. Elaborar a pauta das reuniões, com base nas sugestões dos membros, e permitir a inclusão de novos itens na abertura de cada sessão.
III. Representar a Comissão em eventos internos e externos, podendo delegar esta função a outro membro quando necessário.
IV. Submeter à votação os assuntos em pauta, garantindo a participação de todos os membros.
V. Assinar em nome da Comissão, podendo solicitar a co-assinatura de outros membros quando julgar necessário.
VI. Decidir sobre a participação de pessoas externas nas reuniões, após consulta aos membros presentes.
VII. Analisar e deliberar sobre assuntos urgentes, mesmo que não estejam na pauta, com a presença da maioria dos membros titulares ou, na sua ausência, com a convocação de suplentes.
VIII. Garantir o cumprimento das decisões tomadas pela Comissão.
IX. Executar outras atividades correlatas que contribuam para o bom funcionamento da Comissão.

Art. 5° Compete ao Secretário da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa:

I. Substituir o Presidente em seus impedimentos, assumindo suas funções.
II. Colaborar com o Presidente nas atividades da Comissão.
III. Secretariar as reuniões da Comissão, elaborando as atas e demais documentos, realizando as seguintes atividades:
a) **Documentação:** Elaborar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios da Comissão.
b) **Arquivo:** Manter organizado o arquivo da Comissão.
c) **Comunicação:** Convocar os membros para as reuniões e comunicar os resultados dos trabalhos.
d) **Divulgação:** Emitir e encaminhar os pareceres da Comissão.
e) **Demais atividades:** Executar outras atividades relacionadas ao suporte administrativo da Comissão.

Art. 6° Estabelece que os membros da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa devem:

I. Propor temas para serem analisados pela comissão.
II. Solicitar documentos e explicações sobre os casos em análise.
III. Organizar os materiais necessários para a tomada de decisão.
IV. Pedir informações a qualquer funcionário ou profissional envolvido no caso.
V. Participar ativamente das discussões sobre os casos.
VI. Tomar decisões sobre os casos analisados.
VII. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário.
VIII. Registrar as decisões e atividades da comissão.
IX. Estar presente nas reuniões da comissão.
X. Informar à comissão os motivos de suas ausências.
XI. Participar de eventos externos em nome da comissão.

Os membros de uma Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) desempenham um papel crucial na garantia da qualidade dos serviços de saúde e na defesa dos direitos dos pacientes. Para exercer essa função de forma eficaz, é fundamental que todos os membros possuam um conjunto de competências comuns e desejáveis:

- Compreensão profunda dos princípios da bioética, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.
- Domínio das leis e regulamentações que regem a prática profissional na área da saúde, incluindo o Código de Ética de cada profissão.
- Habilidade para analisar de forma crítica situações complexas e tomar decisões éticas embasadas em evidências.
- Capacidade de se comunicar de forma clara e objetiva, tanto na linguagem escrita como na verbal, com diferentes públicos.
- Habilidade para negociar e construir consensos entre os membros da comissão, com diferentes pontos de vista.
- Manter-se atualizado sobre as novidades na área da saúde e as discussões

éticas mais recentes.
- Capacidade de trabalhar em equipe, colaborando com os demais membros da comissão.
- Valorizar a diversidade de opiniões e experiências dos membros da comissão.
- Experiência prática na área da saúde, o que pode enriquecer a análise dos casos.
- Capacidade de liderança para coordenar grupos de trabalho e liderar projetos dentro da comissão.
- Capacidade de resolução de conflitos para mediar e resolver conflitos que possam surgir entre os membros da comissão.
- Compreensão das questões sociais e culturais que podem influenciar as decisões éticas.

A composição da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) é fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde e o respeito aos direitos dos pacientes. Cada profissional, com sua formação e expertise, contribui de forma única para o funcionamento da comissão:

Enfermeiros
- Assistência direta ao paciente: Contribuem com a perspectiva da assistência direta ao paciente, identificando as necessidades e vulnerabilidades.
- Relação profissional-paciente: Trazem conhecimentos sobre a importância da comunicação e do cuidado humanizado.
- Procedimentos técnicos: Avaliam a segurança e a ética dos procedimentos técnicos realizados.
- Gestão da assistência: Contribuem para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Assistentes Sociais
- Dimensão social da saúde: Analisam os aspectos sociais e econômicos que influenciam a saúde dos pacientes.
- Direitos humanos: Defendem os direitos humanos e a justiça social.
- Rede de apoio: Conhecem a rede de serviços sociais e podem auxiliar na articulação de recursos para os pacientes.
- Acompanhamento familiar: Realizam e promovem o acompanhamento social de pacientes e familiares.

Psicólogos
- Aspectos psicológicos: Avaliam os aspectos psicológicos envolvidos nos casos, como sofrimento, luto, e questões relacionadas à saúde mental.
- Comunicação: Facilitam a comunicação entre os membros da equipe e os pacientes.
- Intervenções psicológicas: Sugerem intervenções psicológicas adequadas para cada caso.

Nutricionistas
- Análise nutricional: Avalia a conduta ética relacionada à alimentação e nutrição dos pacientes, incluindo questões como:
    a) Prescrição dietética adequada às necessidades individuais.

b) Uso de suplementos alimentares.
c) Educação nutricional.

- Direito à alimentação: Defende o direito à alimentação adequada e saudável, garantindo que os pacientes tenham acesso a uma dieta equilibrada.
- Ética na pesquisa: Analisa protocolos de pesquisa envolvendo nutrição, garantindo a proteção dos participantes.
- Interações medicamentosas: Avalia as interações entre alimentos e medicamentos, bem como a segurança alimentar em instituições de saúde.

Fisioterapeutas

- Prática fisioterapêutica: Analisa a conduta ética relacionada à prática fisioterapêutica, incluindo questões como:
  a) Utilização de técnicas e recursos terapêuticos.
  b) Consentimento informado.
  c) Relação terapeuta-paciente.
  d) Sigilo profissional.
- Bioética: Discute questões bioéticas relacionadas à fisioterapia.
- Acesso à saúde: Defende o direito ao acesso à fisioterapia e à reabilitação.
- Pesquisa em fisioterapia: Avalia protocolos de pesquisa envolvendo fisioterapia, garantindo a proteção dos participantes.

Funcionamento

Art. 7 A Comissão de Ética Multiprofissional se reunirá sempre que:

a) O presidente decidir;
b) Um membro pedir;
c) Houver denúncias contra funcionários;
d) Precisar resolver conflitos entre pessoas;
e) Tiver assuntos internos para discutir.

Art. 8 Todas as reuniões da Comissão de Ética Multiprofissional, inclusive as que tiverem funcionários presentes, deverão ser registradas em ata e assinadas por todos os participantes.

Art. 9 A denúncia de qualquer descumprimento do Código de Ética deve:

a) Fazer a denúncia por escrito em até 30 dias após o ocorrido;
b) Identificar-se e assinar a denúncia;
c) Enviar a denúncia para a Comissão de Ética;
d) Incluir todas as provas que tiver.

Art. 10 As denúncias referentes a funcionários ou pacientes da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa deverão ser protocoladas na Ouvidoria da unidade.

Parágrafo Único: Antes de encaminhar uma denúncia para a Comissão de Ética

Multiprofissional, a Ouvidoria fará uma análise para verificar se é o caso adequado para ser tratado por este colegiado. Confirmada a competência, o Presidente da Comissão convocará uma reunião para apurar os fatos.

§ 1º A denúncia poderá ser indeferida caso, após análise, seja constatada a falta de consistência ou de pertinência para ser tratada pela Comissão.
§ 2º Se a denúncia for indeferida, o Presidente comunicará por escrito ao denunciante, justificando a decisão. Essa decisão será irrecorrível caso tenha sido tomada por unanimidade pela Comissão.
§ 3º Caso a denúncia seja aceita, o Presidente convocará tanto o denunciante quanto o denunciado para serem ouvidos, individualmente, pela Comissão de Ética ou por membros designados para essa tarefa.

Art. 11 A Comissão de Ética Multiprofissional investigará cada caso e poderá solicitar a opinião de especialistas. Se houver provas de irregularidades, o caso será encaminhado aos órgãos profissionais responsáveis. Em situações menos graves, a Comissão tentará um acordo entre as partes. Todas as informações sobre os casos são confidenciais.

Art. 12 Durante a investigação, um membro da Comissão será responsável por:

a) Marcar e realizar as audiências.
b) Analisar os documentos.
c) Fazer um relatório para a Comissão.

Art. 13 Após a coleta de todas as informações, a Comissão se reunirá para analisar o caso e emitir uma conclusão.

Parágrafo único: Se precisar de mais informações, a Comissão poderá pedir novas investigações.

Art. 14 Se houver provas de que houve uma infração ética, o caso será encaminhado para os órgãos profissionais dos envolvidos.

Art. 15 Em casos menos graves, a Comissão poderá tentar uma conciliação entre as partes.

§ 1º: Se houver acordo, a Comissão registrará isso em um documento oficial.
§ 2º: Se não houver acordo, o caso seguirá o processo normal.

Art. 16 Todas as discussões da Comissão são confidenciais.

Parágrafo único: Somente os envolvidos no caso e os membros da Comissão terão acesso aos documentos após a conclusão da investigação.

Mandato

Art. 17 A escolha dos membros da Comissão de Ética Multiprofissional será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto.

Art. 18 A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 19 A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 20 A Comissão de Ética Multiprofissional será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciado na escolha dos membros, será considerado eleito o mais antigo da instituição. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho.

Art. 21 A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 22 O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Comissãos respectivos. para homologação.

Art. 23 Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância Comissão de Ética Multiprofissional e terceira instância aos Comissãos respectivos.

Art. 24 A duração do mandato dos membros será de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Frequência das Reuniões

As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

Disposições Finais

Art. 25 As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Art. 26 Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Multiprofissional	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Reuniões mensais para análise de casos e discussões sobre temas relevantes.	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais das categorias	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado à Diretoria clínica e representantes eleitos	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões extraordinárias	Reuniões para tratar de assuntos urgentes ou a pedido dos membros.	sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.	Membros da comissão	Mês 4
5	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	encaminhado para os órgãos profissionais dos envolvidos.	Membros da comissão	Mês 5

6	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético das atividades multiprofissional	Para oferecer segurança na assistência recebida durante período na instituição.	Verificação de cadastros da equipe multiprofissional nos conselhos.	Membros da comissão	Mês 6
7	Cursos e palestras	Promoção de atividades de educação em ética para os membros da instituição.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Multiprofissional, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 7
8	Elaboração de documentos	Elaboração de documentos como códigos de ética, manuais de procedimentos e pareceres.	Atravé das tapas para a elaboração dos documentos	Membros da comissão	Mês 8
9	Divulgação de informações	Divulgação de informações sobre a CEM e suas atividades para os membros da instituição.	Através de Canais de Comunicação.	Membros da comissão	Mês 9
10	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta detrabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

INTRODUÇÃO

A Comissão de Biossegurança tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1° Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2° A composição mínima da Comissão de Biossegurança deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

I. Pronto atendimento;

II. Serviço de terapia intensiva;

III. Serviço de clínica médica;

IV. Serviço de pediatria;

V. Serviço de cirurgia geral;

VI. Serviço de neurologia;

VII. Serviço de oncologia;

VIII. Serviço de obstetricia;

IX. Serviço de saúde mental;

X. Serviço de laboratório;

XI. Serviço de CME.

Art. 3° Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4° O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando direção achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1° As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2° O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 5° As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;

II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança;

III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;

V. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão

de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança;

VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

IX. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a instituição.

Do presidente da comissão:

Art. 6° As atribuições do Presidente da Comissão são:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir o regimento;

V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, o presidente terá o direito ao voto de desempate;

VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Do vice-presidente:

Art. 7° As atribuições do Vice-Presidente são:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Do secretário:

Art. 8° As atribuições do Secretário são:

I. Organizar a ordem do dia;
II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
III. Lavrar a ata das reuniões;
IV. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;
V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
VI. Preparar correspondência;
VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9° Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

§ 1° A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

§ 2° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 10 As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 11 Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12 As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 1° As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado.

§ 2° Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13 Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções:

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;
II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;
III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";
IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

METODOLOGIA

Art 14 A seguinte metodologia:

I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional;
II. Fontes de informações: Relatórios do SOST, Relatórios do CCIRAS, Plano de Ação da CIPA, fiscais de contrato das terceirizadas, demanda da ouvidoria e espontânea;
III. Elaboração de Procedimentos Operacional Padrão (POP); sugestão de criação de normas para melhorias no serviço; Campanhas e treinamentos.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Superintendência.

Art. 16 As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 17 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 18 Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação no boletim de Serviço do hospital.

Art. 19 Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Biossegurança	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Biossegurança;	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade.	Através de eleição demembros atuantes noserviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronizaçãode materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão;	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronizaçãode materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2

5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normasdo serviço frente a utilização de dispositivos	Membros da comissão	Mês 3

		alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	com segurança e EPIs.		
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 3
7	Padronização de insumos para saúde;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do serviço.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I: DAS DENOMINAÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

CAPÍTULO II: DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Art. 3º A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

Art. 4º A CCIRAS destina-se ao assessoramento da direção.

CAPÍTULO III: DA CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CCIRAS é composta por membros consultores e executores.

§ 1º Os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

I – Médico.

II – Enfermagem.

III – Farmácia.

IV - Laboratório.

V – Administração.

VI - Serviço de higienização e gestão de resíduos.

§ 1º Os membros executores representam a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e são encarregados da execução das ações programadas de Controle de Infecção.

É constituída pelos seguintes profissionais:

I - Diretor Técnico.

II – Enfermeiros.

III - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º Os membros têm um mandato pelo período de 4 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º O coordenador da CCIRAS será qualquer um dos membros consultores e executores, indicado pela superintendência da instituição.

CAPÍTULO IV: DAS DESIGNAÇÕES

Art. 7º Os membros da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) serão designados pelo Diretor da instituição através de portaria.

CAPÍTULO V: DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

II - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.

III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.

IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

V - Avaliar, periódicamente e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIRAS.

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores da instituição, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate.

VIII - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na instituição, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

IX - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das IRAS.

X - Definir, em cooperação com a Comissão de Medicamentos, e Comissão de padronização de materiais, política de utilização de germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.

XI - Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS.

XII - Elaborar e atualizar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

XIII - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

XIV - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associada à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Art. 9º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Convocar e presidir as reuniões.

II - Indicar seu vice-presidente.

III - Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

IV - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta.

V - Fazer cumprir o regimento.

§ 1º Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2º Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 - São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia.

II - Receber e protocolar os processos e expedientes.

III - Lavrar a ata das sessões/reuniões.

IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
V - Organizar e manter o arquivo da comissão.

VI - Preparar a correspondência.

VII - Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Art. 11 - São competências da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde:

I - Fazer executar, pelo Serviço de Controle de Infecção as suas determinações.

II - Fazer o controle, por relatórios, estatísticas, comunicações, solicitações e/ou outros meios que considerar necessário, das suas determinações e alcance dos objetivos propostos.

III - Tomar as providencias necessárias para administração de pacientes, sempre que houver grande risco de infecção comunitária (catástrofes, epidemias, calamidades).

IV - Propor soluções para os problemas em estudo.

V - Informar à Direção modificações parciais ou totais que se fizerem necessárias ao presente regimento;

VI - Propor à Direção modificações parciais ou totais que se fizeram necessárias ao presente regimento.

VII - Convocar ou convidar as Chefias de Unidades/Serviços o cumprimento das normas, diretrizes e orientações preconizadas.

VIII - Divulgar campanhas educativas para o público interno e externo.

CAPÍTULO VI: O FUNCIONAMENTO

Art. 12 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) reunir-se á mensalmente, na terceira sexta-feira de cada mês, as 10h em sala de reuniões. O agendamento será realizado pelo secretário e comunicado a todos os membros via e-mail com uma semana de antecedência.

§ 1º É obrigatória a participação nestas reuniões do Serviço de Controle de Infecção;

§ 2º É obrigatória a presença de todos os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, sob pena de responsabilidade, salvo motivo de imperiosa impossibilidade;

§ 3º As reuniões se realizarão com a presença dos integrantes da Comissão de Controle de Infecção na proporção de metade e mais um na primeira chamada, ou em segunda chamada quinze minutos após com qualquer número de participantes.

Art. 13 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) reunir-se-á extraordinariamente, por convocação do Superintendente ou do Presidente da Comissão, nas mesmas condições exigidas nos parágrafos anteriores do Art. 12.

Art. 14 - Os assuntos submetidos à apreciação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) serão relatados por qualquer dos membros, especificamente designados.

Art. 15 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) manterá registro em ata circunstanciada de suas reuniões e deliberações (temas, proposições, planejamento e conclusões).

Art. 16 - As matérias a serem estudadas terão prazos de conclusão e prioridade pré-estabelecidos pela Presidência da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).

Art. 17 - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VII: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) está subordinada à Direção, possuindo autonomia de ação limitada, devendo suas determinações serem observadas e cumpridas por todas as Unidades/Serviços e pessoas que exerçam suas atividades Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, após serem referendadas pela direção.

Art. 19 - Às infrações ao artigo anterior serão aplicadas as medidas administrativas necessária a cada caso.

Art. 20 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) deverá ter seus instrumentos administrativos e organizacionais aprovados pela Superintendência, mediante publicação através de portaria.

Art. 21 - Os casos não previstos neste regimento serão estudados pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e levados à consideração da direção.

Art. 22 - Com a aprovação do presente regimento também ficam aprovados os demais instrumentos administrativo-organizacionais (Organogramas hierárquico e de serviço, Fluxogramas, Normas, Rotinas, Roteiros e Impressos, entre outros).

Art. 23 - O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica e de enfermagem do serviço e equipe multiprofissional.	Diretor Técnico	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 2
3	Atualizar os protocolos inerentes a esta comissão	Atualizar as normas e rotinas do serviço baseadas em boas práticas.	Através de pesquisa sistemática da legislação pertinente, portarias e em fontes cientificas reconhecidas e atualizadas.	Membros da comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 3

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
5	Monitorar os relatórios de análise de ar e água	Avaliar os relatórios e monitorar a qualidade do ar e água.	Controle, prevenção, elaboração de relatório mensal e alimentação de planilha do estado.	A própria Comissão e Serviço terceirizado de laboratórios de análises	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 4
7	Promover capacitações aos colaboradores da instituição com assuntos relacionados às IRAS;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises e orientações /condutas com foco	Promover a atualização dos colaboradores, com base nos protocolos de controle de infecções sobre a importância de	Membros da comissão	Mês 4

		em prevenção de IRAS.	práticas seguras na assistência à saúde.		
8	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 6

10	Realizar campanhas educativas;	Desenvolver por meio de atividade educativa ou treinamentos temas voltados para as campanhas nacionais e do serviço. Exemplo : Maio - dia mundial de higiene das mãos.	Alertar os colaboradores sobre a importância da adoção de medidas seguras na prática assistencial.	Membros da comissão	Mês 6
11	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 7

12	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 8
13	Avaliar antissépticos e saneantes;	Padronizar produto para desinfecção de superfícies analisando custo- benefício.	Avaliar se o produto recebido está em conformidade com o descritivo e emitir parecer.	Membros da comissão	Mês 8

14	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 9
15	Promover a Investigação/controle de surtos;	Contribuir com o controle de surtos nos setores e fortalecer medidas de prevenção.	Por meio de monitoramento, avaliação e detecção do aumento da incidência de agentes patogênicos em determinado local e tempo, e procedendo a investigação das possíveis causas, e elaboração do plano de ação.	Membros da comissão	Mês 9

16	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 10
17	Realizar visitas técnicas em todas os setores;	Realização periódica de visitas técnicas nas Unidades, para verificação do cumprimento dos protocolos e da legislação específica de Controle de IRAS.	Elaboração de relatório com as inconformidades encontradas e sugestões de melhorias.	Membros da comissão	Mês 10
18	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 11

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
19	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Diretoria.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão criado para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 2º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é vinculada à Direção da Policlínica, e deverá ser criada a partir de portaria emitida pela mesma, com caráter técnico cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Policlínica.

Art. 3º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) da Policlínica tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

Art. 4º Define-se prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 5º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 6º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:

I - Revisar o prontuário do paciente.

II - Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las.

III - Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados.

IV - Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) da Policlínica será composto por profissionais do corpo clínico, da área assistencial e da área administrativa.

Art. 8º Os membros da comissão deverão ser disponibilizados de suas atividades para atendimento às demandas da CRP em comum acordo entre as chefias da Policlínica e a Diretoria Técnica.

Art. 9º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção.

Art. 10 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 11 O presidente e o vice-presidente da comissão serão designados pela Direção.

Art. 12 A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/direção e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) compete:

I - Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) evolução diária do paciente, com data e hora, com prescrição médica, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais

que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico

d) nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento, com assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição CRM;

e) nos casos emergenciais nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

f) transferências entre blocos e outras unidades de saúde;

g) tipo de alta.

II - Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

III - Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da Policlínica.

IV - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

V - Identificar, quantificar e qualificar o uso do Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário.

VI - Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Policlínica em assuntos de sua competência.

VII - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Policlínica com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

VIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

IX - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da Policlínica.

Art. 15 São atribuições do Presidente da Comissão:

a) convocar e presidir as reuniões;

b) representar a comissão junto à Diretoria da Policlínica, ou indicar seu representante;

c) subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

d) fazer cumprir o regimento;

e) nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

f) as faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente;

g) as atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência

Art. 16 As reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na primeira quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou, ainda, pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico, sob as seguintes condições:

I - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta e justificada.

II - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

III - Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente.

IV - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, quando houver necessidade, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

V - Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 17 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 18 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico da Policlínica.

Art. 20 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 21 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1 e mês 2
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar Regimento Interno	Para organização da Comissão e de seus trabalhos;	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das Clínicas necessárias	A própria Comissão	Mês 3 e mês 4
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 4
3	Aprovação do regimento interno	Para estabelecer normas, procedimentos e demais elementos operacionais de fluxos de prontuários;	Através de Resolução do Colegiado Executivo e publicação em Boletim de Serviço	Membro da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 5

		com registros em planilhas			
5	Realizar a revisão de uma amostra de prontuários de cada setor da Policlínica	Para analisar a qualidade do registro nos prontuários e buscar indicadores para melhora dos processos	Através do instrumento de análise de informações adotado pela Comissão	Membros da comissão	Mês 6 e mês 7
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 7
8	Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal e de Avaliação de Óbitos, o adequado registro e preenchimento das	Para cumprir as exigências legais;	Através de análise e avaliação de cada declaração de óbito;	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
10	Reuniões ordinárias;			Membros da comissão	Mês 9 e mês 10
11	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e	Envio de não conformidades para	Membros da comissão	Mês 9

		levantamento de não conformidades com registros em planilhas	áreas/profissionais identificados		
12	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 10
13	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 11
14	Reuniões ordinárias e Elaboração de relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Analisar os registros e levantamento de não conformidades para implementação de melhorias de processos	Apresentação para alta direção dos dados anuais e ações impreendidas	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

REGIMENTO INTERNO

Capítulo I: Da finalidade

I. Compilar e analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes na instituição;
II. Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes durante a prática diária assistêncial;
III. Buscar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes incluindo;
IV. Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho que envolve a utilização de materiais perfurocortantes e expõe o colaborador ao risco biológico;
V. Colaborar e participar da seleção e padronização dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;
VI. Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança e ou solicitar que fornecedores executem capacitação antes de padronizar novos materiais ;
VII. Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;
VIII. Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes.

Art. 1° O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança em Saúde;
Art. 2º A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta pelo número de representantes definido pelo Hospital.
§ 1º Cada representante titular terá um suplente.
§ 2º Os membros titulares e suplentes da Comissão de Biossegurança em Saúde serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e designados pelo Ministro da Saúde.

Capítulo II - Da área de atuação e da estrutura

Art. 3º Caberá à Comissão:

I. Participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança;
II. Proceder ao levantamento e à análise das questões referentes à biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana;
III. Propor estudos para subsidiar o posicionamento da Instituição na tomada de decisões sobre temas relativos à biossegurança;
IV. Propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; e
V. Estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde - SUS, nas questões de Biossegurança em Saúde.

Art. 4º Para cumprimento de suas finalidades, definidas neste Regimento Interno, a Comissão de Biossegurança em Saúde terá a seguinte estrutura:

- Coordenação;
- Apoio Administrativo;
- Grupos de Trabalho.

Seção I - Da Coordenação

Art. 5º O primeiro representante indicado pela Instituição, exercerá a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Subseção I - Do Apoio Administrativo

Art. 6º O Apoio Administrativo será prestado por servidores da Hospital à qual estiver vinculada a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e proverá o suporte necessário ao desenvolvimento de suas atividades.

Subseção II - Dos Grupos de Trabalho

Art. 7º Quando houver necessidade, serão constituídos, no âmbito da Comissão, Grupos de Trabalho com a atribuição de discutir e analisar questões referentes à biossegurança em saúde, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar os membros da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 8° Os Grupos de Trabalho serão compostos por representantes dos setores, e das

entidades integrantes da Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde proverá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das atividades dos Grupos de Trabalho e atenderá às solicitações de suas Coordenações.

§ 2º A participação dos integrantes dos Grupos de Trabalho, inclusive de suas Coordenações, fica vinculada à conclusão das metas definidas quando de sua criação e ao seu mandato na Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 3º Os Consultores de que trata o artigo seguinte poderão ser convidados a assessorar os Grupos de Trabalho.

Capítulo III - Das competências e das atribuições

Art. 9º Compete à Coordenação:

- convocar as reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- dirigir as sessões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- submeter à Comissão de Biossegurança em Saúde todos os assuntos constantes da pauta de reunião;
- assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação da Comissão de Biossegurança em Saúde, consultores para auxiliar na discussão de casos específicos;
- convocar reuniões extraordinárias;
- distribuir aos membros da Comissão de Biossegurança em Saúde matérias para seu exame e parecer;
- zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem;
- representar ou indicar representante da Comissão de Biossegurança em Saúde nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições.

Art. 10º Compete ao Apoio Administrativo:

- apoiar administrativamente a Comissão de Biossegurança em Saúde;
- manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à Comissão de Biossegurança em Saúde;
- elaborar atas e memórias das reuniões;
- manter grupo eletrônico de discussão no âmbito da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- divulgar, em âmbito nacional, as atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde, por sua determinação;
- encaminhar documentos produzidos ou solicitados pelos membros;

- exercer outras funções administrativas, a critério da Coordenação, necessárias ao bom desempenho das atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 11º São atribuições dos membros:
-comparecer, participar e votar nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
-aprovar as pautas e memórias de reunião, elaboradas pela Coordenação;
- propor a convocação de reuniões extraordinárias da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- examinar e relatar expedientes que lhes forem distribuídos pela Coordenação, dentro dos prazos estabelecidos de saúde;
-propor atividades de interesse para a Comissão de Biossegurança em aprovar, em reunião plenária, os Grupos de Trabalho, seu âmbito, duração e escopo de trabalho; e
- indicar, dentre eles, os dirigentes da primeira reunião dos Grupos de Trabalho, em que se escolherá sua Coordenação.
Parágrafo único. Os membros titulares, em suas faltas, serão substituídos pelos respectivos suplentes nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde, com iguais atribuições.

Art. 12º Compete aos Grupos de Trabalho:

- indicar a Coordenação do Grupo de Trabalho, em sua primeira reunião, a qual irá conduzir e coordenar as reuniões técnicas relacionadas à matéria sob seu exame;
- propor a alteração de sua composição à Coordenação; e
- apresentar relatórios das atividades desenvolvidas pelo seu Grupo de Trabalho, nas reuniões plenárias da Comissão de Biossegurança em Saúde, podendo indicar relator para fazê-lo.

Art. 13º Aos Consultores cabe subsidiar a Comissão de Biossegurança em Saúde e Grupos de Trabalho, em assuntos específicos.

Seção III - Das Reuniões

Art. 14º A Comissão de Biossegurança em Saúde reunir-se-á, ordinariamente, conforme calendário definido pelo Plenário, quando da primeira reunião anual e, extraordinariamente, por convocação da Coordenação ou a requerimento da maioria simples de seus membros.
§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde dirigirá as reuniões ordinárias e extraordinárias, com direito a voto simples.
§ 2º Na impossibilidade de comparecimento da Coordenação dirigirá os trabalhos um membro escolhido entre os demais presentes à reunião.
§ 3º Tanto os membros titulares quanto os suplentes, serão sempre convocados para participar

das reuniões, com 7 (sete) e 5 (cinco) dias de antecipação, respectivamente para as ordinárias e para as extraordinárias.

§ 4º Nos casos em que o titular e seu suplente estiver impossibilitado de comparecer à reunião, deverá comunicar seu não comparecimento com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) e apresentar justificativa formal a Coordenação da Comissão.

§ 5º As reuniões obedecerão à pauta formulada pela Coordenação, aprovada pela Direção da Unidade..

§ 6º O pedido de inclusão de assuntos para discussão poderá ser dirigido à Coordenação, por qualquer membro, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de realização da reunião, ou apresentado durante a aprovação de sua pauta pelo Plenário.

§ 7º As reuniões serão instaladas com a presença mínima de maioria simples dos membros presentes, inclusive os suplentes dos titulares que não tiverem comparecido.

§ 8º A Coordenação ou quem estiver dirigindo a reunião poderá suspendê-la por tempo determinado, quando julgar necessário.

§ 9º O membro presente à reunião poderá solicitar, em qualquer fase dos trabalhos, salvo se já anunciada a decisão, a retirada de matéria de sua autoria ou pedir vista da que estiver em discussão, que será apreciada na próxima reunião ordinária ou extraordinária, sempre respeitando prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

§ 10º Anunciado pela Coordenação o encerramento da discussão, a matéria será submetida a aprovação.

§ 11º A aprovação das matérias ocorrerá prioritariamente por consenso ou, se não for alcançado, por maioria simples do Plenário.

§ 12º Os trabalhos de cada reunião, em especial as deliberações, serão registrados em memória, que, aprovada pelo Plenário, será divulgada para todos os membros, titulares e suplentes, e arquivada na Coordenação.

Capítulo IV - Disposições Gerais

Art. 15º Os casos omissos ou as dúvidas de interpretação deste Regimento serão resolvidos ou referendados pelo Plenário.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, a Direção em conjunto com a Coordenação tratará os casos omissos ou as dúvidas de interpretação do Regimento, e suas decisões deverão ser referendadas em Plenário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Acidentes Com Material Biológico

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Acidentes com material biológico.	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança	Membros da comissão	Mês 3

		analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.		
7	Padronização de insumos para saúdes;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de Compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 3
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios dos tipos de acidentes biológicos ocorridos no ano, número de afastamentos de colaborador bem como medidas tomadas para mitigar os riscos.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias com as áreas assistências, diretoria e prestadores de serviço.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

DO OBJETIVO

5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DA CONSTITUIÇÃO

5.2 Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.3 As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

5.4 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

5.13 Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

5.14 A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SITn.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.1 A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.2 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.15 A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DAS ATRIBUIÇÕES

5.16 A CIPA terá por atribuição:

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

5.17 Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

5.18 Cabe aos empregados:

a) participar da eleição de seus representantes;

b) colaborar com a gestão da CIPA;

c) indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d) observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

5.19 Cabe ao Presidente da CIPA:

a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c) manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

d) coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

e) delegar atribuições ao Vice-Presidente;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;

b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c) delegar atribuições aos membros da CIPA;

d) promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

g) constituir a comissão eleitoral.

5.22 O Secretário da CIPA terá por atribuição:

a) acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

b) preparar as correspondências; e

c) outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

5.26 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.27 Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

c) houver solicitação expressa de uma das representações.

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

5.29 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

5.31.2 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

5.31.3 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.1 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.2 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DO TREINAMENTO

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

5.33 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

c) noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

d) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

e) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

f) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

5.36 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

5.37 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

5.38 Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

5.39 O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinqüenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral. 5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

f) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

g) voto secreto;

h) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

i) faculdade de eleição por meios eletrônicos;

j) guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

5.41 Havendo participação inferior a cinqüenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

5.42 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

5.42.1 Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

5.42.3 Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

5.45 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

DAS CONTRATANTES E CONTRATADAS

5.46 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.47 Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

5.48 A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento

5.49 A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

5.50 A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

DISPOSIÇÕES F INAIS

QUADRO I

Dimensionamento de CIPA

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
C-3a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos			1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C 5	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10	1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-13	Efetivos		1	1	3	3	3	3	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	9	9	2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 2
5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normas do serviço frente as ações de prevenção de acidentes.	Membros da comissão	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e	Membros da comissão	Mês 3

		propostas de melhorias.	revisão de processos.		
7	Disponibilização de EPIs	Para que os profissionais tenham equipamentos de proteção individual e executar a assistência com segurança.	Controlar a dispensação de EPIs em planilhas próprias e acompanhar vencimentos.	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do Serviço	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

CAPÍTULO I JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A comissão foi criada em atendimento a Resolução CONAMA n° 358/2005 e RDC n° 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º – Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade. Com finalidades em minimizar a geração de resíduos na fonte, reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos no meio – ambiente, adequar a segregação na origem, contribuir para o controle dos riscos de acidentes de trabalho, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente, controlar e reduzir riscos para a saúde pública, contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar, assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria continua do PGRSS e promover a educação ambiental.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

I. Presidente;
II. Secretário;
III. Membros:
   - 01 Representante da administração;
   - 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante da CIPA;
- 01 Representante do Setor de Assistência social;
- 01 Representante do Setor de Enfermagem;
- 01 Representante do Setor de Manutenção;
- 01 Representante do Setor de Segurança do Trabalho;
- 01 Representante do Setor da Recepção;
- 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante dos médicos; e
- 01 Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

Parágrafo único: A comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 4º – A duração do mandato da Comissão será de no máximo 2 anos, ou por tempo indeterminado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, sendo registrado em ata e atualizado o ato de nomeação.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º – Todos os componentes da comissão irá se reunir sistematicamente de forma trimestral, de acordo com data, hora e local pré - estabelecido no calendário anual de reuniões do PGRSS;

Artigo 6º – Todos os componentes são diretamente responsáveis pela implantação, adaptação e aplicação do PGRSS;

Artigo 7º – Todos os componentes serão treinados sobre quaisquer disposições do PGRSS.

Artigo 8º – As reuniões serão registradas em ata, que deverão ser encaminhadas ao Setor de Qualidade, para arquivamento e acompanhamento das ações. A ata deverá conter: local, data, hora, tipo de reunião, relação dos participantes, pauta, situação das ações anteriores, relato da reunião, plano de ação ou ação pontual, assinatura do secretário e assinatura dos participantes.

CAPÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º – Compete ao presidente da comissão:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Representar oficialmente a comissão;

IV. Prestar contas de atividades realizadas e ou pendentes.

Artigo 10º – Compete ao secretário da comissão:

I. Organizar atas e listas diversas;

II. Responsabilizar- se pela guarda de livro, pastas e etc;

III. Comunicar reuniões;

IV. Organizar apoio logístico;

V. Realizar anotações diversas das reuniões;

VI. Anotar queixas ou reclamações;

Artigo 11º – Compete aos membros da comissão:

I. Visar uma correta gestão dos resíduos na instituição, proporcionar a saúde pública e ao meio ambiente e principalmente à unidade geradora, na medida que há redução dos riscos de acidente do trabalho, poluição, contaminação, além da contribuição para a saúde ocupacional dos colaboradores é um instrumento de gestão essencial para quem busca qualquer certificação.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º – É obrigação dos membros respeitarem a data e hora das reuniões, que se reunirá trimestralmente, conforme calendário pré - estabelecido pela comissão;

Artigo 13º – É obrigação dos membros justificarem sua ausência com antecedência;

Artigo 14º – Após duas ausência consecutivas sem justificativa, tal membro estará automaticamente excluído da comissão.

Artigo 15º – Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaboração de políticas e procedimentos para a segregação, acondicionamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos.	Será solicitado à comissão e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar classificação de resíduos por áreas fornecedoras.	Para os setores tenham conhecimento e	Disponibilização de lixeiras d por setor de acordo com classificação de resíduos.	Membros da comissão	Mês 3

		cuidados com o descarte adequado de resíduos e padronização de sacos de lixo e lixeiras.			
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 6
5	Realizar capacitação das áreas	Capacitar equipes quanto as classificações de resíduos em saúde e cuidados adequados para evitar exposição.	Atender as recomendações de descarte seguro de resíduos. Avaliando o acondicionamento adequado nos momentos de coleta pelo SHL.	A própria Comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 9

		resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.			
7	Realizar em conjunto com SHL (serviço de higiene e limpeza) rotas de coleta de lixo hospitalar nos setores	Evitar cruzamento com rotas de alimentação dos pacientes, evitando contaminação do ambiente hospitalar e reduzindo risco de infecção.	Monitorar rotas do serviço.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias para futuros programas.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, cursos ,entre outras necessidades apontadas.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTILO I: DA DEFINIÇÃO

Da Natureza e do Objeto da Comissão:

Art. 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão colegiado com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e produtos para saúde. A CFT atua de forma consultiva, deliberativa e educativa, cujas ações estão voltadas para a assistência farmacêutica, sendo responsável pelo processo de seleção, ultilização, acompanhamento e avaliação do uso racional dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

Art. 2 - A Comissão tem como objetivo principal assessorar a Coordenação de Assistência Farmacêutica nas seguintes atribuições:

a) **Padronização:** Definir a lista de medicamentos a serem utilizados na instituição, considerando critérios de eficácia, segurança e custo-benefício.
b) **Aquisição:** Estabelecer os critérios para a compra de medicamentos, garantindo a qualidade e a disponibilidade dos produtos.
c) **Armazenamento:** Definir as condições adequadas para o armazenamento de medicamentos, visando garantir sua integridade.
d) **Prescrição e Dispensação:** Estabelecer protocolos e normas para a prescrição e dispensação de medicamentos.
e) **Farmacovigilância:** Implementar um sistema de monitoramento dos efeitos adversos dos medicamentos, visando à segurança dos pacientes e à geração de dados para a avaliação de riscos.

CAPÍTULO II: DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3 - São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

a) Assessorar a coordenadoria de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes aos medicamentos padronizados ou não;
b) Revisar sistematicamente a relação de padronização atualizando-a de acordo com as necessidades expressas por seus prescrições,
c) Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão e avaliação dos medicamentos padronizados;
d) Propor e elaborar projetos de educação permanente na área de abrangência da assistência farmacêutica.
e) Organizar e manter atualizada a listagem padrão de fármacos e congêneres a serem utilizados pela instituição, tendo em vista a eficiência terapêutica;
f) Adotar medidas visando evitar a desnecessária duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nomes comerciais diferentes;

g) Acompanhar estudos e pesquisas de fármacos, medicamentos ou congêneres, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
h) Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo:
   I. listagem-padrão;
   II. dados farmacológicos e clínicos;
   III. reações adversas;
   IV.ocorrências na ministração.
i) Desempenhar papel consultivo e educativo divulgando, no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre fármacos e congêneres e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
j) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
k) Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos fármacos e congêneres.

CAPÍTULO III: DA COMPOSIÇÃO

Art. – 4 - A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica será definida em ata da primeira reunião de implantação, com membros indicados pelo Conselho Diretor, e terá como componentes:

a) Diretor Clínico,

b) Diretor Administrativo.

c) Farmacêutico RT

d) Enfermeiro Coordenador de Setor.

Art. 5 - Fica estabelecido que a substituição de nomes desta comissão se dará em reunião imediatamente após o afastamento do mesmo.

Art. 6 - Será automaticamente substituído o membro desta comissão que faltar a 03 (três) reuniões sucessivas sem justificativa relevante, neste caso o setor representado deverá indicar novo membro.

CAPÍTULO IV: DO FUNCIONAMENTO

Art. 7 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 8 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica da instituição terá como secretário executivo o farmacêutico RT que terá como responsabilidade a organização de pauta de reuniões elaboração da ata, devendo tornar público as decisões por elas tomadas.

Art. 9 - Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica terão também um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10 - Os representantes das áreas/unidades de que tratam do artigo 4º, serão indicados pelo Superintendente da instituição, após ouvir os diretores

daquelas áreas/unidades.

Parágrafo único - Deixará de fazer parte da Comissão o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano

Art. 11 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica se reuniria anualmente ou em regime extraordinário por convocação de 2/3 de seus membros.

Art. 12 - A ata da reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá conter o nome dos membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e pereceres definidos.

Art. 13 - Os integrantes da CFT deverão ter total independência no exercício das suas funções e na tomada das decisões mantendo, sob caráter confidencial, as informações recebidas e não deverão ficar sujeitos a qualquer tipo de pressão, seja por parte de superiores hierárquicos ou por interessados no parecer.

Art. 14 - Os componentes da CFT deverão abster-se de tomada de decisão, quando estiverem diretamente envolvidos com o objeto da avaliação.

Art. 15 - A aquisição de medicamentos não padronizados deverá ter prévia análise da direção administrativa e sua compra não significa a sua padronização, devendo o prescrito preencher o formulário próprio à disposição nos setores.

CAPÍTULO V: DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21° - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comissão De Farmácia E Terapêutica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe farmacêutica	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elabore protocolos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas, regulamentações e orientações nacionais e internacionais. Esses documentos devem abordar aspectos como a indicação, a posologia, as	A partir de padronização de medicamentos baseados em legislação vigentes e aprovados pelo órgão de fiscalização nacional (ANVISA).	Membros da comissão	Mês 3

		contraindicações, as interações medicamentosas, a monitorização e a duração do tratamento para diferentes condições clínicas.			
4	Avaliação contínua dos pacientes por auxílio da farmácia clínica	Realizar o acompanhamento das terapias e dos medicamentos utilizados na instituição, investigando suas indicações bem como posologias, tempo de uso e o respeito a cadeia medicamentosa.	Relatórios estruturados de uso de medicação por paciente, com tempo de utilização, posologia, confrontando com dados do paciente: diagnóstico inicial/definitivo/ sexo, idade entre outros dados para melhor interpretação e intervenção farmacêutica.	Membros da comissão	Mês 4
5	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
6	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 8

		princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.			
7	Reuniões ordinárias;	Realizar inventário anual de estoque de medicamentos bem como relatório final de consumo médio e medicamentos por setores baseados em perfil assistencial e por sensibilidade de uso de antimicrobianos Planejamento de ações de melhoria de processos para próximo fluxo.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

COMISSÃO DE RADIOPROTEÇÃO
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Art 1° - A Comissão de Radioproteção tem como objetivo propor e aplicar critérios de radioproteção para os funcionários que trabalham com radiação ionizante, à população usuária dos serviços que a utilizam e também a segurança e integridade das instalações.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art 2° - A Comissão de Radioproteção será constituída por um grupo multifuncional (profissionais de nível superior e técnico), tendo por finalidade:

A) Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

B) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art 3° - À Comissão de Radioproteção compete.

a) Avaliar os registros de dosimetrias individuais e ambientais;

b) Implementar cronograma de manutenções preventivas e preditivas;

c) Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

d) Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção;

e) Verificar o padrão de atendimento prestado;

f) Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;

g) Definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

Art 4° - A Comissão de Radioproteção, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário e um membro do SESMT da instituição.

Art 5° - A participação da Comissão de Radioproteção não implicará em qualquer vantagem económica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

Art 6° - A permanência dos membros nesta Comissão é de dois anos, podendo ser renovado ''ad infinitum", exceto no que tange ao Art 15 deste Regimento e as decisões da Comissão, bem como de decisões pessoais dos membros.

Art. 7º - Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1º - A substituição de membros dar-se-á por portaria do superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

CAPÍTULO V – DOS MEMBROS

Art 7° - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional.

Art 8º - Os membros da Comissão de Radioproteção distribuem-se na seguinte representação.

a) Técnico em Segurança do Trabalho;
b) Coordenação de Enfermagem;
c) Apoio Administrativo;
d) Representante do serviço de Imagiologia Ltda;
e) Representante técnico em Radiologia;
f) Membro do SESMT.

Sua representatividade deverá ser:

a) Presidente;
b) Vice-Presidente;
c) Secretário (a);
d) Membros Efetivos.

CAPÍTULO VI - DAS FUNÇÕES

Art 8° - Ao Presidente compete:

a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
b) Determinar datas, horários e locais, bem como coordenar as reuniões ordinárias da Comissão,
c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
d) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
e) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;
f) Nomear ou exonerar os membros da Comissão, através de resoluções;
g) Revogar e anular resoluções.

Art 9° - Ao Vice-Presidente compete

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Comparecer as reuniões quando convocado ou em seu impedimento, encaminhar um substituto previamente homologado pela Comissão para tal fim;
c) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral das radioproteções;
d) Sugerir medidas para a melhoria dos registros e anotações, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;
e) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração das radioproteções;
f) Analisar os processos e propor modificações quando necessário.

Art 10° - Ao Secretário compete

a) Encaminhar convocação de reunião aos membros da comissão;
b) Redigir a ata de reunião de forma clara;
c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

Art 11° - Ao membro do SESMT compete

a) Participar das reuniões nos dias e horários programados;
b) Elucidar dúvidas junto a Comissão referente a assuntos de Radioproteção;
c) Ajudar a orientar os demais funcionários da instituição em assuntos de Radioproteção.

CAPÍTULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art 12° - A Comissão de Radioproteção se reunirá ordinariamente, quadrimestralmente (e extraordinariamente, quando necessário) em dia, local e horário previamente estabelecidos, por convocação com no mínimo 24 (vinte quatro) horas de antecedência. A ata da assembleia deverá ser lavrada em livro próprio.

Art. 13° - As reuniões da Comissão somente serão efetivadas se houver a presença de pelo menos 02 (dois) membros Caso haja somente 01 (um) membro, a reunião será adiada para uma nova data e o motivo de seu adiamento deverá constar na ata.

Art. 14° - Para aprovação das deliberações da Comissão de Radioproteção, exigir-se-á a presença dos membros, prevalecendo a vontade da maioria. Caso haja apenas dois membros, a reunião será realizada, contudo, não serão tomadas decisões.

Art 15° - Poderão participar das reuniões os demais funcionários, como convidados, quando as suas presenças forem necessárias para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art 16° - A presença às reuniões da Comissão de Radioproteção é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir 03 (três) faltas sem justificativa, consecutivas ou não.

Art. 17° - O membro que não puder comparecer à reunião deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art 18° - O membro que, por algum motivo, venha pleitear seu desligamento deverá fazê-lo por escrito justificando a sua decisão.

Art 19° - E dever de todo membro da Comissão divulgar os conhecimentos e esclarecer dúvidas entre seus pares, quando solicitado.

Art 20° - A Comissão de Radioproteção pautará sua atuação na legislação nuclear e sanitária vigentes.

CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção da policlinica é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21° - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de segurança durante a realização de exames baseados em cuidados na exposição radiológica.	A partir de recomendação do Conselho de radiologia e boas práticas.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 6

		mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.			
5	Levantamento radiométrico de exposição de colaboradores	Realização periódica de testes de controle dos dosímetros individuais dos colaboradores.	Análise dos laudos dos dosímetros dos colaboradores por terceiro.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Treinamento e capacitação de riscos de exposição radiológica	Capacitar toda equipe quanto aos cuidados de exposição radiológicas e uso de EPCs adequados.	Aplicação de treinamentos específicos à pratica de acordo com Plano de Proteção Radiológica.	Coordenador da comissão	Mês 6
9	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de atendimento pelo	Apresentar para Direção a partir	Membros da	Mês 12

		serviço. Número de exames geral e número de exames suspensos.	de relatório estruturado.	comissão	

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARAIMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES COMITÊ DE COMPLIANCE

REGIMENTO INTERNO – COMITÊ COMPLIANCE

I. Objetivos

Programas de Compliance têm por finalidade disseminar diretrizes voltadas para o atingimento do estado de conformidade e sustentabilidade dos negócios, possibilitando o aumento da prevenção de atos ilícitos, redução de perdas financeiras e de danos à reputação da instituição. É estar em conformidade com leis e regulamentos.

II. Abrangência

Todos os setores

Il. Diretrizes

1) Compliance

Um programa de compliance determina uma variedade de regras e procedimentos necessários para as práticas realizadas em uma instituição. Posturas de ética, transparência e qualidade na gestão pautam as principais exigências estabelecidas.

Na busca pela melhor relação com pacientes, colaboradores e fornecedores trazem maior confiança aos processos, seja por meio do atendimento, de medicamentos aplicados ou de materiais adquiridos, por exemplo. Dessa forma, condutas inapropriadas e atuações que fogem dos valores da instituição são combatidas.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está altamente empenhado em atingir o nível de excelência em Compliance. Por isso desenvolveu um Programa de Compliance fundamentado em três pilares: prevenir, detectar e responder, cujo foco principal, obviamente, está na prevenção, com ações fortes em comunicação, treinamento e definição de políticas, entre outras. Seja somente um conjunto de regras, mas sim a questão de atitude e, como parte do programa, um dos mais importantes é o princípio anticorrupção em todas as áreas de atuação da instituição.

2) Aplicação de Compliance

O Programa é voltado a todos os colaboradores e aos terceiros que prestam serviços de natureza permanente, temporária, excepcional ou eventual ao Hospital, e a todas às unidades geridas pela OSS HMTJ.

Está alinhado à Estratégia Corporativa, refletindo a Missão, Visão e Valores compartilhados entre as pessoas que fazem o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1) Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos, eleitos em Ato de Nomeação pelo Diretor Presidente, sendo obrigatória a participação e de 1 (um) dos Diretores da Instituição.

O Comitê de Compliance é composto dos seguintes membros:

- Diretor Financeiro;
- Gerente de Controladoria;
- Representante dos Colaboradores;
- Representante Jurídico.

2.1.1) Os membros do Comitê elegerão 1 (um) Presidente pela maioria absoluta de votos, na primeira reunião que ocorrer após a posse de tais membros, ou sempre que ocorrer vacância naquele cargo ("Presidente").

2.2) Conheça bem a sua organização

Conhecer, monitorar e estudar o cotidiano da organização é a maneira mais eficiente de identificar setores que precisam de aprimoramento e intervenção de um líder, de modo a se adequarem às normas e procedimentos preestabelecidos

2.3) Envolva todos os seus colaboradores e parceiros

É necessário fomentar o respeito às regras em nossos colaboradores. Para isso, é fundamental envolver a todos no processo. As pessoas são o maior bem de uma instituição, mas uma equipe desmotivada e mal gerenciada pode ser um risco à imagem da organização. Quando a gestão de pessoas não é realizada adequadamente, isso abre espaço para o desenvolvimento de condutas que não contribuem para o crescimento e podem afetar a reputação do negócio. Por isso, é essencial envolver seus colaboradores em seu projeto de compliance.

Porém, para conquistar a compreensão e o apoio da equipe, é necessário investir em transparência e clareza quanto aos objetivos do procedimento e as vantagens que isso vai trazer à instituição e a todos que nela trabalham.

2.4) Estimule uma cultura organizacional ética

A cultura organizacional pode ser definida pelos padrões de comportamento dentro do Hospital. Dessa maneira, estimular nossos colaboradores a adotarem

uma cultura organizacional ética e de respeito às leis, fica muito mais fácil prevenir problemas de desvio de caráter e de comportamento.

A proposta é para incorporar o compliance em seu dia a dia para que isso passe a ser algo natural e não uma imposição dos gestores e da Direção. Ressalta-se que uma cultura organizacional positiva e pautada na ética reflete no aumento da motivação, produtividade e segurança do trabalho executado. Os reflexos vão muito além do ambiente hospitalar, reverberando positivamente sua imagem em toda a sociedade.

2.5) Cuide para que as relações internas sejam justas

É extremamente importante saber premiar os colaboradores de maneira justa e de acordo com o bom trabalho desempenhado.

2.6) Monitore os processos

Primordial acompanhar de perto as tarefas e transações realizadas pela equipe visando avaliar os comportamentos de toda a equipe e detectar condutas inadequadas e em desconformidade com as regras. Com isso garantimos que a instituição tenha uma atuação sempre correta e pautada em processos éticos e legais.

3) Estratégia Corporativa

O Planejamento Estratégico é um processo sistemático por meio do qual são estabelecidos os objetivos estratégicos, indicadores e planos de ação, buscando o melhor direcionamento dos esforços e alocação dos recursos organizacionais.

No Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, o Planejamento Estratégico é revisado anualmente com o intuito de definir os Objetivos Estratégicos a serem perseguidos pela instituição no ano.

Missão:

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

2028: Ser referência Nacional para o Sistema Único de Saúde, pela Qualidade assistencial, gestão, ensino e pesquisa.

Valores:

- ÉTICA: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos
- QUALIDADE E SEGURANÇA: Alcançar resultados consistentes gerando

valor para as partes interessadas. Cuidado centrado paciente

• HUMANIZAÇÃO: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

• INOVAÇÃO: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

• SUSTENTABILIDADE: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

4) Programa de Compliance

4.2) Avaliação de Riscos

Risco é a possibilidade de que o resultado realizado de um determinado evento seja diferente do resultado esperado, impactando negativamente a condição da organização de atingir objetivos previamente estabelecidos.

Conhecer as vulnerabilidades, os riscos e os objetivos do hospital são fundamentais para se estruturar uma avaliação assertiva, conjugando a probabilidade de ocorrência e os impactos que tais eventos teriam caso viessem a ser observados. O Hospital atuará com uma estrutura de gerenciamento de riscos que tem a finalidade de identificar, avaliar e mensurar, controlar, mitigar, monitorar e reportar os riscos, contribuindo para a manutenção da solidez da organização.

4.3) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador devem ser sempre respeitados em suas ações e decisões do dia a dia, e também devem servir de referência para os nossos colaboradores, prestadores de serviço e fornecedores.

Estabelecem os valores e determinam o padrão de comportamento que se espera do seu corpo funcional. Apresentam os compromissos e as diretrizes em relação ao seu público de relacionamento, deveres e comportamentos esperados no ambiente de trabalho.

4.4) Treinamento e Comunicação

Programas de treinamento e ações de comunicação são fundamentais para promover a cultura de Compliance. A definição de estratégia para elaboração de plano de treinamento e comunicação permite o encadeamento e multiplicação do conhecimento.

Será realizado ações de treinamento voltadas à promoção da capacitação, atualização e especialização dos seus colaboradores, em temas relacionados a controles internos, gestão de riscos, segurança. As ações de comunicação visam reforçar os temas abordados, divulgando a todos os colaboradores aspectos relativos a normas e procedimentos, políticas gerais e específicas, utilizando todos os canais disponíveis.

4.5) Controles Internos

São processos e práticas pelas quais a organização procura assegurar que todas as ações planejadas e aprovadas sejam executadas adequadamente, visando a salvaguarda dos ativos, a exatidão e confiabilidade das informações gerenciais e dos registros financeiros, a promoção da eficiência operacional e a aderência às políticas da organização. Tem por finalidade contribuir para a realização dos objetivos estratégicos e a perenidade da organização.

4.6) Canais de Denúncia

Permitem aos colaboradores, estagiários, aprendizes, trabalhadores de empresas contratada e parceiros comerciais, uma forma de alertar a organização, inclusive de maneira anônima, para potenciais violações ao Código de Ética e Normas de Conduta e outras políticas.

O canal de denúncia da OSS HMTJ está localizado no site, conforme a Foto 01, tendo facilidade de acesso, prontidão e capacidade de captar e analisar as informações recebidas.

Para acesso, entrar no site https://hmtj.org.br/, clicar em contato, na sequência em ouvidoria e escolher o setor que será notificado.

Foto 01: Canal de denúncia HMTJ

Logo depois vai aparecer o formulário como mostra a Foto 02, que deve ser preenchido com as informações pertinentes e ao final clicar em enviar.

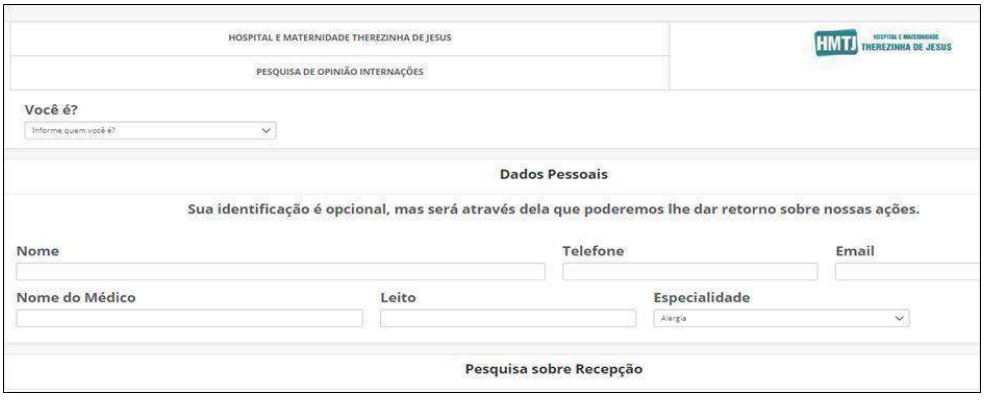


Foto 02: Formulário

São reconhecidos pela credibilidade e pelo compromisso de sigilo da fonte e confidencialidade das informações. As denúncias sobre desvios comportamentais, descumprimento de normas internas e eventual suspeita de ato lesivo qualificável como corrupção devem ser encaminhadas à Ouvidoria Interna.

4.7) Investigações Internas e Gestão das Consequências

O hospital dispõe de normativos, procedimentos específicos e fluxos definidos para o processo de investigação e apuração de responsabilidade e controle disciplinar, de forma segregada, autônoma e imparcial.

O descumprimento das diretrizes do Código de Ética e das Normas de Conduta pode resultar em sanções, de acordo com a gravidade da ocorrência, suas circunstâncias e o nível de participação de cada envolvido.

A condução deve ocorrer de forma independente e sigilosa, e a apuração deve ser realizada de forma profissional e isenta, utilizando mecanismos de investigação adequados.

A gestão de consequências exige metodologia e inteligência, com um processo impessoal e foco na apuração da verdade.

5) Monitoramento do Programa de Compliance

O Programa de Compliance é acompanhado periodicamente pela Direção com o propósito de avaliar o estado de conformidade do conjunto de orientadores.

Todo o monitoramento do programa é feito através dos setores da controladoria: auditoria interna, custos e contabilidade; Com base no nosso Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador; Pelas políticas institucionais; E pelo setor de ouvidoria.

5.1) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador é a expressão dos princípios éticos e valores da instituição, o qual orienta e norteia a atuação de todos os nossos administradores, colaboradores, representantes e terceiros, sem exceção. Seu conteúdo deve ser claro, não permitindo outras interpretações e deve ser seguido por todos, bem como estar amplamente acessível ao público externo.

Nele, estão contidas as expectativas a respeito do comportamento e da conduta dos administradores, colaboradores, representantes, terceiros e demais partes interessadas, durante suas atividades.

No Código de Ética e Conduta, são abordados de forma geral:

▪ Os princípios e diretrizes relacionados às questões de ética e conduta.

▪ Previsão de aplicação de Ações Disciplinares para desvios ao Código de Ética e Conduta.

▪ Existência do Canal de Denúncias e orientações sobre quando utilizar, bem como a garantia de anonimato e não retaliação ao denunciante.

O manual está disponível no software da qualidade e deverá ser atualizado, minimamente, a cada 02 (dois) anos, de acordo com novas necessidades da empresa, em decorrência de mudanças legais ou regulatórias ou institucionais.

5.2) Políticas Institucionais

A Instituição dispõe de um conjunto de políticas fundamentais que refletem nossos princípios e diretrizes para a condução dos negócios e suportam o Programa de Compliance, as quais devem ser conhecidas e aplicadas por todos. As políticas devem ser amplamente divulgadas e está disponível para consulta no software da qualidade.

Politicas	Objetivos
POLÍTICA DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	Esta política define como os dados pessoais são protegidos pela Instituição nos processos de coleta, registro, armazenamento, uso, compartilhamento, enriquecimento e eliminação, em cumprimento aos preceitos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).
POLÍTICA DE GESTÃO DAQUALIDADE	Assegurar que o SGQ esteja estabelecido, implementado e mantidoconforme a norma ONA; Acompanhar o desempenho do SGQ; Assegurar o alcance/ acompanhamento dos requisitos das partes interessadas em toda organização; Garantir a implementação e o acompanhamento dos objetivos estratégicos; Acompanhamento da satisfação do cliente; Garantir a qualidade e a segurança do cuidado e dos serviços prestados.

POLÍTICA PARA EXECUÇÃO DE PAGAMENTOS E PRIORIDADE DE PAGAMENTOS EM CASO DEINADIMPLÊNCIA	Seguir as regras e dos padrões operacionais definidos para a execução dos pagamentos por parte da OSS HMTJ; Estabelecer os pontos de controle em relação aos pagamentos realizados e a realizar, por meio do Fluxo de Caixa; Assegurar a liquidação das obrigações financeiras da OSS HMTJ dentro dos prazos e condições estabelecidos com os fornecedores e em conformidade com esta política; Classificar a prioridade de Despesas para pagamento, seguindo as Diretrizes, tendo em vista possíveis inadimplências.
POLÍTICA DOS DIREITOS EDEVERES DO PACIENTE	Garantir o direito do usuário para promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, cabendo a ele prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações.
POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES - SERVIÇOS	Padronizar o processo de Gestão de Contratos, qualificação e avaliação, melhorar o desempenho dos processos de aquisição edesenvolver estratégias para alinhar os fornecedores de serviço aos objetivos da organização.
POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES E GESTÃO DE SUPRIMENTOS	Padronizar o processo de gestão de suprimentos, melhorar o desempenho dos processos de aquisição de insumos, além de desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivosda organização.
POLÍTICA INSTITUCIONAL: DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pelo hospital.

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS	Estabelecer uma gestão financeira adequada, através de estudos eanálises voltadas para a mudança de processos; Garantir a eficiência máxima do sistema de gestão de custos avaliando seus impactos na eficácia e assegurando dessa maneira a efetividade; Fornecer, a todos os setores da instituição, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçamuma efetiva gestão dos custos; Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;
POLÍTICA DE SEGURANÇA, CONSISTÊNCIA E RASTREABILIDADE DA INFORMAÇÃO	O Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, está comprometida com a proteção de dados e informações pessoais que são compartilhados pelos usuários. Essa política tem como objetivo garantir a segurança dos dados e informações em meios físicos e digitais do paciente/cliente, levando em conta a coleta, a integração, a organização, o controle, a disposição a movimentação, o recebimento, o armazenamento, a conservação eo descarte das informações, tendo como base a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

5.3) Fluxo de Solicitações

O conjunto de controles de gestão que visa dar confiança e transparência nas informações da unidade, é tomada como base nas solicitações feita via sistema Fluig, enviado pela unidade solicitante sempre com base no Regulamento de Contratações de serviços, produtos e pessoas, e prestação de conta da OSS HMTJ.

A interação dos processos via Sistema Fluig segue um direcionamento de solicitação e aprovação de acordo com a atividade fim descrita nos procedimentos das áreas.

5.3.1) Contratos

O setor de contratos analisa as cotações recebidas do mercado, verificando se a proposta atende à necessidade da instituição para o motivo em que está sendo feita e se condiz em valores com os menores preços praticados. Os passos para a aprovação seguem o fluxo abaixo:

1) Solicitante: O usuário solicita a contratação de determinado serviço, informando todo o escopo de atividades e as necessidades demandadas.

2) Coord. Administrativa: Aprovar a necessidade da contratação com foco na real necessidade.

3) Direção unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

4) Contratos: Fazer uma busca ativa no mercado e cotar com empresas proponentes a contratação do serviço demandado respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.

5) Responsável Técnico: Validar tecnicamente os orçamentos obtidos, aprovando a operacionalização da melhor proposta, com visita técnica caso o fornecedor seja considerado crítico.

6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.

7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

8) Contratos: Elaborar a Minuta para formalização do Contrato entre as partes.

9) Jurídico: Validar o Contrato proposto e liberar o mesmo para assinatura das partes.

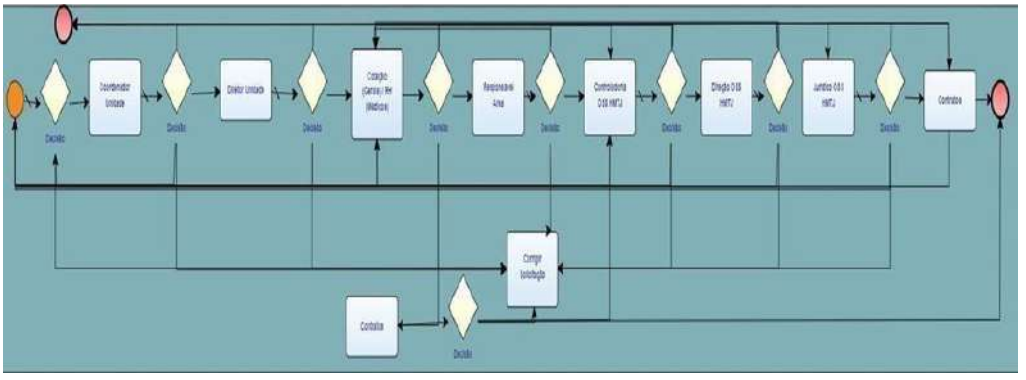


Figura 01: Fluxo de Aprovação setor de Contratos

5.3.2) Compras

O setor de compras da organização seleciona fornecedores para produtos e serviços com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos

conforme especificação das normas de Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e atendimentos às especificações legais considerando ainda as diretrizes da Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos. Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 01.

1) Solicitante: O usuário abre a solicitação de compra, informando as necessidades e demandadas.

2) Area técnica: Validar tecnicamente a necessidade da compra.

3) Compras: Fazer a cotação com os fornecedores, respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.

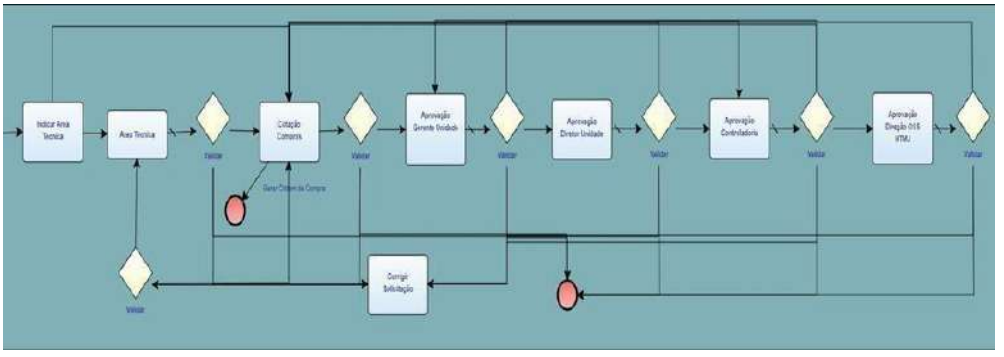
4) Gerente da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

5) Direção da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.

7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

Figura 02: Fluxo de Aprovação setor de Compras



5.3.3) Alçada

Em caso de necessidade, o coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos com valor até R$ 1.500,00, utilizando para tal o "caixa interno" disponibilizado mensalmente. Acima deste valor será necessário autorização assinada pela Direção Administrativa da OSS HMTJ.

5.3.1) Recursos Humanos

O setor de recursos Humanos é responsável por apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Na OSS HMTJ onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 03.

1) Solicitante: Abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas

2) Priorização de vaga: As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig, havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área.

2) Atração/ Recrutamento: A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável.

3) Recrutamento Interno: Processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados

4) Recrutamento Externo: O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: Linkedin, JF Empregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

5) Seleção: Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao RH,

selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos. Definir locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo. Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no WhatsApp ou contato por telefone. Receber os candidatos, apresentando aos mesmos a entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo. Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção.

6) Finalização do Processo: A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha e aprovação do candidato e suas justificativas para o RH. Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades.

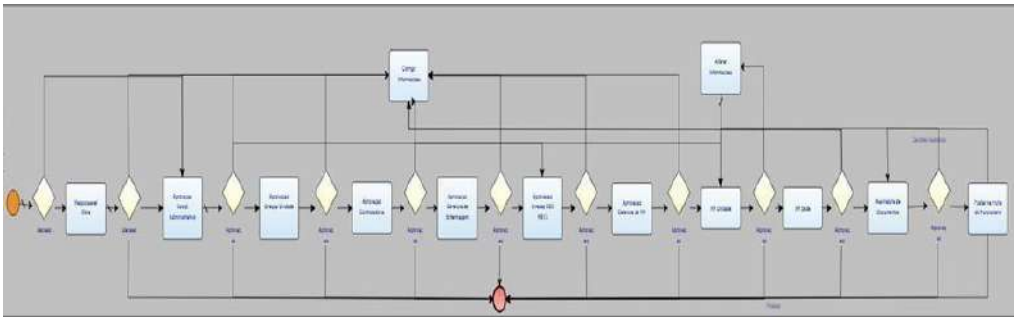


Figura 03: Fluxo de Aprovação setor de Recursos Humanos

5.4) Controladoria

A controladoria é responsável por facilitar o acesso de dados financeiros e contábeis da organização. Esses dados dão suporte para os gestores em reuniões e momentos importantes nas decisões que visem mudanças e crescimento. Dessa forma, a preocupação da organização existe para garantir o cumprimento de processos e entregas de qualidade para seus clientes. Além disso, prevê a manutenção de sua marca no mercado. Se não atuar em conformidade, o risco de sanções legais e financeiras passa a ser alto e a reputação da empresa entra em jogo. Na busca por transparência e desejo por ampliação em atuação no país, é

importante investir em um ambiente positivo, onde as regras são devidamente cumpridas.

Um dos meios de controle utilizado pelo HMTJ é o sistema Fluig, que centraliza e registra dados da organização em um único local, por meio de uma comunicação colaborativa. Nesse sistema é realizado todas as prestações de contas, que são enviados ao setor da auditoria interna para que seja feita a conferência dessas contas. As prestações de custos são realizadas quadrimestralmente e realizamos também os lançamentos no portal transferência mensalmente em cumprimento à normativa legal.

No HMTJ a controladoria possui 3 subsetores de apoio listados abaixo:

5.4.1) Auditoria Interna

A auditoria interna é o setor cuja atividade se destina a observar, analisar, investigar, questionar e propor. Trata-se de um controle administrativo, cuja função é avaliar a eficiência e eficácia dos outros controles, desempenhando um papel de grande relevância, ajudando a eliminar desperdícios, evitar fraudes, otimizar e simplificar tarefas, servir de ferramenta de apoio à gestão e transmitir informações aos administradores sobre o desenvolvimento das atividades executadas.

Esta área atua como setor isento e independente aos processos de execução operacional, se reportando à Controladoria e Direção, e possui como principal objetivo garantir a transparência institucional por meio da correta execução dos processos operacionais, contábeis e financeiros, além de atuar como ferramenta para proposição de melhorias contínuas aos processos, beneficiando a instituição em liderança, transparência e eficácia na criação, manutenção e aprimoramento de controles internos.

O intuito é beneficiar a instituição com um melhor controle de seu patrimônio, procurando reduzir a ineficiência, negligência e incapacidade. Com essa ferramenta de controle administrativo a empresa se beneficiará dos diagnósticos, quanto à obediência às normas e procedimentos internos, possíveis áreas de risco, possibilitando a administração tomar as decisões necessárias.

O setor de Auditoria Interna recebe para análise toda documentação comprobatória relativa aos pagamentos provenientes das atividades executoras que geram despesas para a instituição, a saber: prestação de serviços, execução de compras, contratação de recursos humanos e remuneração de pessoal, despesas operacionais de fundo fixo de caixa interno e despesas de viagem. Cada tipo de despesa possui sua especificidade documental necessária para a comprovação e validação das despesas para pagamento.

Todas as despesas provenientes da prestação de serviços, execução de compras e pessoal passam por trâmite de aprovação das áreas competentes antes da sua execução, garantindo o cumprimento das políticas institucionais, legislação vigente e demais exigências necessárias. Já as despesas operacionais de fundo fixo de caixa rotativo e despesas de viagem são analisadas mediante prestação de contas dos valores gastos, onde os responsáveis recebem os valores gastos após as devidas comprovações, justificativas e autorização de todas as áreas competentes.

Após execução das despesas, os setores Administrativo, Almoxarifado e Departamento Pessoal efetuam os lançamentos financeiros em sistema informatizado para pagamento juntamente com toda documentação comprobatória, validada e autorizada para comprovação e justificativa da execução das despesas, mediante validação da gestão administrativa local e demais áreas envolvidas em cada processo, que são responsáveis pela fiscalização da execução de cada processo que gere despesas para pagamento.

Em seguida, toda documentação disponibilizada por meio de sistema informatizado é enviada via malote para conferência e validação da Auditoria Interna. Os documentos somente são liberados para pagamento após validação documental, confrontada com as diretrizes de cada processo (ex: contratos, cotações, manuais de reembolso de viagem e fundo fixo de caixa, etc.), garantindo a transparência e correta execução dos processos.

5.4.2) Custos

Custos compõe todos os gastos e investimentos necessários para que a organização realize suas atividades e produza. Em especial, a gestão de custos serve para direcionar o planejamento estratégico de um negócio. Feita de maneira eficiente contribui para a saúde financeira da empresa.

No HMTJ o setor é responsável por elaboração de orçamento, fazer levantamentos quantitativos, contabilidade de custos, relatórios gerenciais e com a gestão de pessoas, elaborar pré- orçamentos para análise de viabilidade, atendendo às especificações de cada projeto. Sinalizar inconsistências e pontos de alerta nos projetos em questão, contribuir com a otimização de ferramentas internas, buscando precisão e agilidade nos trabalhos apresentados. Elaborar orçamentos base, atendendo às especificações dos projetos, acompanhar e assegurar o cumprimento de prazo no envio de relatório de atividade e prestação de contas, elaborar e acompanhar a elaboração de orçamento, relatório de atividade e prestação de conta. Realizar análise do gasto do projeto, elaborar e acompanhar a elaboração do orçamento, do relatório de atividade e da prestação de contas, documentar e sistematizar o resultado da atividade e preparar o

relatório periódico de acompanhamento interno.

Além de todo preparo e entrega do relatório da Prestação de Contas, buscando a preservação da transparência nas gestões operacionalizadas por esta Instituição, por meio de um mecanismo de Software toda a relação de documentação que compõem a prestação de contas é disponibilizada em um Portal da Transparência da Entidade de amplo acesso a qualquer indivíduo, fornecendo informações mensais, quadrimestrais e anuais, financeiras, contábeis e de pessoal. Além disso, a disponibilização de informações assistenciais, como escalas e coberturas de atendimento.

5.4.3) Contabilidade

O setor realiza um conjunto de práticas para garantir o cumprimento correto e coerente de todas as exigências da legislação em relação à contabilidade empresarial. Ele atua por meio de três vias.

A primeira frente de atuação é a gestão de riscos, que busca localizar as falhas e solucionar. A proposta é gerenciar essas questões, para evitar que elas se concretizem em um problema, ou seja, você encontra os pontos falhos para fortalecer esses itens.

Outra via de ação é a governança corporativa, que trabalha para que a gestão corporativa seja ética e transparente, levando em consideração os objetivos estratégicos da organização. A proposta é alinhar metas a uma gestão correta e respeitosa com as normativas. Busca, assim, criar meios de execução eficientes, funcionais e que evitem falhas.

Há também a via da gestão de processos, buscando estabelecer rotinas e procedimentos para a eficiência, qualidade e conformidade com as normativas.

O objetivo é promover a inspeção constante das práticas contábeis, mapear as atividades associadas à contabilidade, avaliar os objetivos do negócio, mensurar riscos e promover a adequação às leis. Reduzindo assim a incidência de fraudes, desvio de recursos, melhoria na tomada de decisão e positivar a imagem da instituição.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TECNICA / DIRETORIA CLINICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê De Compliance	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de das políticas e procedimentos de conformidade durante todo processo assistencial e documentação gerada.	A partir de recomendação dos Conselhos e baseadas em Direitos e deveres dos pacientes e leis da LGPD.	Membros do comitê	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 6
5	Definição das responsabilidades	Realizar a revisão e aprovação de políticas e	Análise da a implementação de treinamentos de conformidade e a elaboração de relatórios regulares	Membros do comitê.	Mês 4

		procedimentos de conformidade, o monitoramento do cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis, a identificação e mitigação de riscos de não conformidade, a investigação de denúncias de irregularidades.	para a alta administração.		
6	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros do comitê	Mês 5
8	Treinamento sobre diretrizes e as expectativas da empresa em relação à conformidade legal e ética.	Treinamentos devem abordar áreas como anticorrupção, lavagem de dinheiro, proteção de dados, concorrência justa, conflito de interesses e	Aplicação de treinamentos específicos à pratica de acordo com perfil de ocorrências instituição.	Coordenador do Comitê	Mês 6

		qualquer outra legislação ou regulamento relevante para a organização.			
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar Número de ocorrências durante o ano e planejamento de ações futuras de melhorias do processo e serviço.	Apresentar para Direção a partir de relatório estruturado.	Coordenador do Comitê	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA

CAPÍTULO I – DA POSIÇÃO

Artigo 1º – O Comitê de Ética em Pesquisa da policlínica é um órgão permanente vinculado à Unidade. Seus membros tem total independência de ação no exercício de suas funções no Comitê mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

CAPITULO II – DO OBJETO

Artigo 2º – O CEP-Policlínica é um Comitê com os seguintes objetivos:

I – orientar as pesquisas que se realizarão na Unidade, quanto às normas e quanto aos princípios éticos exigidos pelo Ministério de Saúde;

II – observar o cumprimento dos princípios éticos no que se refere à técnica do uso de seres humanos;

III – organizar sistema de avaliação e acompanhamento das atividades do CEP da Unidade.

IV – prestar as informações aos órgãos do Ministério de Saúde no que se refere ao andamento dos trabalhos analisados;

V – normatizar seus procedimentos operacionais internos, visando ao efetivo controle sanitário dos produtos objeto de pesquisa clínica;

VI – controlar o bom andamento das pesquisas e sua atualização continuamente;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador, segundo as normas vigentes nas regulamentações da Secretaria de Saúde.

CAPITULO III - DAS FINALIDADES

Artigo 3º – O CEP tem por finalidade orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos na Unidade, dentro das Normas dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- GO).

CAPITULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º – O CEP da policlínica é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Biologia, Ciências Biomédicas e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pelo Direção da Policlínica, a partir de indicaçãorealizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações da unidade. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacância pelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá acoordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço deseus membros;

VII – o número mínimo para constituir o colegiado será de 7 (sete) membros;

VIII – o CEP será multidisciplinar e transdisciplinar, e não poderá haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos;

IX – os membros do CEP não serão remunerados pelo desempenho de suas tarefas, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, também serão dispensados, nos horários de seu trabalho no Comitê, de suas obrigações em suas instituições, dado o caráter de relevância pública da função;

X – o CEP poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

XI – Na impossibilidade do membro concluir o mandato, a solicitação de desligamento do Comitê deverá ser feita por escrito e o CEP deverá indicar outra pessoa para a complementação do mandato.

CAPITULO V – DA CAPACITAÇÃO DOS MEMBROS E COMUNIDADE ACADÊMICA

Artigo 5º – Na indicação de novo membro haverá uma apresentação do mesmo em reunião do Comitê, sendo orientado sobre a documentação e normas do Sistema CEP/CONEP e este Regulamento; haverá anualmente um plano de capacitação dos membros do CEP, envolvendo a comunidade acadêmica e científica da Instituição a fim de promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em cumprimento a Norma Operacional nº 001/13.

CAPITULO VI – DO APOIO ADMINISTRATIVO

Artigo 6º – O CEP contará com um funcionário administrativo para a função de Secretário do Comitê, designado e exclusivo especificamente para as atividades do Comitê.

CAPITULO VII – DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º – Ao CEP compete:

I – orientar os pesquisadores quanto às Normas exigidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, na realização de seus projetos e na sua condução;

II – observar se os princípios éticos na realização de pesquisas em seres humanos estão sendo cumpridos;

III – organizar um sistema de avaliação e acompanhamento destes projetos;

IV – exigir por parte do pesquisador a elaboração de relatórios semestrais a respeito do andamento de seus projetos;

Parágrafo Único – Caso o pesquisador não cumpra com sua obrigação de enviar os relatórios nos prazos estabelecidos, o CEP solicitará oficialmente que o faça, e caso ainda assim não seja atendido, o CEP comunicará a Instituição da inadimplência do pesquisador, para que providências administrativas sejam tomadas. Ainda neste caso,o CEP suspenderá novas análises de outros projetos de pesquisa do mesmo pesquisador, e inspecionará o referido estudo ao qual o pesquisador não enviou relatórios, podendo inclusive solicitar interrupção do mesmo, mediante qualquer riscoaos participantes da pesquisa;

V – comunicar as instâncias competentes os casos de infrações éticas ou denúncias, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

VI – informar os pesquisadores sobre as regras exigidas, criando um dispositivo capaz de facilitar esta realização;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador segundo as regras exaradas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde pertencente ao Ministério da Saúde, interessando à CONEP/GO.

VIII – fazer respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como, os hábitos e costumes quando as pesquisas de seres humanos envolverem comunidades;

IX – envolver a comunidade científica na importância de atender a todas as exigências dos princípios em Ética de Pesquisa em Seres Humanos;

X – assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e, os participantes da pesquisa e os membros do CEP;

XI – observar o cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante da pesquisa envolvido e/ou seu responsável legal, e se estão devidamente cientes, em explicações sob linguagem clara e acessível, sendo no TCLE: explicitados os possíveis desconfortos e risco decorrentes da participação na pesquisa; esclarecidas as providências a serem empregadas no caso de condições adversas quepossam causar dano ao participante da pesquisa, os benefícios esperados dessa participação e o esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito, inclusive considerando os benefícios e acompanhamento posterior ao encerramento e/ou interrupção da pesquisa; a garantia de liberdade ao participantede recusar-se a participar e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalizações;

XII – avaliar se os relatórios estão satisfazendo aos princípios e diretrizes éticos, legais e administrativos;

XIII – sugerir a Direção da Unidade, as medidas administrativas cabíveis quando houver desrespeito às Normas Éticas de Pesquisas envolvendo seres humanos;

XIV – comprovar nas pesquisas do exterior ou com participação estrangeira, os compromissos e as vantagens para os participantes das pesquisas e para o Brasil;

XV – esclarecer aos pesquisadores que descontinuar os projetos aprovados sem justificativa aceita pelo CEP, que os aprovou, é um procedimento antiético;

XVI – assegurar que o resultado da pesquisa poderá se tornar público, independente do interesse do patrocinador e/ou pesquisador;

XVII – assegurar ao participante da pesquisa completo sigilo sobre a pesquisa;

XVIII – emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão;

XIX – propor a substituição do pesquisador em casos de cometimento de infração profissional no decorrer da pesquisa;

XX – informar as áreas competentes, para as providências cabíveis, sobre as infrações cometidas pelo pesquisador;

XXI – propor plano anual de capacitação de seus membros.

Artigo 8º – Ao Pesquisador responsável compete:

I – apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

II – elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro da legislação;

III – desenvolver o projeto conforme delineado;

IV – elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Ao final da pesquisa, conforme descrito em seu cronograma, não sendo apresentado o relatório final, o projeto de pesquisa será considerado encerrado e após 5(cinco) anos, a guarda do protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficarão sob responsabilidade do Pesquisador;

V – apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;

VI – manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa;

VII – encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

VIII – justificar fundamentalmente, perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX – garantir o tratamento, o reembolso e as informações previstas no projeto, aos participantes da pesquisa.

CAPITULO VIII - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 9º – São atribuições do CEP:

I- avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos emitindo parecer devidamente justificado, orientado pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, entre outros, destro dos prazos estabelecidos de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma

Operacional 001/2013, sendo: 10 (dez) dias para checagem documentale 30 (trinta) dias para liberar o parecer, evitando morosidade na análise;

II – desempenhar papel consultivo e educativo em questões éticas; III – elaborar o Regimento Interno;

IV – comunicar as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas justificando-as; sendo nomeado novo representante de usuário e/ou membro, será solicitada a alteração dos dados via formulário especifico encaminhado à CONEP.

Artigo 10 – São atribuições do COORDENADOR do CEP:

I – propor o calendário e convocar as reuniões do CEP:

II – programar e dirigir os trabalhos do CEP:

III – confirmar a indicação feita, a algum membro do CEP, para a função de relator, que avaliará se aquele trabalho segue todas as normas exigidas pelas resoluções;

IV – solicitar a participação de algum elemento de fora do CEP que poderá ajudar nesta avaliação;

V – executar as deliberações do CEP;

VI – controlar a frequência dos membros que, sem justificativa, se ausentarem por reuniões consecutivas;

VII – criar e organizar sistema que permita a guarda e arquivo de documentos;

VIII – exercer o direito de voto de qualidade;

IX – responder administrativamente pelo CEP e representá-lo perante a Direção da Policlínica e ao Ministério da Saúde;

X – cumprir e fazer cumprir as Normas e Regulamentos da Policlínica e das Resoluçõesdo Conselho Nacional de Saúde, quanto aos trabalhos avaliados.

Artigo 11 – São atribuições dos MEMBROS do CEP:

I – atender às convocações para as reuniões do Comitê;

II – analisar de forma detalhada se os projetos estão de acordo com as normas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na forma de relator, conforme determinado pelo Coordenador;

III – analisar de forma contínua o andamento dos trabalhos avaliados;

IV – as análises dos projetos deverão ser feitas no menor tempo possível, não excedendo a 10 (dez) dias úteis;

V – participar da discussão e elaboração dos relatórios periódicos de atualização a respeito do andamento dos trabalhos avaliados;

VI – participar da votação a respeito da análise dos trabalhos, desde que solicitado em reunião;

VII – os membros do CEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como a tomada de decisão, quando houver conflito de interesses.

Artigo 12 – São atribuições do SECRETÁRIO do CEP:

I – providenciar a análise documental dos projetos cadastrados na Plataforma Brasil antes do aceite destes para relatoria;

II – indicar relatoria para os projetos de pesquisa cadastrados na Plataforma Brasil;

III – providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias;

IV – encaminhar aos membros do CEP a pauta das reuniões;

V – assistir às reuniões;

VI – preparar, assinar, distribuir aos membros e manter em arquivo as atas das reuniões do CEP;

VII – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VIII – Não receber projetos que não estejam completos de acordo com este regulamento e com a legislação pertinente.

CAPITULO IX – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13 – A Secretaria para atendimento ao público em geral e pesquisadores localiza dentro do prédio da Unidade, com funcionamento de segunda à sexta-feira,das 8 às 12 horas.

Artigo 14 – As reuniões do CEP, ordinárias e extraordinárias, serão realizadas nas dependências da Unidade, em local previamente determinado.

Artigo 15 – As reuniões serão sempre fechadas ao público para que se mantenha o sigilo exigido, preservando a confidencialidade das discussões entre os membros e dos projetos analisados, os membros do CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões, deverão manter sigilo comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade, em cumprimento a Resolução CNS nº 466/12:

I – o CEP reunir-se-á ordinariamente às terceiras sextas-feiras do mês, ou por convocação do Coordenador, em dia e hora previamente estabelecidos e com antecedência mínima de 24 horas;

II – sempre que houver assuntos urgentes e de interesse do CEP, o Coordenador poderá convocar extraordinariamente seus membros;

III – as reuniões cujas resoluções impliquem nas decisões do CEP deverão contar com mais de 50% dos membros, conforme Resolução CNS n° 370/07;

IV – ordinariamente e extraordinariamente as deliberações serão por maioria absoluta dos presentes na reunião, a presença dos membros será controlada através de assinatura em lista;

V – as ausências justificadas dos membros do CEP não poderá exceder o número de 3 (três) no ano, as faltas do representante de usuário serão informadas à instituiçãoque o indicou e, se for o caso, será comunicado o desligamento e solicitada nova indicação de representante;

VI – as reuniões extraordinárias somente serão feitas para assuntos específicos, previamente determinados.

Artigo 16 – As reuniões compõem-se de três partes: Expediente, Ordem do Dia eAssuntos Gerais:

I – o Expediente – destina-se à aprovação da ata da reunião anterior, comunicação do Coordenador e proposições de seus membros;

Parágrafo Único – da ata deverão constar: as deliberações da plenária; a data e horário de início e termino da reunião; o registro nominal dos presentes e as justificativas das ausências. Após votação e aprovação da ata, a mesma será assinada pelos membros do CEP;

II – a Ordem do Dia – serão apreciados os trabalhos predeterminados no ato da convocação, sendo ouvidos os relatores em suas avaliações segundo as normas exigidas;

III – os Assuntos Gerais – serão tratados outros temas de importância, sugeridos pelo Coordenador ou por algum dos membros presentes.

Artigo 17 – As deliberações ordinárias ou extraordinárias serão por consenso, na impossibilidade do mesmo, serão por maioria absoluta de votos;

Parágrafo Único – Havendo empate na votação, esta será decidida pelo voto doCoordenador.

CAPITULO X – DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Artigo 18 – O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo CEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma Brasil é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP. Não serão aceitos para apreciação projetos fora deste Sistema.

Artigo 19 – o conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no Sistema CEP/CONEP é de ordem estritamente sigilosa. Os membros, representantes de usuários e funcionários administrativos do Comitê que tem acesso aos documentos, inclusive virtuais deverão manter sigilo sob pena de responsabilidade.

Artigo 20 – a pesquisa deverá estar acompanhada do respectivo protocolo para ser analisada.

Artigo 21 – O CEP manterá em arquivo o protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes, por 5(cinco) anos, contados a partir do término do estudo, podendoeste arquivamento processar-se em meio digital. Após esse prazo, a guarda do

protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficará somente sob responsabilidade do Pesquisador, bem como os protocolos de pesquisa e os relatórios correspondentes encerrados, anteriores a Plataforma Brasil.

Artigo 22 – Aprovado o Protocolo de Pesquisa, o CEP passa a ser corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 23 – A análise do protocolo de pesquisa culminará com sua classificação como uma das seguintes categorias especificadas pela Norma Operacional CNS nº 001/13, a saber:

I – Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

II – Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em "pendência",enquanto esta não estiver completamente atendida. Se o parecer for de pendência, opesquisador terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo;

III – Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência". Nas decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP ou à CONEP, no prazo de 30 (trinta) dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

IV – Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

V – Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

VI – Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

Artigo 24 – o CEP durante a revisão ética, caso entenda como oportuno e conveniente, poderá solicitar informações, documentos e outros, para o esclarecimento de questões, ficando suspenso o processo até a vinda dos elementos

solicitados.

Artigo 25 – as pendências meramente documentais serão previamente apreciadaspelo funcionário administrativo e/ou pelos coordenadores do CEP e comunicadas diretamente ao pesquisador, por escrito.

Artigo 26 – consideram-se autorizados para a execução os Protocolos de Pesquisa aprovados pelo CEP.

CAPITULO XI – DA PENALIDADE

Artigo 27 – São causas de cancelamento temporário ou definitivo da pesquisa, alémdas previstas pelas normas do Conselho Nacional de Saúde em vigor:

I – transgredir o código de ética das classes profissionais ou os de ética em Pesquisa, segundo as normas presentes nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde e Vigilância Sanitária;

II – desrespeitar o Regulamento da Policlínica, o Regimento Interno do CEP, as Ordensde Serviço, Instruções e Rotinas emitidas pela Administração da Unidade;

III – comprometer a reputação do Corpo Clínico ou da própria Policlínica tanto nasrelações internas quanto externas.

Artigo 28 – A apreciação e aplicação de penalidade serão de competência da CONEP/GO, quando a infração se referir à transgressão das normas que administramo Código de Ética de Pesquisa em Seres Humanos e de outras instâncias quando pertinente.

CAPITULO XII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 29 – Nenhuma pesquisa em seres humanos poderá ser realizada na Policlínica sem uma aprovação do CEP, mesmo que este projeto já tenha sido avaliado por outro comitê de ética de outra instituição;

Parágrafo Único – O CEP não poderá analisar pesquisas com uso de animais sendo, portanto, vedadas quaisquer ações neste sentido.

Artigo 30 – Todos os protocolos de pesquisa a serem analisados pelo CEP deverão ser submetidos através do Sistema Plataforma Brasil, respeitando a normas exigidas pelo Comitê.

Artigo 31– Todas as determinações devem ser atendidas pelos pesquisadores e/ou patrocinadores,o mais breve possível, podendo ser bloqueados os trabalhos até queisto se resolva e seja aprovado em uma reunião ordinária do CEP.

Artigo 32 – É vedado a qualquer membro do CEP a revelação de quem seja o relator do projeto em análise, para se evitar uma eventual pressão tendenciosa nesta avaliação ou criar um caráter pessoal.

Artigo 33 – A avaliação dos relatores será colocada em votação na reunião, e a palavra final será do Colegiado e não individual, mesmo que a decisão seja contráriaao expositor.

Artigo 34 – A análise dos projetos será feita pelos relatores, devendo ser elaborada de forma clara, objetiva e detalhada, fornecendo subsídios para a decisão do colegiado.

Artigo 35 – A decisão das avaliações será por maioria absoluta de votos dosmembros presentes naquela reunião.

Artigo 36 – O CEP possui a obrigação de comunicar qualquer efeito adverso, não esperado e não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O CEP deverá receber denúncias de abusos ou notificações sobre atos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificaçãoou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do TCLE.

Artigo 37 – O CEP manterá registro atualizado das atividades de modo a possibilitar o pronto encaminhamento de informações aos órgãos públicos e competentes, desde que sejam solicitados.

Artigo 38 – O CEP caso tenha suas atividades suspensas temporariamente, por ocorrência de greve ou recesso institucional, de acordo com a Carta Circular nº 244/16 da CONEP deverá adotar as seguintes medidas:

I – Greve Institucional: o CEP comunicará à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros) quanto à situação, informando que haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e que a tramitação permanecerá paralisada

(parcial ou totalmente) pelo tempo que perdurar a greve; aos participantes de pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado da greve e as formas de contato com a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve; e em relação aos projetos de caráter acadêmico, como TCC, mestrado e doutorado, a instituição deverá adequar devidamente os prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP institucional; e informar à CONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação;

II – Recesso Institucional: o CEP informará, com a devida antecedência e por meio de ampla divulgação por via eletrônica, à comunidade de pesquisadores o período exato de duração do recesso; e aos participantes de pesquisa e seus representantes o período exato de duração do recesso e as formas de contato com o CEP e a CONEP,de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período do recesso.

Artigo 39 – Quando houver a colocação de verbas por parte de patrocinadores, para realização da pesquisa, esta deverá ser bem esclarecida através de documento, por escrito, para que não se confunda como uma forma de pagamento aos pesquisadores.

Artigo 40 – No caso de projetos de interesse dos patrocinadores, estes deverão ser informados de sua responsabilidade sobre todos os custos que envolvem a pesquisa.

Artigo 41– O prontuário médico do pesquisado/paciente, bem como todos os dados colhidos e consignados, somente poderão ser acessados com autorização do CEP.

Artigo 42 – Os casos omissos serão resolvidos, no que couber, pelo CEP.

Artigo 43 – O presente Regimento entra em vigor nesta data da sua publicação,revogando qualquer disposição anterior.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar o Comitê de Ética	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordocom necessidade;	Através solicitação MEC de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e membro do COREME	Mês 1 Mês 2
2	Definição da estrutura e composição do CEP	Para direcionar as linhas de pesquisa em saúde.	Alinhar com Preceptores e parcerias com Escola de Ensino Superior para elaboração de projetos de pesquisa envolvendo humanos.	O CEP	Mês 2
3	Reuniões ordinárias	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 2
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos do comitê, os procedimentos de avaliação ética dos	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	O CEP	Mês 3

		projetos de pesquisa, a periodicidade das reuniões, as responsabilidades dos membros, os processosde tomada de decisão, entre outros aspectos relevantes. .			
5	Reuniões ordinárias	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 3
6	Definição dos fluxos de trabalho e processos de avaliação ética	Estabelecer prazos para submissão de projetos, os critérios de análise ética, a documentação necessária para a avaliação, os procedimentos de revisão pelos membros do CEP, entre outros aspectos operacionais.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações.	O CEP	Mês 4
7		Alinhar as atividades	Divulgação e orientações		

	Reuniões ordinárias	em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 4
8	Recrutamento e capacitação de membros	Realizar processos de seleção adequados, considerando as competências necessárias para o desempenho das funções.	Oferecer capacitação contínua aos membros do CEP, garantindo que estejam atualizados em relação às regulamentações e às questões éticas pertinentes.	O CEP	Mês 5
9	Reuniões ordinárias	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

NÚCELO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

Regimento Interno – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA

ABRANGÊNCIA

Este se aplica a todos os setores da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa que, direta ou indiretamente, possam estar envolvidos com a segurança do paciente.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A criação do Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com a RDC nº. 36/2013, tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco.

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- A melhoria contínua nos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO DO NUCLEO

Artigo 2º - Os membros do núcleo deverão ser nomeados pela diretoria clínica.

Artigo 3º - Os membros do núcleo terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPITULO V - DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da NSP da policlínica estará subordinada à diretoria clínica.

CAPITULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Ao Núcleo de Segurança do Paciente é incumbido:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

II - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

III - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IV - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VI - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

VIII - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

IX - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição do Núcleo de Segurança do Paciente será a seguinte:

a) 01 representante da Farmácia Hospitalar;
b) 01 representante do Corpo Clínico;
c) 01 representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
d) 01 representante da Enfermagem;
e) 01 representante da Engenharia Clínica;
f) 01 representante da Agência Transfusional;
g) 01 representante da Gestão de Qualidade;
h) 01 secretário Administrativo.

Artigo 6º - Novos integrantes da comissão só serão nomeados em Ata de Nomeação após três reuniões consecutivas, ou em casos excepcionais será nomeado de imediato com aprovação de todos os membros integrantes da comissão, sendo registrado em ata.

Artigo 7º - Cada membro deverá seguir suas atribuições de acordo com as descrições feitas e discutir os casos em equipe para tomada de decisões.

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - O NSP realizará reuniões quinzenais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário.

Artigo 9º - As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º - Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

Artigo 11º - As atividades da policlínica, também serão registradas em ata.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º - O NSP deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pela diretoria clínica da

policlínica.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 13º - É de responsabilidade do NSP, atender as recomendações do plano nacional de segurança do paciente.

Artigo 14º - O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NSP.

Artigo 15º - A notificação dos eventos adversos, deverá ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15°(décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único – Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas, a partir da data do ocorrido.

Artigo 16º - Este regimento poderá ser modificado de acordo com as necessidades para melhor funcionamento da NSP.

Artigo 16º - Para registro das reuniões, deverá ser elaborada, Ata de reunião Cronograma Lista de presença, Planilha de controle de eventos adversos Notificação interna de eventos adversos e Notificação de eventos adversos pela Anvisa.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - NQSP

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NQSP	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros do Serviço de Gestão da Qualidade	Gerencia de enfermagem/Qualidade	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do NSP	Políticas de segurança e regimento do serviço, método de notificação de incidentes, matriz de riscos	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena (Mês 1,2,3,4)
3	Protocolos de segurança do paciente	Definição e condutas padronizadas de acordo com protocolos clínicos	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena (Mês 1,2,3,4)
4	Meta 1: Identificação Correta do Paciente	Definição e condutas padronizadas de identificação do paciente.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena (Mês 1,2,3,4)
5	Meta 2: Comunicação Efetiva	Padronizar comunicação efetiva durante na assistência gerada aos pacientes internados.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena (Mês 1,2,3,4)
6	Meta 3: Melhorar a Segurança dos Medicamentos	Seguir os protocolos de boas práticas na cadeia medicamentosa.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena Mês (5,6,7,8)
6	Meta 4: Cirurgia Segura	Aplicação do Check list de Cirurgia	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena Mês (5,6,7,8)

		segura em sua completitude de pacientes operatórios.			
6	Meta 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados	Desenvolver e aderir ações de prevenção de infecção relacionadas a saúde.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena Mês (9,10,11,12)
7	Meta 6: Reduzir o Risco de Danos aos Pacientes Resultantes de Lesões por Pressão e Quedas	Aplicação de protocolos de avaliação do risco e prevenção de quedas e lesão por pressão.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena Mês (9,10,11,12)
8	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de notificação de eventos adversos.	Membros da comissão e Direção Clínica	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado em conformidade com a norma regulamentadora 04 (NR 04) portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

OBJETIVOS

O regulamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalhotem como objetivo promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

A norma regulamentadora 04 (NR 04) da portaria de nº 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei nº 6514 de dezembro de 1977 , instituiu o SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. O SESMT, agindo de forma preventiva, educativa e por vezes atuando na melhoria dos processos, o que proporciona aos trabalhadores um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

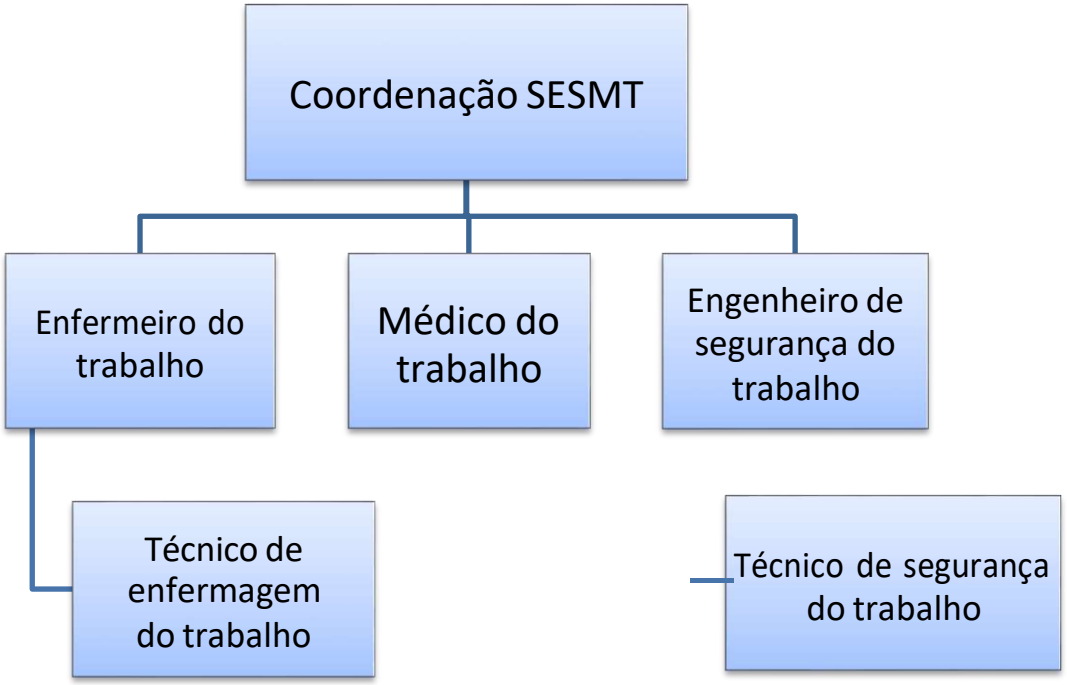
Aplicação

Enfermeiro do trabalho, Engenheiro de segurança do trabalho, Médico do trabalho, Técnico de enfermagem do trabalho e Técnico de segurança do trabalho.

Responsabilidades

É de responsabilidade dos profissionais que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesuss, observar o conteúdo deste regulamento interno.

Estrutura Organizacional



Formação especializada dos profissionais do SESMT:

1) Enfermeiro do trabalho - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
2) Engenheiro de segurança do trabalho - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pósgraduação;
3) médico do trabalho - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

4) Técnico de enfermagem - portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de técnico de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;
5) Técnico de segurança do trabalho - técnico portador de comprovação de registro profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

- **Competências dos profissionais especializados do SESMT, conforme NR 04**

1) elaborar ou participar da elaboração do inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
2) acompanhar a implementação do plano de ação do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
3) implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;
4) elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;
5) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;
6) manter permanente interação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
7) promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
8) propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;
9) conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;
10) acompanhar e participar nas ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07).

- **Atribuições Profissionais:**

Enfermeiro do trabalho:

1) Desenvolver projetos e estratégias para prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, sejam elas em decorrência da atividade realizada (doença ocupacional) ou das condições/ ambiente em que trabalham (doença do trabalho);
2) Conduzir pesquisas, fazer análises para prevenir doenças do trabalho, aplicar estratégias de controle e sugerir mudanças associadas a possíveis riscos ocupacionais;
3) Prestar atendimento de urgência no ambiente de trabalho em caso de acidentes ou mal súbito dos funcionários;
4) Zelar pelo programa de vacinação da instituição
5) Conduzir testes, como o de acuidade visual e auditiva, geralmente acompanhando o médico especialista;
6) Detectar e monitorar situações de perigo ao trabalhador;
7) Padronizar normas e procedimentos de enfermagem, além de elaborar relatórios técnicos pertinentes a sua especialidade;
8) Instruir os funcionários sobre os riscos relacionados às suas atividades, bem como a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs);
9) Colaborar com o planejamento e execução de projetos investigativos sobre a saúde dos funcionários;
10) Desenvolver palestras e materiais educativos relacionados a saúde do trabalhador
11) Desenvolver campanhas de prevenção de doenças e campanhas para qualidade de vida no trabalho

Engenheiro de Segurança do Trabalho:

1) Orientar tecnicamente os serviços de Engenharia de Segurança do Trabaho;
2) Estudar as condições de segurança dos locais de trabalho e das instalações e equipamentos, com vistas especialmente aos problemas de controle de risco, controle de poluição, higiene do trabalho, ergonomia **e** proteção contra incêndio.
3) Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas a gerenciamento e controle de riscos;

4) Vistoriar, avaliar, realizar perícias, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre grau de exposição a agentes agressivos de riscos físicos, químicos e biológicos, tais como poluentes atmosféricos, ruídos, calor, radiação em geral e pressões anormais, caracterizando as atividades, operações e locais insalubres e perigosos;

5) Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas e corretivas e orientando trabalhos estatísticos, inclusive com respeito a custo;

6) Propor políticas, programas, normas e regulamentos de Segurança do Trabalho, zelando pela sua observância;

7) Elaborar projetos de sistemas de segurança e assessorar a elaboração de projetos de obras, instalação e equipamentos, opinando do ponto de vista da Engenharia de Segurança;

8) Estudar instalações, máquinas e equipamentos, identificando seus pontos de risco e projetando dispositivos de segurança;

9) Projetar sistemas de proteção contra incêndios, coordenar atividades de combate a incêndio e de salvamento e elaborar planos para emergência e catástrofes;

10) Inspecionar locais de trabalho no que se relaciona com a segurança do Trabalho, delimitando áreas de periculosidade;

11) Especificar, controlar e fiscalizar sistemas de proteção coletiva e equipamentos de segurança, inclusive os de proteção individual e os de proteção contra incêndio, assegurando-se de sua qualidade e eficiência;

12) Opinar e participar da especificação para aquisição de substâncias e equipamentos cuja manipulação, armazenamento, transporte ou funcionamento possam apresentar riscos, acompanhando o controle do recebimento e da expedição;

13) Elaborar planos destinados a criar e desenvolver a prevenção de acidentes, promovendo a instalação de comissões e assessorando-lhes o funcionamento;
14) Orientar o treinamento específico de Segurança do Trabalho e assessorar a elaboração de programas de treinamento geral, no que diz respeito à Segurança do Trabalho;
15) Acompanhar a execução de obras e serviços decorrentes da adoção de medidas de segurança, quando a complexidade dos trabalhos a executar assim o exigir;
16) Colaborar na fixação de requisitos de aptidão para o exercício de funções, apontando os riscos decorrentes desses exercícios;
17) Propor medidas preventivas no campo da Segurança do Trabalho, em face do conhecimento da natureza e gravidade das lesões provenientes do acidente de trabalho, incluídas as doenças do trabalho;
18) Informar aos trabalhadores e à comunidade, diretamente ou por meio de seus representantes, as condições que possam trazer danos a sua integridade e as medidas que eliminam ou atenuam estes riscos e que deverão ser tomadas.

Médico do trabalho:

1) Estabelecer a orientação doutrinária e a modalidade de gestão das atividades médicas na empresa;
2) Supervisionar a administração e a execução das atividades de medicina do trabalho;
3) Elaborar normas e critérios para prestação de assistência médica.
4) Estabelecer critérios sobre a prestação de serviços técnico-científicos ou especializados, por pessoas físicas ou jurídicas.
5) Propor novas modalidades de trabalho e ações técnicas, decorrentes de atualização das determinações legais ou de avanços científicos.
6) Desenvolver e divulgar programas de educação para a saúde.
7) Mostrar à administração da empresa a necessidade dos órgãos médicos disporem de condições técnicas e materiais, para seu funcionamento.
8) Exercer outras atividades similares com o mesmo grau de complexidade.
9) (É médico do trabalho e pode concomitantemente exercer a atividade de supervisor médico):
10) Implantar ações médico-clínicas, preventivas, técnicas e de caráter administrativo na empresa.

11) Implantar e supervisionar as atividades de medicina do trabalho estabelecidas na legislação e na programação da empresa.
12) Fazer cumprir a Lei e o Código de Ética.

Técnico de enfermagem do trabalho:

1) Efetuar procedimentos de admissão:
2) Apresentar-se situando paciente no ambiente; arrolar pertences de paciente; controlar sinais vitais; mensurar paciente (peso, altura); higienizar paciente; fornecer roupa; conter paciente no leito; monitorar evolução de paciente.
3) Prestar assistência ao paciente:
4) Puncionar acesso venoso; trocar curativos; mudar decúbito no leito; aplicar bolsa de gelo e calor úmido e seco; estimular paciente (movimentos ativos e passivos); proceder à inaloterapia; oferecer comadre e papagaio; introduzir cateter naso-gástrico e vesical; remover o paciente.
5) Administrar medicação prescrita:
6) Verificar medicamentos recebidos; identificar medicação a ser administrada (leito, nome e registro do paciente); preparar medicação prescrita; verificar via de administração; preparar paciente para medicação (jejum, desjejum); executar anti-sepsia; acompanhar paciente na in-gestão de medicamento; acompanhar tempo de administração de soro e medicação; administrar em separado medicamentos incompatíveis.
7) Auxiliar em reanimação de paciente; efetuar tricotomia; coletar material para exames; efetuar testes e exames (cutâneo, ergométrico, eletrocardiograma); controlar administração de vacinas.
8) Organizar ambiente de trabalho:
9) Providenciar material de consumo; inspecionar carrinho de parada cárdio-respiratória (PCR); organizar medicamentos e materiais de uso de paciente e de posto de enfermagem; fiscalizar validade de materiais e medicamentos; encaminhar material para exames; arrumar camas; arrumar rouparia.
10) Trabalhar com biossegurança e segurança:
11) Utilizar recursos de informática.
12) Participar em campanhas de saúde pública.
13) Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Técnico de segurança do trabalho:

1) Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização;
2) Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador, propondo sua eliminação ou seu controle;
3) Executar os procedimentos de segurança e higiene do trabalho e avaliar os resultantes alcançados, adequando-os estratégias utilizadas de maneira a integrar o processo Prevencionista em uma planificação, beneficiando o trabalhador;
4) Executar programas de prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho nos ambientes de trabalho, com a participação dos trabalhadores, acompanhando e avaliando seus resultados, bem como sugerindo constante atualização dos mesmos estabelecendo procedimentos a serem seguidos;
5) Promover debates, encontros, campanhas, seminários, palestras, reuniões, treinamentos e utilizar outros recursos de ordem didática e pedagógica com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, assuntos técnicos, visando evitar acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;
6) Executar as normas de segurança referentes a projetos de construção, aplicação, reforma, arranjos físicos e de fluxos, com vistas à observância das medidas de segurança e higiene do trabalho, inclusive por terceiros;
7) Encaminhar aos setores e áreas competentes normas, regulamentos, documentação, dados estatísticos, resultados de análises e avaliações, materiais de apoio técnico, educacional e outros de divulgação para conhecimento e auto-desenvolvimento do trabalhador;
8) Indicar, solicitar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, recursos audiovisuais e didáticos e outros materiais considerados indispensáveis, de acordo com a legislação vigente, dentro das qualidades e especificações técnicas recomendadas, avaliando seu desempenho;
9) Cooperar com as atividades do meio ambiente, orientando quanto ao tratamento e destinação dos resíduos industriais, incentivando e conscientizando o trabalhador da sua importância para a vida;

10) Executar as atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho utilizando métodos e técnicas científicas, observando dispositivos legais e institucionais que objetivem a eliminação, controle ou redução permanente dos riscos de acidentes do trabalho e a melhoria das condições do ambiente, para preservar a integridade física e mental dos trabalhadores;
11) Levantar e estudar os dados estatísticos de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, calcular a frequência e a gravidade destes para ajustes das ações prevencionistas, normas regulamentos e outros dispositivos de ordem técnica, que permitam a proteção coletiva e individual;
12) Articular-se e colaborar com os setores responsáveis pelos recursos humanos, fornecendo-lhes resultados de levantamento técnicos de riscos das áreas e atividades para subsidiar a adoção de medidas de prevenção a nível de pessoal;
13) Informar os trabalhadores e o empregador sobre as atividades insalubre, perigosas e penosas existentes na empresa, seus riscos específicos, bem como as medidas e alternativas de eliminação ou neutralização dos mesmos;
14) Avaliar as condições ambientais de trabalho e emitir parecer técnico que subsidie o planejamento e a organização do trabalho de forma segura para o trabalhador;

DIMENSIONAMENTO SESMT

Este deverá seguir o anexo II da Norma Regulamentadora 4, que leva em consideração o grau de risco da instituição e o número de colaboradores.

*Norma em anexo

DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. Através no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Este regulamento deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

CME - Centro de Material Esterilizado

RI - Regimento Interno

COREN - Conselho Regional de Enfermagem **COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem **PEC** - Perfil Estruturado por Competências **GCPEC** - Sistema de Gestão por Competências
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência

CROSS - Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde

AIH - Autorização Internação Hospitalar

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistêmico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RH - Recursos Humanos

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº2, de 27 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência.** Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- As Normas Regulamentadoras entraram em vigor logo após a publicação da portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, referente a Consolidação das Leis Trabalhistas, relativo a Segurança e Medicina do Trabalho, ou seja, as Normas Regulamentadora tem base legal na Le

I. Objetivos

A Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho é o conjunto de normas, objetivos e padrões que as empresas precisam adotar para garantir a integridade física de seus trabalhadores. O principal objetivo do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.

III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as normas regulamentadoras vigentes e CLT e seguirá as diretrizes sinalizadas abaixo:

- Proporcionar ao trabalhador um ambiente de trabalho seguro e saudável;
- Determinar que nenhum trabalho pode ser executado sem a devida avaliação dos aspectos relativos à Segurança e Saúde do trabalhador, por qualquer razão, seja por urgência, importância ou por qualquer outra forma de trabalho que pode ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, em todas as fases de um projeto, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;
- Assegurar que as metas e os indicadores proativos em Segurança e Saúde Ocupacional estejam vinculados à estratégia empresarial;
- Promover a educação em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da entidade;
- Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais da entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre

Segurança e Saúde Ocupacional vigentes;

- Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com a entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos produtivos;
- Disponibilizar aos Órgãos fiscalizados de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários e recursos necessários para o exercício de suas atividades;
- Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Garantir que a saúde e segurança estejam integradas a todos os processos.
- Planejar, coordenar e orientar a execução dos programas e campanhas preventivas de acidentes do trabalho e promoção da saúde ocupacional.
- Buscar a melhoria continua dos processos referentes à segurança do trabalho e saúde ocupacional livres de acidentes de modo a manter e fortalecer a imagem da empresa.
- Promover a integração da segurança do trabalho em todas as fases da execução de um procedimento, escrito ou não e seu envolvimento em um estilo de vida saudável estimulando a conduta preventiva.

Dimensionamento do SESMT: Tem como objetivo atender a NR04, esta Norma estabelece os parâmetros e os requisitos para constituição e manutenção dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador.

Aplicação:

Nesta norma podemos identificar a responsabilidade de cada membro do SESMT e o número de profissionais que irão compor o quadro de cada unidade, este número é calculado com base no quadro II da NR04 que leva em consideração o total de empregados e natureza do risco relacionado a atividade desempenhada.

No caso da área da saúde o grau de risco é o III.

Programa de Gerenciamento de Riscos: Este documento tem como objetivo cumprir com a norma legislativa 01, seu foco está na identificação até a possível eliminação dos riscos, uma vez que controlar a exposição aos riscos é a estratégia mais eficaz para a proteção dos trabalhadores.

Aplicação:

A elaboração do PGR pode ser realizada por um trabalhador indicado pelo gestor da entidade, preferencialmente um membro do SESMT. Este programa visa à preservação da saúde e da integridade dos colaboradores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho, os agentes físicos, químicos, ergonômicos, de acidente e biológicos. O PGR é um programa obrigatório para todas as empresas. O documento deverá ser alterado sempre que for feito alteração no ambiente de trabalho ou na atividade desempenhada que indique nova avaliação para ajustes e estabelecimento de novas metas e prioridade. Este documento quando realizado pelo técnico de segurança do trabalho terá validação da coordenação do setor. Ele não é apenas um documento que deve estar à disposição da fiscalização, mas sim, um plano das iniciativas para reduzir a exposição dos trabalhadores aos riscos levantados.

Referência: POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR e NR01.

Laudo Técnico de Condições Ambientais (LTCAT): Este documento tem como objetivo comprovar o exercício do trabalho em condições insalubres ou periculosas para fins de aposentadoria especial.

Aplicação:

A elaboração do LTCAT deve ser feita pelo engenheiro do trabalho ou pelo médico do trabalho da empresa ou mesmo que venha prestar serviço à organização na área de saúde ocupacional. Apenas estes profissionais estão qualificados perante a Legislação Trabalhista e Previdenciária a emitir tal laudo. Este documento deverá permanecer disponível na empresa e ficar à disposição da Previdência Social. Inclusive, é bom lembrar que o LTCAT servirá de base para o preenchimento do PPP, uma vez que fornece informações referentes às condições ambientais da organização.

Referência: Instrução 128 INSS.

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): Este documento tem como objetivo prevenir, detectar precocemente, monitorar e controlar possíveis danos à saúde do trabalhador evitando gastos excessivos para a empresa com ações judiciais, multas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) dentre outras.

Aplicação:

O PCMSO é executado pelo médico do trabalho, que será o coordenador responsável por este documento. Nas unidades que possuem um número de colaboradores menor do que 500, este serviço é terceirizado.

O PCMSO visa realizar uma minuciosa e individual avaliação médica ocupacional dos trabalhadores diretamente relacionada às suas condições de trabalho. Neste documento está registrado os riscos, periodicidade dos exames ocupacionais.

Exames Ocupacionais: Tem como objetivo a redução do absenteísmo motivado por doenças, redução de acidentes potencialmente graves, a garantia de colaboradores mais adequados à função com melhor desempenho, além de evitar as implicações legais pela falta de atendimento à sua obrigatoriedade de acordo com a NR07.

Aplicação:

Dentro de nossas Unidades são realizados cinco tipos de exames ocupacionais: admissional, retorno ao trabalho, periódico, mudança de função e demissional, estes exames são realizados pelo médico do trabalho nos casos onde a unidade possui mais de 500 trabalhadores, nas unidades em que o número de trabalhadores é menor este serviço é terceirizado e um médico indicado pelo coordenador do PCMSO realiza os exames ocupacionais.

- **Exame Admissional:** É realizado quando um colaborador é selecionado para ser admitido em nossas unidades pelo RH e encaminhado para o SESMT.O SESMT recebe este colaborador, encaminha para o exame complementar se necessário e agenda avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), neste documento o colaborador pode ser considerado apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Retorno ao Trabalho:** Ocorre quando um colaborador precisou estar ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. O SESMT agenda o exame de retorno para este trabalhador através de telegrama enviado 72 horas antes do término do afastamento comunicando o local, horário e data do exame que será no primeiro dia após o término do benefício, é

necessário que o mesmo esteja com a cópia comunicado de decisão de afastamento do INSS, exceto no caso de licença maternidade.

- **Exame Periódico:** Ocorre quando o trabalhador completa 1(um) ano de prestação de serviço de acordo com a definição do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)**.** É realizado uma convocação por email e pessoalmente para as coordenações da unidade, e é disponibilizado em mural nos setores a listagem de trabalhadores que estão com exames pendentes e os que tem vencimento próximo. O colaborador vai até o SESMT, é encaminhado para o exame complementar quando necessário e agendado para avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Mudança de Função:** Ocorre quando é realizado qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança. O trabalhador é encaminhado para o SESMT pelo RH através de uma guia que sinaliza a troca de função.O trabalhador vai até o SESMT, é agendado avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Demissional:** Ocorre quando o Trabalhador é desligado da empresa, será obrigatoriamente realizado até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 90 (noventa) dias segundo o Quadro I da NR 4. No momento em que o colaborador é desligado da empresa por inciativa própria ou da empresa o departamento pessoal agenda com o SESMT o exame demissional e o trabalhador vai até o SESMT/ Clínica Terceirizada para a avaliação clínica com o médico do trabalho.
Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

Todos exames ocupacionais deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 009 – Exames Ocupacionais.

Controle de Vacinas: Tem como objetivo cumprir com a exigência da NR32 e do PCMSO um controle de vacinação dos colaboradores que é uma das principais aliadas do serviço de saúde ocupacional de uma empresa, permitindo assim a partir de ações simples e de baixo custo, garantir a manutenção da saúde dos colaboradores.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é solicitado ao colaborador cópia do cartão contendo as vacinas dupla adulto (difteria e tétano), Hepatite B, Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) e vacina para COVID-19, estas vacinas são solicitadas no momento da admissão do colaborador. Caso o colaborador se recuse a tomar as vacinas ele assina um termo de responsabilidade de recusa a vacinação que será anexado a ficha clínica de medicina do trabalho (exceção).

Caso na admissão o colaborador só apresente a primeira dose, ele deve ser convocado de acordo com o esquema de vacinas pelo SESMT, para que complete o ciclo da vacina.

Todas vacinas deverão ser cadastradas e monitoradas através do TOTVS

Referência: POP SESMT 010 – Imunização Ocupacional

Fornecimento e Controle de EPI: Tem como objetivo cumprir com a NR 06, que diz no item: 6.3- A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, nas seguintes circunstâncias. Tornando assim o ambiente de trabalho mais seguro e saudável, evitando assim consequências maléficas aos colaboradores. Pois o EPI tem como objetivo proteger o colaborador dos possíveis riscos que ameaçam a sua segurança e a sua saúde no trabalho, evitando ou atenuando a gravidade das possíveis lesões durante o trabalho.

Aplicação:

Sempre que for admitido um novo colaborador, este será encaminhado à segurança do trabalho para receber o treinamento de capacitação inicial de segurança, onde serão passados dentre outros, informações sobre uso e conservação de EPI´s, e será assinado o termo de responsabilidade para utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

Após o treinamento de capacitação inicial, será entregue ao colaborador recém admitido todos os EPI´s pertinentes aos riscos de sua atividade, conforme descrito no Programa de

Gerenciamento de Riscos (PGR) e será registrada a entrega em ficha própria, conforme Norma Regulamentadora 06. Também serão informadas as medidas de conservação bem com periodicidade de troca dos EPI's fornecidos.

O colaborador será responsável pela guarda e conservação dos EPI´s a ele fornecidos, bem como por comunicar a segurança do trabalho a necessidade de substituição dos EPI´s danificados ou extraviados.

A segurança do trabalho manterá na Ficha individual de distribuição de EPI´s, o registro de todas as aquisições e substituições de EPI´s durante a vida laboral do colaborador, com exceção dos EPI´s descartáveis, que serão disponibilizados diretamente nos setores, em atendimento a NR 32.

O SESMT e/ou a CIPA, realizará inspeções preventivas de segurança nos setores, para verificar se os EPI´s estão sendo utilizados de forma correta, nas atividades onde são obrigatórios. Todos EPI´s deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 004 – Controle de entrada e saída de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP): Tem como objetivo cumprir com a instrução técnica 128/2022 (INSS) que estabelece que "a empresa deverá elaborar e manter atualizado perfil profissiográfico abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e fornecer a este, quando da rescisão do contrato de trabalho, cópia autêntica desse documento"

Aplicação:

O Perfil Profissiográfico Previdenciário é feito em um formulário entregue sempre que algum colaborador é demitido ou quando é solicitado por algum colaborador este documento é dividido em três seções a primeira é preenchida pelo departamento pessoal, que encaminha o documento para o SESMT para que seja feito o preenchimento da segunda e terceira seção pelo técnico de segurança do trabalho com as informações relativas ao colaborador, como por exemplo, a riscos da atividade que exerce o colaborador (agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física) ao qual está exposta, a intensidade e a concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa.

Após o preenchimento completo do PPP, ele é enviado por email para o DP para que seja entregue ao colaborador.

Referência: POP SESMT 006 – PPP

Fluxos Acidente Trabalho e Abertura de CAT: Tem como objetivo estabelecer critérios para procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de acidentes do trabalho com colaboradores da instituição.

Aplicação:

Aplica-se dentro de nossas unidades a todos os colaboradores que sofreram acidente de trabalho.

No caso de acidente de trabalho típico o colaborador acidentado, comunica sua liderança que o acompanha até a emergência para que seja feito o primeiro atendimento. O médico da emergência caracteriza o acidente em comum ou envolvendo material biológico e realiza o atendimento conforme o fluxo disponibilizado no setor.

Após o atendimento médico este colaborador é encaminhado para o SESMT, para que seja realizado a investigação do acidente e posteriormente abertura da CAT.

No caso de acidente de trajeto o colaborador comunica o acidente para sua liderança, e apresenta ao SESMT o BO e o BAM para que seja realizado a investigação e posteriormente a abertura da CAT.

Em todos os casos citados acima deve ser preenchido a ficha de investigação do acidente, abertura da CAT online e cadastro no TOTVS.

Referência: POP SESMT 0002- CAT e POP 013 - INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Inspeção de Segurança: Tem como objetivo realizar um procedimento avaliativo e investigativo sobre determinados serviços, ambientes e/ou produtos, visando a detecção de possíveis riscos que possam ocasionar acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e consequentemente, determinar as medidas preventivas e corretivas cabíveis a serem tomadas.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é realizado a inspeção de rotina ou inspeção diária que deve estar obrigatoriamente vinculada ao dia-a-dia de todos os profissionais da área de segurança e saúde do trabalhador. Os técnicos de segurança realizam inspeção diária in loco,

observando a rotina de trabalho dos colaboradores e o ambiente de trabalho. Detectando precocemente possíveis riscos, e emitindo relatórios para que medidas preventivas ou corretivas sejam tomadas. A comunicação com o responsável por aquele processo ou ambiente é realizada através de email ou pessoalmente de acordo com a urgência e/ou gravidade do caso.

Referência: PRS SESMT 0068 – INSPEÇÃO IN LOCO

Inspeção de Extintores: Objetivo **c**umprir com a NR23 e demais instruções técnicas do corpo de bombeiros estadual que diz sobre medidas de proteção contra incêndios, visando a prevenção da saúde e da integridade física dos colaboradores em nossas unidades.

Aplicação:
É realizado em nossas unidades a inspeção de extintores semanalmente, onde é verificado os seguintes fatores Rompimento de Lacre, manômetro, sinalização, pintura, bico ou difusor, anel de Identificação, selo do inmetro, pino de segurança, alça do extintor, mangote, gatilho do extintor, desobstrução, carga/recarga, adequado a classe do fogo e fixação ao suporte. Após a vistoria o TST deverá assinar o cartão de vistoria de cada extintor e preencher o check list que é arquivado no SESMT, quando existe alguma alteração no extintor o coordenador administrativo da unidade é informado por email para que seja feito a substituição.

Treinamentos: Tem como objetivo cumprir com a NR32 que no item 32.2.4.9, diz que o empregador deve assegurar capacitação aos colaboradores, antes do inicio de suas atividades e de forma continuada sobre dados disponíveis sobre riscos potenciais a saúde, medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes, normas e procedimentos de higiene, utilização de EPI e vestimentas de trabalho, medidas preventivas de acidentes e incidentes e sobre medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso da ocorrência de incidentes e acidentes.

Aplicação:
Em nossas unidades são realizados treinamentos com os colaboradores de acordo com o planejamento anual, que engloba os assuntos citados acima de forma individual.
Quando o colaborador é admitido é realizado o treinamento de integração que é realizado por um equipe que envolve os setores RH, DP, SCIH, qualidade e SESMT. Neste treinamento é

feito orientações a respeito da NR32.
Após este treinamento inicial o colaborador receberá os demais treinamentos ao longo do ano, todos registrados com lista de presença que contém data e tempo de duração de em média 30 minutos conforme relatado no PCMSO da unidade.
Também é realizado a capacitação para Brigadistas na admissão dos colaboradores e sempre que preciso renovação.

Referência: POP SESMT 001 – Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio e POP SESMT 016- Treinamento NR32

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Tem como objetivo cumprir com a NR5 que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e estabelece como as empresas devem organizar e manter, conforme a classificação nacional de atividade econômica, esta comissão interna.

Aplicação:
O SESMT realiza a implantação e treinamento para cipeiros que ocorre em até 30 dias após a nomeação dos membros.
Participa e fiscaliza de forma ativa todos os processos da CIPA dentro de nossas unidades, dando apoio e suporte sempre que necessário.

Referência: POP SESMT 003 – CIPA

Controle de Atestados e Afastamentos: Tem como objetivo gerenciar, controlar atestados e afastamentos dentro da unidade. Podendo assim criar estratégias com a finalidade de acompanhar a saúde do colaborador, reduzindo assim o índice de afastamentos do trabalho.

Aplicação:
O SESMT monitora e controla os atestados apresentados pelos colaboradores da unidade através do cadastro no TOTVS.O colaborador possui o prazo de 48 horas úteis à partir da data do atestado para realizar a entrega do mesmo, podendo este ser entregue por um representante. O atestado só poderá ser aceito se for o original ou cópia autenticada, preenchido com nome do colaborador, dias de afastamento, data, CRM e nome do médico de forma legível. Após o recebimento o atestado deverá ser cadastrado no TOTVS, caso o

colaborador tenha apresentado no prazo de sessenta dias um número de atestados superior à 15 dias com motivos relacionados este deverá ser encaminhado ao INSS.

Neste caso é feito um requerimento ao INSS com agendamento da perícia médica e é aguardado o resultado desta avaliação. Sendo esta deferida nós monitoramos o período de afastamento, caso seja indeferido é agendado o exame de retorno ao trabalho.

Ao receber o comunicado de decisão do INSS, observamos a espécie do afastamento nos casos classificados como espécie 31 o afastamento não tem relação com o trabalho e nos casos que possuem a classificação como 91 é indicativo de doença ocupacional ou afastamento por acidente de trabalho.

Os casos classificados como espécie 91, possuem estabilidade de 1 ano a contar da data do exame de retorno ao trabalho.

Referêcia: POP SESMT 018 - RECEBIMENTO, VALIDAÇÃO, CADASTRO E CONTROLE DE ATESTADO.

Programa de Qualidade de Vida: O objetivo desse programa será implementar estratégias institucionais para humanizar o ambiente de trabalho, entendendo que a humanização desse ambiente terá como consequência maior eficiência, produtividade e principalmentebem estar para todos, diminuir o índice absenteísmo, melhorar a qualidade de vida, aumento de produtividade e engajamento nas áreas, redução de doenças ou diminuir riscos ocupacionais nas atividade de trabalho .

Aplicação:

O programa de qualidade de vida no trabalho visa realizar a promoção à saúde e bem estar dos profissionais da instituição, baseado no estudo do perfil epidêmiológico alinhado as necessidades pessoais e profissionais de nossos colaboradores promovendo desta forma o fomento a satisfação por meio de ações e projetos que valorizem a cultura e o clima organizacional, infraestrutura ambiental, maquinários e equipamentos, politica voltadas a gestão de pessoas, culminando no cuidado da saúde no ambiente laboral.

Referêcia: Programa de Qualidade de vida e bem estar.

IV. Siglas e Definições

- **PRS**: Procedimento Sistêmico
- **POP**: Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

POP SESMT 001 - Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio.

POP SESMT 003 - CIPA.

POP SESMT 002- CAT

POP SESMT 006 - PPP.

POP SESMT 009 - Exames Ocupacionais.

POP SESMT 010 - Imunização Ocupacional.

POP 013 - Investigação de Acidente de Trabalho

POP SESMT 016 - Treinamento NR32.

POP SESMT 018 - Receimento, validação, cadastro e controle de atestados.

POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR.

Programa de Qualidade de vida e bem estar.

Instrução Técnica 128/2022 - INSS

Portaria 3214 / 1978 – Normas regulamentadoras

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar SESMT	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação da Diretoria Clínica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Enfermeiro do Trabalho e Engenheiro do Trabalho	Mês 1 Mês 2
2	Identificação de riscos	Realizar o inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR.	Implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais	SESMT	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 2

		condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos da instituição seguindo legislação vigente.	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	SESMT	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11

		atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
6	Reuniões ordinárias;	Levantamento de acidentes de trabalho global, bem como os afastamentos no período geral e por motivo. Bem como a metodologia de monitoramento e medidas de prevenção e planejamento para melhorias futuras.	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	SESMT	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

OUTRAS COMISSÕES

A OSSHMTJ tem interesse na criação da **Comissão de Humanização em Saúde**, que tem como objetivo propor e desenvolver metas que humanizem o atendimento aos pacientes da instituição em conjunto com o serviço de Recursos Humanos.

A Comissão de Humanização em Saúde será um grupo sistematizado, participativo e deliberativo, que de forma organizada e democrática se destina a implementar uma política Institucional de sensibilização, implementação e implantação da Humanização na assistência plena à saúde.

O objetivo do grupo é otimizar a qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como melhoria da qualidade de trabalho aos profissionais de saúde, compreendendo que a Humanização aglomera os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

Todos os membros do setor possuem atividades que são de sua responsabilidade, conforme abaixo:

Atividades dos Coordenadores:

- Convocar as reuniões da Comissão;
- Representar a Comissão de Humanização de forma oficial internamente e externamente quando se fizer necessário;
- Executar e prestar contas das atividades da Comissão de Humanização para a Administração da Instituição quando solicitado;
- Homologar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão às instâncias competentes;
- Ter sob sua responsabilidade e guarda os relatórios, atas e documentos da comissão.

Atividades dos membros da Comissão de Humanização:

- Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores da unidade para que tornem os serviços prestados mais humanizados;
- Definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde;
- Promover estratégias de comunicação, envolvimento e integração entre os diferentes setores, bem como entre profissionais e usuários do serviço;
- Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização;
- Planejar, organizar e coordenar eventos e atividades voltadas à humanização;
- Buscar a participação de entidades da sociedade civil e da comunidade nas ações de humanização dos serviços;
- Fomentar a participação da Instituição na rede nacional de Humanização;
- Avaliar os projetos a serem implantados, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

A Comissão de Humanização é um grupo composto por representantes dos diversos setores da unidade e tem como objetivo implementar uma política institucional de sensibilização, implementação e implantação da humanização na assistência à saúde.

A humanização se refere a um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, tornando-o mais acolhedor, respeitoso e humanizado. Isso envolve desde a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes até a estrutura física do ambiente.

Os membros da Comissão de Humanização possuem atividades específicas, como convocar reuniões, estabelecer estratégias para integrar os diferentes setores da unidade, definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde, promover treinamentos sobre o tema, planejar eventos e atividades voltadas à humanização, avaliar projetos a serem implantados, entre outras sendo contemplados no regimento interno abaixo.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS

REGIMENTO INTERNO DO GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO

Da Definição

O grupo de trabalho de humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender ações pautadas nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) e resgate da humanização na assistência à saúde, visando tornar o ambiente mais acolhedor, humanizado e respeitoso para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

Dos Objetivos

- Difundir a cultura de humanização em saúde;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários de forma acolhedora e inclusiva;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde promovendo ambiente saudável;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Estimular a realização de parcerias e intercambio de conhecimentos e experiências nessa área para facilitar o processo de acolhimento e sensibilização;

Da Constituição

- O Grupo de Trabalho de Humanização, deverá ser constituído de maneira voluntária;
- O Grupo de Trabalho de Humanização será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência:
- Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo;

Das Competências

O GTH terá as seguintes competências:

a) estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;
b) traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;
c) examina propostas sobre assuntos pertinentes as relações inerpessoais na instituição;
d) liderar o processo de humanização;
e) buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;
f) promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a

serem desenvolvidas;

g) apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

h) avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;

i) estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil usuários nas ações de humanização dos serviços;

j) Realizar deliberações que serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.

Da Estrutura Organizacional

O GTH será constituído por:

1. Coordenação geral
2. Vice-coordenação
3. Secretaria
4. Comissões

Ficando a critério do GTH a formação de comissões quando se fizerem necessárias entre os participantes;

Da Organização

O GTH será gerenciado por um coordenador (a) e um vice-coordenador (a).

Do Coordenador (a)

CABERÁ AO COORDENADOR (A)

- coordenar as atividades de promoção de humanização;
- convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- representar oficialmente o GTH;
- Prestar contas das atividades do GTH a Gerencia Técnica Assistencial e Administrativa.

Do Vice – Coordenador (a)

COMPETE AO VICE – COORDENADOR (A):

- Assessorar ao Coordenador Geral;
- Assumir as funções do Coordenador Geral na sua ausência, por impedimento e ou afastamento temporário;
- Comparecer as reuniões do GTH.

Do Secretário (a)

COMPETE AO SECRETARIO (A):

- Secretariar e elaborar as atas das reuniões;
- Realizar a leitura das atas nas reuniões;

Das Comissões

COMPETEM AS COMISSÕES:

- As Comissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes para a realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade: projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento.
- Cada comissão será coordenada por um membro do grupo, que buscara outros voluntários segundo as suas necessidades;
- Apresentar os resultados das ações propostas;
- Divulgar o processo de humanização da unidade;
- Realizar atividades educativas aos usuários;
- Desenvolver e implantar sistema de informações aos usuários;
- Exercer outras atividades inerentes a cada comissão.

Da Composição

O GTH terá as seguintes composições:

- representante(s) do Serviço Social;
- representante(s) da Coordenação de Enfermagem;
- representante(s) da Coordenação de Recepção;
- representante(s) da Diretoria Clínica – Gestor Médico;
- representante(s) da Engenharia de Manutenção Predial;
- representante(s) do Serviço de SCIH ;
- representante(s) dos Supervisão dos Serviços Terceirizados;
- representante(s) da Segurança do Trabalho.

Das reuniões

As reuniões do GTH serão realizadas mensalmente.

Caso necessário o coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias. Os participantes do Grupo de Trabalho de Humanização:

1.1. deverão manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas;

1.2. qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente junto à secretaria administrativa do Grupo de Trabalho de Humanização, devendo ser a mesma registrada no relatório;

1.3. ausências não justificadas serão comunicadas à instituição de origem do participante, bem como casos de ausências frequentes, mesmo que justificadas.

PROPOSTA DE REGIMENTO ATIVIDADE ANUAL

A humanização é um princípio fundamental na prestação de serviços de saúde, pois visa garantir o acolhimento, respeito, dignidade e bem- estar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde. Com o objetivo de promover a humanização em nossa unidade, apresentamos uma proposta de regimento de atividades anual de humanização. Esse regimento servirá como um guia para as ações e práticas que serão implementadas ao longo do ano, com o intuito de proporcionar um ambiente mais acolhedor e empático.

2. Comitê de Humanização:

2.1. Criação de um comitê de humanização, composto por profissionais de saúde, administradores e representantes dos pacientes e familiares.

2.2. O comitê será responsável por coordenar, planejar e avaliar as atividades de humanização.

3. Capacitação dos Profissionais:

3.1. Realização de treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde, abordando temas como comunicação empática, ética no cuidado, atendimento humanizado e manejo do estresse.

3.2. Incentivo à participação dos profissionais em cursos, workshops e eventos relacionados à humanização.

4. Acolhimento e Informação aos Pacientes e Familiares:

4.1. Desenvolvimento de um programa de acolhimento aos pacientes e familiares, que inclua a entrega de informações claras e acessíveis sobre o funcionamento da unidade, direitos e deveres dos pacientes, e orientações sobre o tratamento.

4.2. Disponibilização de canais de comunicação (como ouvidorias) para que os pacientes e familiares possam expressar suas dúvidas, sugestões, elogios ou reclamações.

5. Ambiente Físico e Comunicação Visual:

5.1. Criação de espaços de convivência e lazer para pacientes e familiares, como salas de espera mais confortáveis, áreas de recreação e jardins terapêuticos.

5.2. Utilização de uma comunicação visual acolhedora e informativa nos ambientes da unidade, com cartazes, murais e sinalizações claras.

6. Promoção de Atividades Culturais e Recreativas:

6.1. Realização de atividades culturais e recreativas da unidade, como apresentações musicais, exposições de arte, sessões de cinema, palestras e oficinas.

6.2. Parcerias com instituições e voluntários para viabilizar essas atividades.

7. Cuidado Integral ao Paciente:

7.1. Estímulo à prática de cuidados integrativos, como a medicina complementar e terapias holísticas, de acordo com a escolha do paciente.

7.2. Implementação de ações voltadas para o alívio da dor, conforto e bem- estar do paciente, como musicoterapia, aromaterapia, massagem e relaxamento.

8. Continuidade do Cuidado:

8.1. Desenvolvimento de um programa de acompanhamento e suporte aos pacientes após a alta da unidade, com orientações sobre cuidados em casa, agendamento de consultas e acompanhamento de tratamentos.

9. Avaliação e Monitoramento:

9.1. Realização periódica de pesquisas de satisfação com pacientes e familiares para avaliar a efetividade das ações de humanização e identificar oportunidades de melhoria.

9.2. Análise e monitoramento dos indicadores relacionados à humanização, como tempo de espera, taxa de readmissão e incidência de eventos adversos.

Conclusão:

A implementação de um regimento de atividades anual de humanização contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento e a promoção de um ambiente mais acolhedor e empático. Ao colocarmos em prática essas ações, estaremos fortalecendo a relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, proporcionando uma experiência positiva durante o período de tratamento. A humanização é um processo contínuo e envolve o engajamento de todos os colaboradores, visando sempre o cuidado integral e a promoção da saúde.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ					
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA					
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde					
Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão de Humanização em saúde	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade	Nomeação de membros da equipe multiprofissional	Gerente Geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo	Mês 2

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ					
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA					
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde					
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para direcionar as ações de grupo, parcerias e recursos para a realização de ações de humanização a pacientes atendidos na unidade.	Documento de planejamento das ações anual e ações pontuais de acordo com a demanda.	Membros do Grupo.	Mês 3
4	Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores	Realizar a sensibilização das equipes para participação de campanhas de humanização de pacientes/humanização.	Elaborar estratégias de humanização com visitas programadas nos setores.	Membros do Grupo.	Mês 4
5	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações sensibilização com equipes entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 5
6	Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização	Preparar a equipe para os momentos das campanhas de Humanização e Sensibilização dos profissionais envolvidos	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setor de Comunicação.	Membros do Grupo	Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde

7	Reuniões ordinárias	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH	Ações de sensibilização com equipes entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo	Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar o compilado de ações implementadas durante o ano e planejamento de demais ações	Divulgação das ações no site da instituição e em plano de trabalho do serviço.Levantar oportunidades de melhorias bem para próximo ano.	Membros do Grupo	Mês 11
9	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise do anual e propostas de melhorias baseadas nas evidências.	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Acolhimento: Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.

Acolhimento: Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.

"Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva" PNH.

O Acolhimento é apresentado como uma estratégia para reorganizar os serviços de saúde, dando ênfase e valorizando a humanização no trabalho de uma equipe, reconhecendo os usuários como possuidores do direito à prestação de um serviço de qualidade.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

É perceptivo a mudança do olhar sobre o usuário, focando o trabalho da equipe de saúde no sujeito, entendendo que sujeito envolve o usuário, a família e a comunidade, e não na doença, como historicamente foi colocado.

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS criada em 2003, entende a humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Enfoca o valor do sujeito no processo de modo a potencializar a autonomia, ampliando a capacidade transformadora do sujeito sobre si, trazendo o conceito de responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Nesse sentido, a OSSHMTJ acredita que realizar um bom acolhimento resultará na criação e fortalecimento de vínculos com os usuários e comunidade em geral, na credibilidade e na confiança. Com isso, o acolhimento será uma prática de todos os colaboradores que atuarão na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, incorporando nas práticas assistenciais a escuta diferenciada e acolhedora que permite ouvir o sujeito de modo a conhecer seus pedidos, suas reais necessidades, e assim, realizar um atendimento com maior resolutividade e responsabilização.

A OSSHMTJ entende que as unidades devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes, a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde, a reorganização dos processos de trabalho, a governabilidade das equipes locais e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada. O trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e

complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais, sendo necessário também a pactuação com o usuário a resposta possível à sua demanda.

Todos os profissionais de saúde da OSSHMTJ são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as "portas de entrada", podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO

O Acolhimento Humanizado é uma ferramenta de manejo clínico, empregada nos serviços de atenção à saúde, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Essa ferramenta pretende assegurar a atenção médica de acordo com o tempo resposta e as necessidades do paciente.

Tem como objetivos:

- ✓ Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Humanizar o atendimento;
- ✓ Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- ✓ Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de saúde;
- ✓ Classificar, as queixas dos usuários que demandam os serviços de saúde, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- ✓ Construir os fluxos de atendimento considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- ✓ Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de saúde

O acolhimento tem como propósito reconhecer os problemas de saúde e organizar a porta de entrada, viabilizar o primeiro contato por meio da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.

O objetivo é receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética

aos cidadãos que proporcionará a integralidade das ações e a coordenação do cuidado, sendo necessário o comprometimento de toda equipe de saúde. Este deve ser entendido como um procedimento realizado por toda equipe de saúde em toda a atenção dispensada ao usuário.

É importante registrar que a OSSHMTJ propõe que as atividades de acolhimento façam parte do processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

As ações voltadas para implantação de um serviço de acolhimento devem garantir o desenvolvimento das seguintes atividades:

- ✓ Tornar os ambientes mais acolhedores;
- ✓ Reorganizar processos de trabalho;
- ✓ Redirecionar as ações, se necessário;
- ✓ Sensibilizar a equipe da importância da prática do acolhimento e ações humanizadas.

Desse modo, o objetivo desta proposta é implantar um Serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário, apresentando diretrizes da Política Nacional de Humanização, no que se refere à valorização das relações interpessoais entre usuários, familiares e profissionais de saúde, a partir do atendimento a ser realizado pela equipe multidisciplinar da unidade de saúde.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO AMBULATORIAL:

A implantação do acolhimento ambulatorial terá como objetivos:

- ✓ padronizar o atendimento prestado pela equipe de Enfermagem no acesso dos paciente na unidade Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.
- ✓ Humanizar o atendimento e classificar, mediante as demandas dos usuários as necessidades inerentes à assistência fornecida na unidade, visando um cuidado seguro e mediato.
- ✓ Estabelecer o fluxo de atendimento ao paciente antes de serem atendidos nos consultórios médico/enfermeiro ou exames ofertados na unidade.
- ✓ Formatizar o atendimento da Enfermagem no Sistema MV- PEP na unidade;
- ✓ Acolher de forma resolutiva e garantir os direitos dos usuários.

O acolhimento ambulatorial isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da

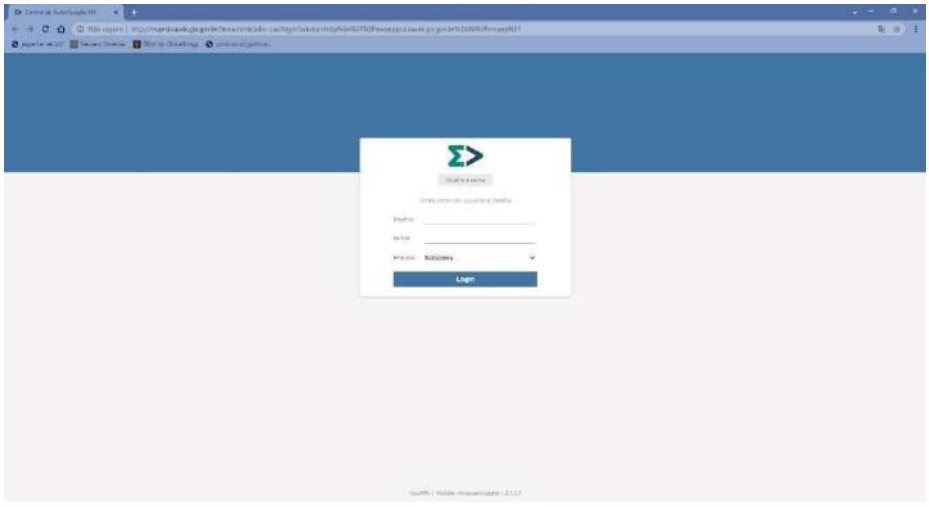
assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

A equipe de acolhimento é formada por dois técnicos de enfermagem que realizam o acolhimento e avaliação dos pacientes em sala privativa, baseada em crivos técnicos capazes de mensurar a real necessidade, bem como o tempo de espera apropriado para cada cliente, porém seu maior benefício se encontra na escuta qualificada. No sistema MV-PEP, a atividade deverá ser realizada através dos seguintes passos:

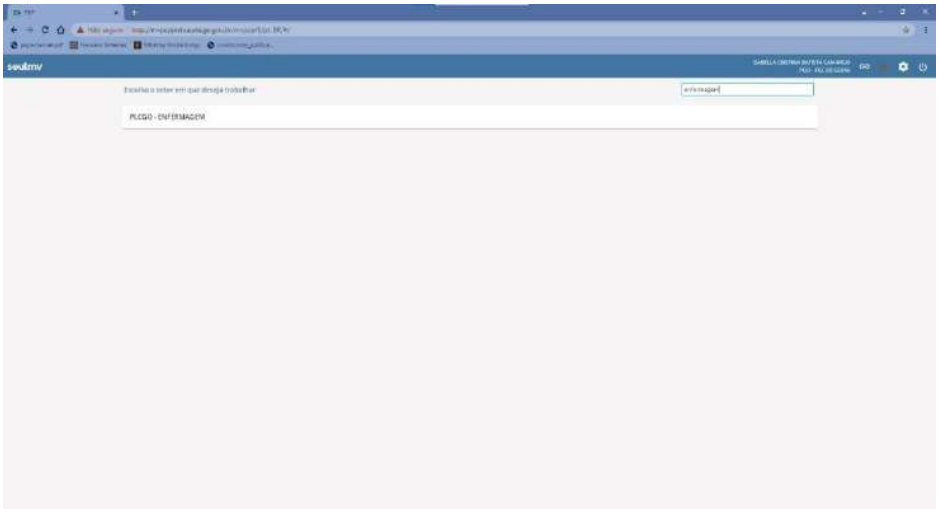
- Realizar higienização das mãos, conforme POP de Higiene das Mãos;

- Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência permitindo o diálogo e segmento do cuidado;

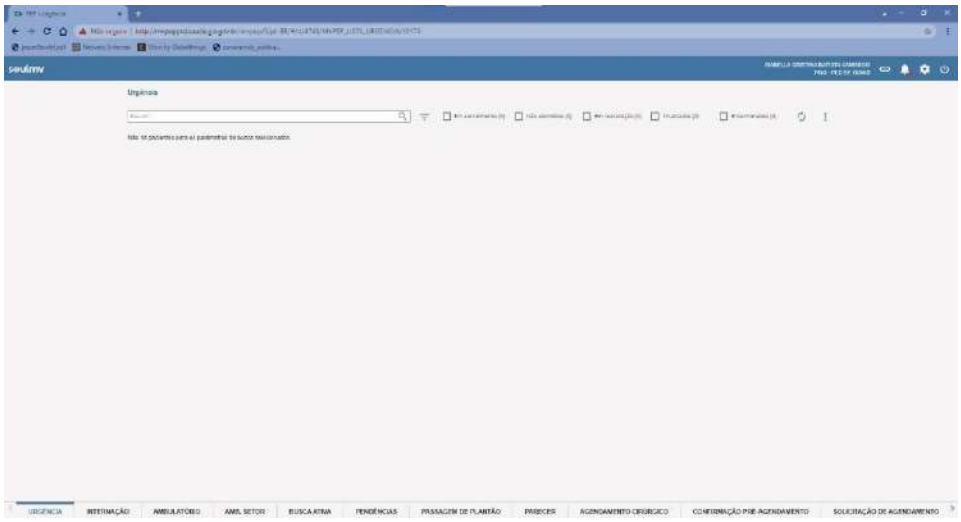
-Abrir o Sistema MV-PEP e digitar usuário, senha e selecionar a aba login;



- Selecionar o setor que deseja trabalhar, digitando "ENFERMAGEM";



- Selecione a aba "AMB. SETOR" para abrir a lista de pacientes recepcionados na unidade que aguardam atendimento.



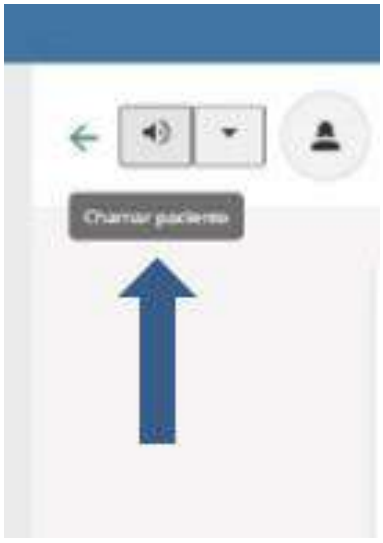
- Antes de abrir o prontuário do paciente, verificar na aba de filtros os atendimentos que estão marcados para aparecer na “sua lista”;

- Marque todos os atendimentos que deseja realizar o acolhimento e clique em “salvar”;

- Certifique-se que na aba filtros todos os atendimentos (consultas e exames) estão habilitados para o seu usuário, caso necessário acione o TI para habilitação do usuário no MV-PEP;

- Selecione o prontuário desejado conforme ordem do horário de chegada e prioridade (pessoas acima de 60 anos, gestante, lactantes, pessoas com crianças de colo, obesos, pessoas com espectro autista, pessoas com mobilidade reduzidas e/ou cadeirantes);

- Ao selecionar o nome do paciente, você é direcionado para o prontuário do paciente com seus dados pessoais, exames e consultas realizadas em qualquer instituição que tenha cadastro de seus atendimentos no sistema MV-PEP;

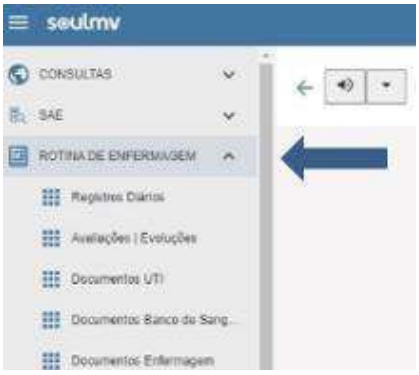


- Clique em na aba "CHAMAR PACIENTE" para chamar paciente para sala de acolhimento no monitor da recepção;

- Posicionar adequadamente o paciente;

- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;

- Abrir a aba "ROTINA DE ENFERMAGEM";



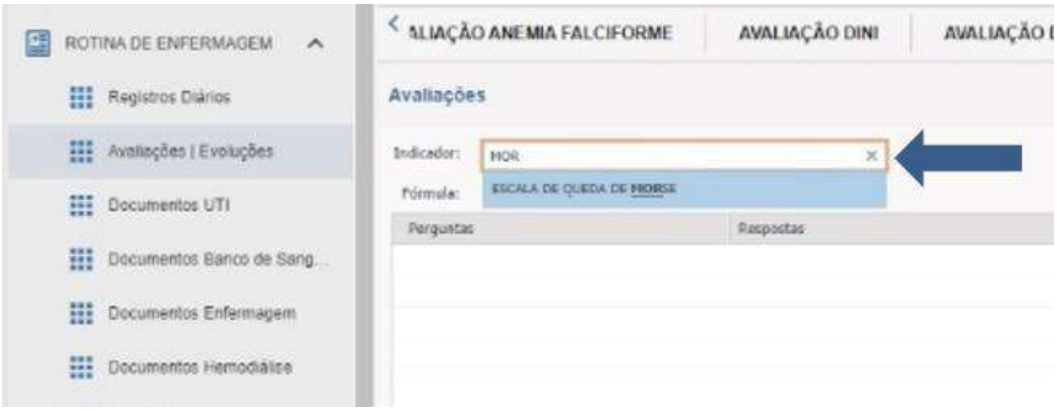
- Selecionar a aba "REGISTROS DIÁRIOS", depois clicar em "NOVO DOCUMENTO" para uma nova verificação dos sinais vitais do paciente;

- Monitorizar o paciente, verificando temperatura (ºC), pressão arterial (PA), frequência cardiaca (FC), saturação de O2 no sangue (SPO2), frequência respiratória (FR), peso (Kg) e altura (cm) e preencher no MV-PEP no campo adequado para cada verificação;
- Selecionar a aba "AFERIÇÕES | SINAIS VITAIS" e depois selecionar "NOVO DOCUMENTO";
- Selecionar a aba "SALVAR e ASSINAR", para que o registro fique salvo no prontuário do paciente;

- Realizar escuta ativa, identificando as necessidades do paciente no momento, verificar alergias, e medicações em uso;
- Realizar Anotação de Enfermagem no prontuário do paciente, conforme legislação de enfermagem;

- Realizar a anotação de enfermagem e salvar e assinar digitalmente o documento;
- Inserir novas alergias na aba "ALERGIAS E EVENTOS" se for necessário;
- Após essas verificações, avaliar o paciente quanto ao risco de queda através da "Escala de Morse", clicando na aba de "AVALIAÇÕES | EVOLUÇÕES" e selecionar "NOVO DOCUMENTO";
- Digite no campo "indicador" a palavra "morse" e selecione a "escala de morse" e preencha os campos necessários, clique em salvar e assinar documento para ficar registrado no

prontuário do paciente a nova avaliação;



- Finalize o atendimento e encaminhando o paciente para o setor desejado conforme mapa da unidade;
- Em caso de alterações de sinais vitais e/ou intercorrências encaminhar e acompanhar paciente para a sala de estabilização aos cuidados da enfermeira(o) do setor;

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

O atendimento prioritário é mais que uma obrigação legal; é uma questão de respeito e educação. O alcance visual limitado de pessoas em cadeiras de rodas e o esforço físico de quem usa muletas, bengalas, andadores, gestantes ou tem crianças de colo exigem um atendimento mais rápido

Um atendimento inclusivo começa pela acessibilidade física e se consolida com a qualificação dos profissionais. É preciso garantir que todos se sintam acolhidos e bem atendidos.

ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE

Para garantir um atendimento humanizado, é preciso que todos os colaboradores sejam treinados e estejam empenhados em oferecer apoio e confiança aos pacientes.

É fundamental conscientizar toda a equipe sobre a importância da acessibilidade,

evitando perguntas indiscretas e oferecendo um atendimento humanizado e respeitoso a todos os pacientes. Conscientizar cada profissional da equipe para que este possa se tornar um promotor de acessibilidade, verificando se a equipe e a unidade podem otimizar a prestação de serviços é essencial.

É crucial que o profissional sempre pergunte o que a pessoa precisa e como prefere ser ajudada, que direcione as suas perguntas à pessoa com necessidade especial e não ao acompanhante e que respeite sua autonomia e liberdade de escolha.

USUÁRIOS CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL

A interação com pessoas com deficiência visual requer sensibilidade, respeito e adaptações para garantir uma comunicação eficaz e um ambiente seguro. Para garantir a inclusão e o bem-estar de todos, é fundamental saber como interagir com pessoas com deficiência visual e se atentar a pontos como:

- Ao encontrar uma pessoa com deficiência visual, um aperto de mão demonstra atenção e respeito. Ofereça seu braço para guiar com segurança, evitando puxões bruscos. Descreva o ambiente para que a pessoa possa se localizar melhor.

- Para garantir a acessibilidade, leia em voz alta todos os documentos e orientações. Respeite o cão-guia, pois ele é fundamental para a independência da pessoa.

- Ao ajudar pessoas com mobilidade reduzida, respeite seu espaço pessoal e ritmo. Evite se apoiar em seus auxílios de locomoção, como muletas ou bengalas.

USUÁRIOS COM SURDEZ OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A interação com pessoas com deficiência auditiva exige que adaptemos nossa comunicação para que a mensagem seja compreendida de forma clara e objetiva. Para garantir uma comunicação eficaz com pessoas com deficiência auditiva, é preciso ter alguns cuidados especiais como:

- Inicie a conversa: Para iniciar uma conversa, chame a atenção da pessoa com surdez de forma visual ou tátil.
- Leitura labial: Fale em um ritmo normal, articulando bem as palavras, para facilitar a leitura labial. Evite ambientes com muita luz, pois isso dificulta a visualização do seu rosto.

- Utilize a linguagem corporal: A linguagem corporal é fundamental na comunicação com pessoas com surdez. Utilize gestos e expressões faciais para complementar sua fala.
- Garantir a compreensão: Se não entender alguma coisa, peça para a pessoa repetir ou escrever. A comunicação clara é essencial.

USUÁRIOS IDOSOS

Ao oferecer atendimento preferencial aos idosos, estamos proporcionando uma experiência mais humana e acolhedora, é preciso ter atenção especial a pontos como:

- Tratar com respeito e admiração, como indivíduos independentes, oferecendo ajuda quando perceber que ela é necessária e evitando infantilizá-los.
- Agilizar o atendimento aos idosos, oferecendo-lhes prioridade.

USUÁRIOS COM PARALISIA CEREBRAL

Pessoas com paralisia cerebral são como qualquer outra pessoa, com suas individualidades e talentos. Embora possam ter limitações motoras, elas possuem inteligência e capacidades diversas. Ao interagir, é importante que a equipe trate as pessoas com paralisia cerebral com respeito e naturalidade. É importante quando a comunicação for desafiadora que a equipe peça gentilmente para que repitam a fala.

ATENDIMENTO A PACIENTES VULNERÁVEIS

Objetivo

Regulamentar e assegurar a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis de acordo com o perfil de clientes da instituição baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, do Congresso Nacional que determina prioridade de atendimento.

A assistência em saúde em policlínicas deve ser pautada pela equidade e pelo respeito aos direitos dos pacientes, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade. Diversas legislações brasileiras garantem o atendimento prioritário e especializado a esses grupos, visando minimizar as desigualdades e promover a inclusão social.

Consideram-se pacientes vulneráveis aqueles que, por suas características individuais ou

sociais, encontram-se em situação de maior risco de adoecer, de sofrer agravos à saúde ou de ter limitado o acesso aos serviços de saúde. Entre os grupos mais vulneráveis, destacam-se:

Pacientes vulneráveis:

- **Idosos:** Devido às suas características fisiológicas e às comorbidades, necessitam de atenção especial e cuidado integral.
- **Crianças e adolescentes:** Em fase de crescimento e desenvolvimento, exigem cuidados específicos e proteção contra violências.
- **Gestantes e puérperas:** Devido às alterações fisiológicas e psicológicas, necessitam de acompanhamento pré-natal e puerperal adequado.
- **Pessoas com deficiência:** Enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde e necessitam de adaptações para garantir sua autonomia.
- **Pessoas em situação de rua:** Vivem em condições precárias e têm dificuldade de acesso a serviços básicos, incluindo a saúde.
- **População LGBTQIA+:** Sofrem discriminação e estigmatização, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde.
- **Pessoas privadas de liberdade:** Têm seus direitos restritos e necessitam de cuidados específicos para garantir sua saúde.

Atendimento de Pacientes Vulneráveis

A legislação brasileira garante:

- Atendimento prioritário: Garantia de atendimento sem filas e com agilidade.
- Acesso à informação: Direito de receber informações claras e completas sobre sua saúde e os serviços disponíveis.
- Acompanhamento por familiar ou responsável: Direito de ter um acompanhante durante o atendimento.
- Atendimento humanizado: Tratamento com respeito, dignidade e acolhimento.
- Continuidade do cuidado: Garantia de acompanhamento contínuo e integral.
- Acesso a medicamentos e outros insumos: Direito de receber os medicamentos e insumos necessários para o tratamento.

A garantia dos direitos dos pacientes vulneráveis em policlínicas é um desafio que exige a atuação conjunta de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil. Ao promover o acesso equânime e humanizado aos serviços de saúde, contribuímos para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Estratégia para estruturação da informação aos usuários (pacientes e familiares)

A comunicação em saúde é uma das estratégias mais utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.

A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnicos. Os sujeitos precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de saúde, e que o mesmo possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.

A OSSHMTJ entendendo esse processo de dificuldade de interlocução entre emissor e receptor de informações referentes aos serviços de saúde, apresenta também com estratégia a elaboração de banners enfocando os direitos dos cidadãos, os recursos existentes na comunidade, dentre outros, com vista a disseminar a população, informações que sejam significativas ao usuário.

No contexto da saúde, a comunicação eficiente depende de sua qualidade, e pode interferir na busca de uma vida saudável. Quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e usuário de um serviço, este se sente mais motivado e encorajado a questionar, esclarecer dúvidas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo mesmo, além de se sentir mais satisfeito.

Também trabalhamos com a política de acolhimento institucional e ouvidoria, sendo que encaminhamos todas as situações problemas para a resolutividade possível.

Ao chegar nas dependências da Policlínica após retirada de senha na portaria, o usuário será cadastrado pela equipe de recepção, tendo os seus dados pessoas registrados no sistema. A recepção deverá atender de forma clara e objetiva, solicitando um documento de identificação e os dados sobre residência, números de contato, responsáveis, entre outros. Caso o usuário não porte nenhum documento, a recepção deverá acionar o Serviço Social para que busque referências e informações sobre o paciente.

Após o cadastro, o sistema chamará o usuário, por meio de painel eletrônico, para o acolhimento e posterior direcionamento do mesmo para seu atendimento (o paciente será orientado a seguir orientação visual disponível no piso da unidade).

Horário de Funcionamento: O serviço funcionará 07:00 horas as 19:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Processo de comunicação e orientação aos usuários e familiares

Além do paciente, o familiar presente também precisa de atenção. Eles vivenciam a mesma angústia e incerteza e, muitas vezes, não compreendem totalmente as ações dos profissionais de saúde. Uma comunicação clara e empática pode amenizar essa situação.

Os acompanhantes e familiares terão atendimento da psicologia quando acionado pelo Serviço Social com vistas a dar suporte psicossocial para o prognóstico, tratamento e desfecho de casos.

Nos casos de violência, caberá a equipe do Serviço Social e da Psicologia, realizar o acompanhamento da vítima e dos seus acompanhantes, acionando as entidades relacionadas (Conselho tutelar, Polícia Militar, entre outros), bem como realizar a notificação de violência como determinado pelo Ministério da Saúde.

No caso de usuário desacompanhados e 'desconhecidos", a busca por uma referência familiar ou social será realizada imediatamente com vistas a acionar o suporte familiar do usuário.

A OSSHMTJ entende que cada família é única em suas particularidades, reagindo às condições adversas de vida de maneiras totalmente distintas. Deve ser vista como coparticipe do processo terapêutico, sendo inserida no plano de cuidados pelos profissionais de saúde que atuam no serviço.

É necessário que os trabalhadores em saúde utilizem o relacionamento terapêutico como instrumento promotor de saúde mental ao trabalhar com a dor e com o sofrimento dessas famílias, considerando-as não somente como meros acompanhantes, mas como uma unidade intrínseca de cuidados e relações.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pensando nisso, a OSSHMTJ estabelece que os usuários que procurarão os serviços da Policlínica serão acolhidos conforme estabelecido no nosso Programa de Acolhimento, respeitando seus direitos e deveres, conforme definidos abaixo:

DIREITOS:

a. Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.
b. Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos,

números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.

c. Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

d. Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não realizá-los, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.

e. Ser prévia e expressamente informado, bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.

f. Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem estar.

g. Exigir que a unidade cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar – conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.

h. Ter seu prontuário elaborado de forma legível e de acesso ao conteúdo de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pela unidade. O prontuário deverá conter sua identificação pessoal, anamnese, exame físico, exames complementares com os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrição médica diária, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado.

i. Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;

j. Ter a gestante a presença do marido, companheiro ou outro acompanhante, por ela escolhido nos exames pré-natais e no parto;

k. Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados.

l. Gestantes, idosos, crianças e adolescentes tem legalmente garantida prioridade de atendimento nos serviços de saúde, respeitadas as situações de urgência e emergência;

M. Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente

autorizado.

N. Ter livre acesso a qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

O. Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

P. Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

Q. Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Cliente.

DEVERES:

01) O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.
02) Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.
03) Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.
04) Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
05) Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
06) Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames

que estejam em seu poder;

07) Respeitar a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

08) Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da Unidade, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno.

ÁREA DA QUALIDADE

Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

1. Introdução

Tradicionalmente, a atenção à saúde era marcada por um modelo tecnicista que desconsiderava o sujeito em suas singularidades. Diante desse cenário, o acolhimento surge como uma alternativa promissora, buscando estabelecer uma relação mais próxima e humanizada entre profissionais de saúde e usuários. Acolher, segundo Ferreira (1975), é um ato de aproximação, de inclusão e de escuta ativa. A Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece a importância do acolhimento como uma diretriz que permeia as ações em saúde. A dimensão ética do acolhimento está relacionada ao respeito às diferenças e à valorização da subjetividade do outro. A dimensão estética refere-se à construção de relações mais humanizadas e dignificantes. Por fim, a dimensão política do acolhimento implica em um compromisso coletivo de transformar as práticas de saúde, promovendo a participação e o protagonismo dos usuários.

A prática do acolhimento no SUS possui uma trajetória rica e complexa, marcada por experiências positivas e negativas. Essa diversidade de experiências exige que, ao falarmos em acolhimento, especifiquemos a que nos referimos. Afinal, o termo "acolhimento" já foi associado a diversas práticas, desde a mera recepção administrativa até ações mais complexas de escuta e vínculo. É fundamental destacar que o acolhimento não se resume a atos isolados de bondade, mas sim a uma prática intencional e sistemática, fundamentada nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

Embora a recepção e a triagem sejam importantes, quando isoladas dos processos de trabalho em saúde, elas limitam o acolhimento a ações pontuais, sem promover a responsabilização e o vínculo com os usuários. Essa visão restrita do acolhimento perpetua práticas como as filas 'madrugadoras' e a priorização de procedimentos em detrimento das necessidades dos usuários. Além disso, a falta de continuidade no cuidado impede a construção de vínculos e agrava o sofrimento dos pacientes.

O acolhimento vai além de um espaço físico ou um momento específico; é uma postura ética que permeia todas as ações em saúde. Ao acolher, compartilhamos saberes, reconhecemos as angústias e construímos soluções de forma colaborativa. Essa prática exige protagonismo dos usuários e dos profissionais, valorizando o encontro entre ambos. Para implementar o acolhimento, é necessário reorganizar os serviços de saúde, promovendo a participação de toda a equipe e a construção de projetos terapêuticos individualizados. A gestão também precisa ser mais democrática, garantindo espaços para a discussão e a tomada de decisões coletivas.

2. Objetivos

O acolhimento na saúde, quando implementado de forma integral e humanizada, visa alcançar diversos objetivos, que se interligam e contribuem para a melhoria da experiência do usuário e a qualidade do cuidado.

Em resumo, os principais objetivos do acolhimento são:

- **Estabelecer um vínculo:** Criar um relacionamento de confiança entre o profissional de saúde e o usuário, baseado na escuta ativa, no respeito e na empatia. Esse vínculo é fundamental para a construção de um cuidado mais personalizado e eficaz.
- **Humanizar o atendimento:** Promover um atendimento mais humano e acolhedor, que valorize a pessoa em sua totalidade, considerando suas necessidades, expectativas e sofrimentos.

- **Fortalecer a comunicação:** Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, garantindo que as informações sejam transmitidas de forma clara e compreensível.
- **Diminuir a ansiedade e o estresse:** Criar um ambiente mais tranquilo e acolhedor, que contribua para reduzir a ansiedade e o estresse dos usuários, especialmente em momentos de fragilidade.
- **Promover a autonomia do usuário:** Incentivar a participação ativa do usuário no processo de cuidado, valorizando seus conhecimentos e experiências.
- **Organizar o fluxo de atendimento:** Otimizar os processos de trabalho, reduzindo o tempo de espera e garantindo que os usuários sejam atendidos de acordo com suas necessidades.
- **Integrar os serviços de saúde:** Promover a integração entre os diferentes serviços de saúde, facilitando o acesso e a continuidade do cuidado.
- **Reduzir as desigualdades:** Contribuir para a redução das desigualdades sociais em saúde, garantindo o acesso equitativo aos serviços.

Quais os benefícios do acolhimento para o usuário?

- **Maior satisfação com o atendimento:** O usuário se sente mais valorizado e respeitado, o que aumenta sua satisfação com o atendimento.
- **Melhor adesão ao tratamento:** O usuário tem mais chances de aderir ao tratamento quando se sente acolhido e compreendido.
- **Melhora da qualidade de vida:** O acolhimento contribui para a melhoria da qualidade de vida do usuário, ao promover o bem-estar físico e emocional.

Quais os benefícios do acolhimento para o profissional de saúde?

- **Maior satisfação profissional:** O profissional de saúde se sente mais motivado e realizado ao perceber o impacto positivo de seu trabalho na vida dos usuários.
- **Melhora da qualidade do trabalho:** O acolhimento contribui para a melhoria da qualidade do trabalho em equipe, promovendo um ambiente mais colaborativo e humanizado.
- **Desenvolvimento profissional:** O acolhimento exige do profissional de saúde uma constante atualização de seus conhecimentos e habilidades, o que contribui para seu desenvolvimento profissional.

3. Método e Materiais

Analisando o acesso do usuário à Policlínica:

Para compreender como os usuários acessam os serviços de saúde, é fundamental observar os seguintes aspectos:

- **Ponto de entrada:** Quem recebe o usuário ao chegar na unidade? Como é essa recepção?

- **Fluxo do atendimento:** Qual o caminho percorrido pelo usuário até ser atendido? Quais os obstáculos encontrados?
- **Definição das necessidades:** Quem define o que o usuário precisa? Como essa necessidade é identificada?
- **Demandas não atendidas:** Quais demandas não são atendidas e por quê?
- **Escuta ativa:** Como a equipe escuta e compreende as necessidades dos usuários?
- **Rede social:** Como a rede social do usuário é envolvida no processo de cuidado? Quais profissionais participam?

Atendimento de agravos:

- **Prioridades:** Quais agravos são atendidos imediatamente? O que define essa prioridade?
- **Tempo de espera:** Qual o tempo médio de espera para o atendimento de cada tipo de agravo?
- **Ordenação:** Existe uma ordem de atendimento? Se sim, como ela é definida?

Encaminhamentos:

- **Procedimentos:** Como são feitos os encaminhamentos para outros serviços?
- **Responsabilidade:** Quem é responsável por realizar os encaminhamentos?
- **Articulação com a rede:** Existe uma articulação com outros serviços de saúde? Como funciona o sistema de referência e contra-referência?
- **Participação do usuário:** O usuário participa das decisões sobre seu encaminhamento?

Relação entre profissional e usuário:

- **Composição das equipes:** Como são compostas as equipes de atendimento?
- **Trabalho em equipe:** Existe trabalho em equipe multiprofissional? Em quais setores?
- **Reuniões:** Há reuniões periódicas da equipe? Qual a frequência e os temas abordados?
- **Dificuldades:** Quais as principais dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe?
- **Relação profissional-usuário:** Como é a relação entre os profissionais de saúde e os usuários?

Tomada de decisões:

- **Processo decisório:** Como as decisões são tomadas na unidade? Quem participa desse processo?
- **Prioridades:** Como são definidas as prioridades e as necessidades de mudança?
- **Conflitos:** Como são resolvidos os conflitos e as divergências?

Ambiente de trabalho:

- **Conforto e privacidade:** Como são as condições de conforto e privacidade do ambiente de trabalho?

- **Informação e sinalização:** As informações estão claras e acessíveis? A sinalização é adequada?
- **Condições de trabalho:** As condições de trabalho são adequadas? As relações entre os profissionais são colaborativas?

Após análise das frentes propostas, segue a elaboração de estratégias para fundamentar o Acolhimento em todas as suas dimensões na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

4. Estratégias:

Capacitação da equipe:

- A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, conta uma equipe multiprofissional capacitada para realizar o acolhimento, com profissionais de diferentes áreas como enfermagem, serviço social, psicologia e administração.
- A OSS HMTJ junto a Policlínica oferecerá treinamentos contínuos sobre acolhimento, comunicação eficaz, escuta ativa e resolução de conflitos. Visando promover a sensibilização da equipe para a importância do acolhimento na humanização do atendimento estimulando a participação em grupos de discussão e estudos sobre o tema.

Organização do espaço físico:

- A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa dispõe de um espaço físico confortável e bem organizado para realizar o acolhimento, com cadeiras, sofás. Garantindo aprivacidade dos usuários durante as consultas.
- A OSS HMTJ junto a Policlínica oferecerá materiais informativos sobre os serviços disponíveis e disponibilizar informações claras e objetivas sobre os serviços oferecidos pela policlínica, os procedimentos e os direitos dos usuários.

Implementação de ferramentas de acolhimento:

- A Policlínica utiliza ferramentas como a ficha de acolhimento para registrar as informações sobre o usuário e suas necessidades.
- Implementar e oferecer uma escuta qualificada como prática cotidiana, buscando compreender suas necessidades e expectativas.
- A OSS HMTJ junto à Policlínica implementar um sistema de triagem para classificar os usuários por ordem de gravidade e direcioná-los para o atendimento mais adequado.

Fortalecimento do trabalho em equipe:

- É promovida a interação entre os diferentes profissionais da equipe para a qualidade e a humanização do atendimento em saúde. Ao unir diferentes profissionais com habilidades e conhecimentos complementares, é possível oferecer um cuidado mais

integral e centrado nas necessidades do paciente realizando reuniões periódicas para discutir os casos e as dificuldades.

Inclusão da família e da rede social:

A inclusão da família e da rede social no processo de acolhimento em serviços de saúde é fundamental para a humanização do cuidado e para a promoção da saúde integral do usuário. Ao considerar o contexto social e familiar do indivíduo, é possível oferecer um atendimento mais personalizado e eficaz, além de fortalecer os vínculos e promover a corresponsabilização pelo cuidado.

Por que incluir a família e a rede social?

- **Ampliação do olhar:** A família e a rede social possuem informações valiosas sobre a história de vida do usuário, suas dificuldades, seus recursos e seus apoios. Ao incluir essas informações no processo de cuidado, é possível ter uma visão mais completa da situação do usuário e oferecer um atendimento mais adequado às suas necessidades.
- **Fortalecimento dos vínculos:** A participação da família e da rede social fortalece os vínculos entre os profissionais de saúde, o usuário e sua rede de apoio, o que contribui para a construção de um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades do indivíduo.
- **Promoção da corresponsabilização:** A inclusão da família e da rede social promove a corresponsabilização pelo cuidado, ou seja, a divisão das responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos no processo. Isso contribui para a autonomia do usuário e para a sustentabilidade do cuidado.
- **Melhora da adesão ao tratamento:** Ao envolver a família e a rede social no processo de cuidado, é possível aumentar a adesão do usuário ao tratamento, pois eles se sentem mais apoiados e motivados.

Acompanhamento e **Avaliação contínua:**

Por que é importante acompanhar e avaliar o processo de acolhimento?

- **Garantia da qualidade:** Permite identificar e corrigir falhas, garantindo que o acolhimento seja realizado de forma eficiente e eficaz.
- **Melhoria contínua:** Possibilita a implementação de novas estratégias e a adaptação às necessidades dos usuários e da equipe.
- **Evidência das práticas:** Gera dados e informações que podem ser utilizados para demonstrar a importância do acolhimento e para justificar a alocação de recursos.
- **Satisfação do usuário:** Permite identificar os pontos que mais agradam e os que precisam ser melhorados, contribuindo para a satisfação do usuário.
- **Desenvolvimento da equipe:** Proporciona oportunidades de aprendizado e desenvolvimento para os profissionais envolvidos no processo de acolhimento.

Gestão participativa:

- A OSS HMTJ envolve todos os atores envolvidos - usuários, familiares, profissionais de saúde e gestores - na tomada de decisões e na construção de soluções. A gestão participativa promove a corresponsabilização e fortalece o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade.

5. Etapas do Acolhimento:

1. **Recepção:** O usuário é recebido por um profissional de saúde que o acolhe, o registra e verifica seus documentos.
2. **Triagem:** O usuário passa por uma triagem para avaliar a sua condição de saúde e a urgência do atendimento.
3. **Escuta qualificada:** O profissional realiza uma escuta qualificada do usuário, buscando compreender suas queixas, dúvidas e expectativas.
4. **Orientação:** O usuário é orientado sobre os procedimentos a serem realizados e sobre os seus direitos.

   Acompanhamento: O usuário é acompanhado durante todo o processo de atendimento, sendo informado sobre os resultados dos exames e as orientações médicas.

6. Protocolo de Atendimento

1. Regulação e Agendamento:

- **Emissão de solicitação e vaga:** Após o atendimento inicial, a solicitação do paciente e os documentos necessários são emitidos, e a vaga é disponibilizada no sistema de regulação.
- **Contato com o paciente:** A Policlínica entra em contato com o paciente para agendar o atendimento, confirmando dados pessoais, tipo de atendimento e, se aplicável, informações sobre transporte gratuito.
- **Informações detalhadas:** A equipe fornece informações claras sobre data, horário, procedimentos prévios e canais de contato para dúvidas.

2. Chegada à Unidade:

- **Recepção e cadastro:** O paciente ou acompanhante se dirige à recepção, onde é realizado o cadastro e entregue um documento com as informações do atendimento.
- **Acolhimento:** O paciente é encaminhado para o acolhimento, onde passa por uma escuta ativa e comunicação eficaz.
- **Avaliação de enfermagem:** O enfermeiro realiza a coleta do histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem e mantém uma comunicação acolhedora e resolutiva.

3. Atendimento:

- **Direcionamento:** O paciente é direcionado para a consulta, exame ou procedimento agendado.

- **Acompanhamento multidisciplinar:** A equipe multidisciplinar acompanha e avalia o paciente durante todo o processo.

Observações:

- **Fluxo contínuo:** O fluxo de atendimento é organizado de forma a garantir a fluidez e a eficiência do processo.
- **Comunicação eficaz:** A comunicação clara e objetiva com o paciente é fundamental em todas as etapas do atendimento.
- **Acolhimento humanizado:** O acolhimento deve ser realizado de forma humanizada, com empatia e respeito às necessidades do paciente.
- **Centralização de informações:** As informações do paciente devem ser centralizadas em um único sistema, facilitando o acesso e a atualização dos dados.

7. Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

ÁREA DA QUALIDADE

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Apresentação

As Ouvidorias, no âmbito da administração pública atuam como unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo porobjetivo, viabilizar os direitos de expressão dos cidadãos, e assim, ter suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS.

Com base nestas diretrizes, a Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa possui por papel principal, a intermediação das relações entre os cidadãos e a gestão, de modo a acolher, identificar, registrar, direcionar e acompanhar as manifestações levantadas por meio dos cidadãos e colaboradores, frente seus direitos e reconhecimento enquanto cidadão partícipe no aprimoramento do serviço prestado pela unidade.

O setor, funciona como um instrumento de gestão, no qual recebe as manifestações dos cidadãos e colaboradores por meio de denúncia, elogio, reclamação, solicitação e/ou sugestão; todas tratadas e encaminhadas à gestão da unidade, para conhecimento, tratativas e apurações, assegurando o tratamento adequado de cada uma destas questões.

A Ouvidoria, não possui atendimento direcionado somente ao público externo (pacientes), mas também, atendimento ao público interno, em que entram os colaboradores e gestores da unidade. Este atendimento, é pensado de modo em que toda a comunidadepossuidora de acesso direto ou indireto à Policlínica, possa ter garantidos seus direitos ea formalização de participação entre os mesmos.

A Ouvidoria vem desenvolvendo seu papel dentro da unidade por meio dos atendimentos presenciais, e-mail e/ou telefone, frente ao tratamento e registro das manifestações. O setor conta com o atendimento integralizado, desde o acolhimento e tratamento das manifestações por meio do registro no sistema OuvidorSUS, até a aplicabilidadeda Pesquisa de Satisfação em todos os setores da unidade, bem como a Busca Ativa e a oferta do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

Funcionamento da Ouvidoria

A Ouvidoria desempenha um papel fundamental na promoção da transparência, da qualidade dos serviços e do fortalecimento do relacionamento entre a Instituição e os usuários dos serviços de saúde.

Atua ativamente no fortalecimento da comunicação e a interação entre a Instituição e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando uma espécie de termômetro, em relação aos serviços prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos, por meio do feedback dos usuários e acompanhamento da resolução dos problemas relatados, garantindo a transparência e a efetividade das ações tomadaspela Instituição, além de realizar pesquisas de satisfação mensais para avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestado pela Unidade.

O principal objetivo das tratativas da Ouvidoria é acolher as queixas, elogios, sugestões e demais consultas de informações advindas dos usuários dos serviços, que possam contribuir e fortalecer a assistência prestada pela unidade, procedendo com as análises e tratativas pertinentes e respostas plausíveis e coerentes.

Estruturação da Ouvidoria

É imprescindível que o posicionamento mais adequado à Ouvidoria do SUS, dentro da estrutura organizacional do órgão ou entidade ao qual pertença, é aquele que lhe garanta fácil acesso ao gestor, preferencialmente, a ele subordinado diretamente, em nível hierárquico equivalente aos demais titulares das unidades finalísticas. Outrora, o gestor da pasta seja denominado Ouvidor, sendo profissional capacitado para atuar na Ouvidoria, comconhecimento em gestão de ouvidorias e habilidades de comunicação e resolução de problemas.Diante estruturação do setor, é estabelecido um fluxo de trabalho junto às diretrizes,leis e normativas da Ouvidoria e a gestão da unidade, para o registro, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, registradas pelo sistema OuvidorSUS, vinculado a Ouvidoria Geral do Estado.

Registro e Tratamento das Manifestações

As demandas recebidas e registradas passam por um processo de análise, classificação,tipificação, e posterior à estas etapas, são encaminhadas ao setor responsável para conhecimentoe apuração dos fatos. Estas são classificadas de acordo com seu teor, conforme sua classificação.

À fim da garantia de transparência, assim como para acompanhamento, apuração, tomada de providências e devolutiva com respostas quanto as manifestações, foram estabelecidos como rede interna para encaminhamento da demanda cinco departamentos da unidade:

- Diretoria Geral
- Diretoria Técnica
- Gerência Operacional
- Gerência de Enfermagem
- Gestor de Cuidados

Após as respostas dos departamentos, tendo sido realizado apuração e tratativa quanto a demanda referida, é feita a devolutiva ao cidadão para que a manifestação possa ser finalizadano sistema.

A fim de garantir a proteção da identidade do manifestante quando esta é solicitada, concomitante a Proteção de Dados necessária frente as ações do setor, é restrito o acesso da identidade do requerente diante os espelhos de demandas emitidos pelo sistema.

As exposições destes dados somente são permitidas em situações onde encontram-se indispensáveis para apuração dos fatos. De modo que denúncias frente a descumprimento de valores éticos em situações gravosas, serão encaminhados para apuração da Comissão de Ética do referido conselho ao qual o profissional encontra-se registrado.

Tempo de Resposta das manifestações

O prazo para resposta é fundamental para seguimento do processo realizado em todo o período disponível para tratamento, apuração e devolutiva da manifestação, a fim de garantir ereafirmar ao cidadão sua posição e importância frente a participação e o acolhimento de suas demandas no âmbito da saúde pública.

As atividades e a estrutura administrativa das Ouvidorias são definidas através de leis enormativas, as quais direcionam as ações e obrigações do setor, deste modo, diante ao Decretonº10.466, de 14 de Maio de 2024 que dispõe sobre a atividade e a estrutura de Ouvidoria no Poder Executivo do Estado de Goiás, definiu-se que:

Art. 23. A resposta conclusiva deve ser apresentada em 20 (vinte) dias no máximo, prazo prorrogável por mais 10 (dez) dias mediante justificativa.

§ 2º O prazo de resposta será contado a partir do primeiro dia útil ao da data do protocoloda manifestação.

Diante ao novo decreto de atividades da Ouvidoria, o prazo de resposta ás manifestaçõesfaz-se ainda mais rigoroso de cumprimento, a fins de que todo o fluxo de tratativas seja realizado no prazo correto, sem que aja atrasos frente as manifestações.

Assim, se faz necessário que a rede consiga cumprir dentro do prazo estimado, as devolutivas quanto as manifestações encaminhadas, sejam elas de resolutivas rápidas e/ou quenecessitem de apuração mais detalhada, para que as mesmas possam ser repassadas ao paciente,todas dentro do prazo informado.

Ouvidoria Ativa

Em meio à atuação da Ouvidoria, é possível identificar ações necessárias para o processo de desenvolvimento do setor; ações estas consideradas meios de manter a Ouvidoria Ativa, que "...adicionalmente às competências próprias das ouvidorias, é incumbida de executar processos de relacionamento com os (as) cidadãos(ãs), especialmente os usuários dos serviços e atividadesdo órgão/entidade a que pertencem, com o objetivo de promover a maior participação e controleda comunidade na avaliação do desemprenho institucional e na proposição de diretrizes para asua atuação." (MANUAL DAS OUVIDORIAS DO SUS, 2014, p.31).

Deste modo, a Ouvidoria não só recebe demandas, como também atua sobre elas, de forma a identificar e levantar informações com os cidadãos/pacientes frente a satisfação do mesmo diante ao serviço prestado. Dentre as ações da Ouvidoria Ativa tem-se por exemplo, a Pesquisa de Satisfação aplicada na unidade e os atendimentos realizados através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). Esta é uma forma de subsidiar os trabalhos frente as tratativasnecessárias para um melhor desenvolvimento dos serviços, assim como meio de acesso mais direto ao paciente.

A Ouvidoria da Policlínica tem por meio de ação, as Pesquisas de Satisfação aplicadas de modo setorial, facilitando assim, o alcance de um maior número de pesquisas respondidas epacientes alcançados.

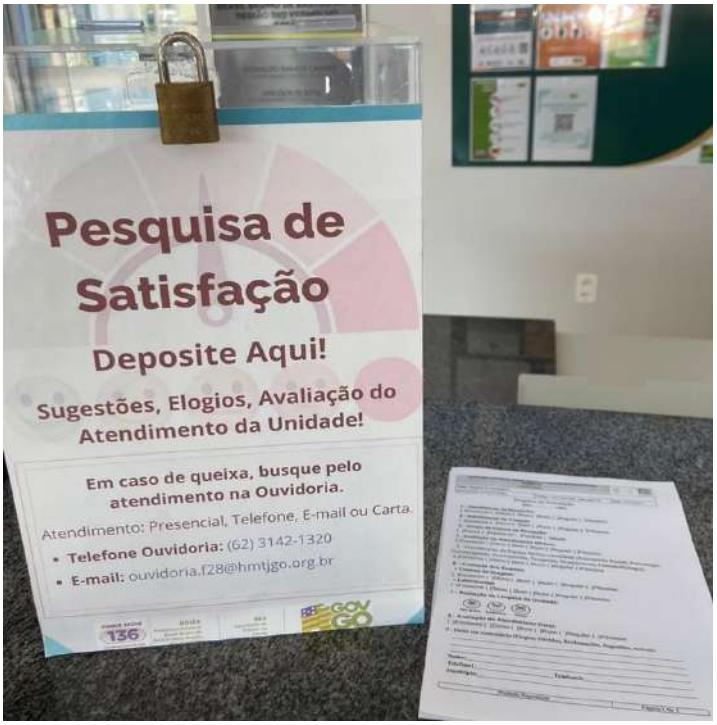
Disseminação de Informação

Dentre as ações específicas da Ouvidoria, faz-se também necessário a disseminação deinformações sem que sejam necessárias barreiras burocráticas e/ou demora para acesso às mesmas.

Para melhor dizer, a informação facilita o processo de conhecimento e aumenta as condições para garantia de que o cidadão/paciente exerça de forma clara e justa, seus direitos edeveres. Deste modo, a Ouvidoria encontra-se como o setor que mais fácil possui acesso aospacientes à ponto de poder desempenhar o papel de fornecimento de informações e orientações.Através da Disseminação de Informação, pelo SAU, a Ouvidoria consegue fornecer ao paciente, informações de forma rápida, frente as situações apresentadas. Deste modo, o sistema OuvidorSUS possui uma área voltada à "Base de Conhecimento", onde são cadastrados as principais demandas de disseminação do setor, para que pós atendimento, sejam registrados no sistema, as informações que foram repassadas.

Pesquisa de Satisfação

É importante ressaltar, que a Ouvidoria é o canal de comunicação entre a gestão e a sociedade, de modo que além do atendimento e registro, é também aplicada Pesquisa de Satisfação com vistas ao aprimoramento da qualidade no atendimento.



A aplicabilidade da pesquisa se faz de modo setorial, para que seja possível alcançar o maior número de pacientes possível. As mesmas são distribuídas na chegada à recepção e solicitadas novamente ao fim do atendimento àqueles que se dispuserem a responder.

Apesar de sua aplicabilidade ser obrigatória e contar como um dos indicadores de desempenho da unidade, as devolutivas são de acordo com a disponibilidade do paciente.

Avaliação Geral de Satisfação

É importante ressaltar que todos os campos para preenchimento possuem o quantitativo de satisfação classificados como excelente, ótimo, bom, ruim, regular e péssimo, seguindo o modelo de avaliação solicitado pelo setor de Performance.

Destaca-se ainda, que estes dados são os gerados e compartilhados para atender os indicadores de qualidade obtidos pela unidade, de forma em que possui como parâmetro para cálculo dos indicadores, o caminho "Pacientes Cadastrados" disponível no Sistema MV Soul.

Na tentativa de que a Pesquisa possa atender todo o público necessário, e atingir o máximo de devolutivas possíveis foi dado continuidade às ações de aplicabilidade das mesmas, de forma a todos os setores juntamente à Ouvidoria, seguirem com as orientações, incentivos, e esforço mútuo diante a entrega e solicitação de preenchimento das pesquisas.

O gradativo aumento observado dos números, quanto a avaliação dos usuários junto à satisfação dos mesmos, é uma demonstrativa dos esforços realizados por toda a unidade em prol da entrega e devolutiva de um trabalho de excelência e humanização dentro da saúde pública.

Conclusão

O setor de Ouvidoria, oferece subsídios para que cada dia, a comunicação entre gestão e paciente se estabeleça de forma mais clara, concisa e possa atender ambos os lados na construção de uma unidade preparada e com compromisso de sempre melhor atender e ofertaros serviços de saúde.

De modo, que para esta unidade, é de extrema importância mensurar a percepção tantodos pacientes quanto dos colaboradores frente as políticas, práticas, ambiente interno e relaçõeshumanas. Orientar a priorização das ações de melhoria, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos visando o melhoramento contínuo das condições laborais e consequente melhoria do atendimento à população.

I. Objetivos

Receber, registrar e atuar na resolução das demandas, assegurando o cumprimento no tempo de resposta de acordo com o tempo e a classificação da criticidade.
Evidenciar a resolutividade, análise e a tratativa das demandas.
Definir fluxo de atendimento das manifestações que permita manter o cliente informado sobre o registro de sua demanda, o prazo para a resposta e a forma como poderá acompanhar a tratativa até seu encerramento.

II. Materiais

Telefone;
Computador com internet;
Software SigQuali;
Materiais de Escritório;
Formulário de Pesquisa de Opinião;
Planilha de Atendimento “Solicitações à Ouvidoria”

III. Abrangência

Todos os setores da Instituição

IV. Descrição dos passos da atividade

A análise de criticidade na Ouvidoria se refere ao processo de classificação de risco potencial das manifestações dos usuários.
O monitoramento e controle da criticidade e tempo de resposta das manifestações é imprescindível no processo de gestão das demandas, considerando o entendimento que ela dá sobre os riscos potenciais das insatisfações e o quanto elas podem afetar as relações interpessoais dentro da instituição. Trata-se, portanto, de um processo que aumenta a confiabilidade do setor e da instituição.
A Ouvidoria entende que a Análise de Criticidade das demandas devem ser conduzidas por uma abordagem sistêmica, considerando todos os meios de comunicação utilizados, independente da complexidade da demanda.

Passo à passo para o registro e análise de criticidade:

1. Registrar todas as demandas recebidas no Relatório de Atendimentos do setor via Sistema Fluig.
2. Registrar a data inicial e data final das demandas, com o tempo de resolutividade, cumprindo o tempo de acordo com a criticidade definida. Evidenciar a análise da causa e descrever a ação de correção/Imediata realizada pelo Serviço de Ouvidoria. Evidenciar a Ação Corretiva realizada pelo setor de Origem e plano de ação do setor, quando for realizado. Mensurar mensalmente em indicador de Índice de resolutividade e Índice de atendimento aos prazos de respostas.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OUVIDORIA

Título: Atendimentos da Ouvidoria

Período: Mês / Ano

Nº	Data	Relato	Nome (Paciente/ familiar)	Prontuário	Setor	Leito	Tipo de Demanda	Tipo de Atendimento	Canal Comunicação	Data Inicial	Data Final	Resolvido / Monitorado	Classificação da Criticidade	Tempo de Criticidade de acordo com a classificação	Tempo de Resolutividade	Análise da Causa	Ação de Correção/ Imediata	Ação Corretiva/Plano de Ação
1																		

3. Classificar a criticidade e o tempo de criticidade de cada manifestação de acordo com a gravidade e impacto direto no paciente:

Classificação da Criticidade	Tempo de Criticidade de acordo com a classificação
Imediata	Até 24 horas
Alta	Até 03 Dias
Moderada	Até 07 Dias
Baixa	Até 15 Dias

4. Classificar o tempo de criticidade de acordo com a classificação:

CRITICIDADE IMEDIATA: A manifestação se refere a assistência diretamente ligada ao paciente, comprometendo a sua segurança, podendo ocasionar em incidente ou evento adverso. Nesse caso, os responsáveis deverão ser comunicados e terem conduta imediata na tratativa da manifestação. O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser notificado. A manifestação pode comprometer a continuidade da assistência, resultando em insegurança e/ou conflitos; sendo necessária a mediação imediata do Serviço de Ouvidoria. Além de manifestações assistenciais ligadas diretamente ao paciente, são consideradas perfil de criticidade Imediato as manifestações que envolvam informações sobre o paciente, solicitações de exames, procedimentos, agendamentos considerados urgentes dentro do período de internação e que podem gerar risco imediato e/ou direto ao paciente. As manifestações com Criticidade Imediata terão prazo para resolutividade em período de horas. A manifestação que não for respondida dentro do prazo de criticidade, a Ouvidoria deverá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário encerrando a manifestação.

CRITICIDADE ALTA: A manifestação pode comprometer a continuidade do tratamento, resultando em insegurança; sendo necessária a atuação das equipes e do setor envolvido além da mediação do Serviço de Ouvidoria. Trata-se de manifestações com necessidade de retorno em tempo hábil, porém, pode-se aguardar a verificação e constatação de informações com áreas/especialidades envolvidas. As manifestações com Criticidade Alta terão prazo para resolutividade de 03 dias úteis após notificação na Ouvidoria. As coordenações envolvidas serão comunicadas imediatamente e notificadas conforme prazo extimado. São consideradas perfil de criticidade Alto as manifestações que envolvam agendamento/cancelamento de procedimentos e exames de pacientes internados ou eletivos (com data próxima para realização), agendamentos de reuniões médicas e multidisciplinares. Trata-se de criticidade alta as manifestações que envolvam o quadro clínico dos pacientes mas não geram risco direto aos mesmos. As manifestações que não forem respondidas dentro do prazo, a Ouvidoria poderá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário (quando identificado) encerrando a manifestação.

CRITICIDADE MODERADA: A manifestação se refere a assistência direta/indireta ligada ao paciente, sem resultar em evento adverso ou denúncias. Situações administrativas ou assistenciais, falta/falha de informações/orientações, condições estruturais, comportamentais; como agendamentos e marcações de procedimentos (que dependem da data de abertura de agenda de acordo cada especialidade), resultando em insatisfação que não impactam no tratamento e seu desdobramento não atinge o paciente ou a imagem da instituição. Refere-se a informações/orientações/condutas, que necessite de cumprimento de prazos; sendo necessária a atuação e acompanhamento do Serviço de Ouvidoria. Trata-se, em sua maioria, de pacientes pós internação, em cuidado nas unidades ambulatoriais. As manifestações com Criticidade Moderada terão prazo para resolutividade de 07 dias úteis após notificação na Ouvidoria. Serão enviadas às coordenações envolvidas e acompanhadas pela Ouvidoria. Trata-se de criticidade moderada as manifestações que não envolvam o quadro clínico dos pacientes diretamente, necessitando de qualquer tipo de intervenção imediata, sem gerar risco direto aos mesmos, mas que necessitam

de continuidade assistencial junto à instituição. A manifestação que não for respondida dentro do prazo, a Ouvidoria poderá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário (quando identificado) encerrando a manifestação.

CRITICIDADE BAIXA: A manifestação se refere a situações administrativas ou assistenciais, falta/falha de informações/orientações, condições estruturais, comportamentais; como agendamentos e marcações de procedimentos (que dependem da data de abertura de agenda de acordo cada especialidade), resultando em insatisfação que não impactam no tratamento do paciente e seu desdobramento não atinge o paciente ou a imagem da instituição. As manifestações com Criticidade Baixa terão prazo para resolutividade de 15 dias úteis após notificação na Ouvidoria. Serão enviadas às coordenações envolvidas e deverão ser respondidas cumprindo prazo de criticidade. A manifestação que não for respondida dentro do prazo, a Ouvidoria poderá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário (quando identificado) encerrando a manifestação.

5. Todas as manifestações negativas serão enviadas às coordenações por RNC via Sistema Sigquali visando o acompanhamento e monitoramento da qualidade da análise pelo Serviço de Qualidade da Instituição.

6. Encerramento da demanda:

A Ouvidoria, ao receber a tratativa da manifestação, deverá analisar e lançar no sistema de dados, evidenciando o cumprimento dos prazos de resposta conforme Classificação da criticidade. Quando houver notificação por RNC, esta deverá constar na análise de encerramento da manifestação.

V. Siglas e Definições

RNC - Relato de Não Conformidade

FLUIG – Sistema Operacional para registro de dados

VI. Anexos

N/A

VII. Referências

Manual de Boas Práticas Ouvidorias do Brasil

Manual ONA

I. Objetivos

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus tem por objetivo utilizar a metodologia do NPS (Net Promoter Score) pois esta permite uma fácil assimilação pelos clientes, operadores e gestores, tanto durante a fase de questionário quanto na avaliação dos resultados apurados nas unidades sob sua gestão.

Realizar a mensuração do Grau de lealdade dos pacientes, acompanhantes e familiares da instituição. Sua ampla utilização se deve a simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia.

Melhorar o desempenho da instituição a cada feedback recebido. Sendo assim, devido a simplicidade dos resultados tanto quantitativos quanto qualitativos, é possível fazer a tratativa do cliente em poucos minutos após o recebimento da crítica.

II. Materiais

Computador
Formulários de Pesquisa de Opinião
Telefone
Quadro de Avisos
Materiais de Escritórios
Sistema Fluig

III. Descrição dos passos da atividade

- Disponibilizar a Metodologia do NPS (Net Promoter Score) no sistema Fluig atrelado à Pesquisa de Opinião para que seja disponibilizado a mensuração de relatório mensal com o resultado percentual da fidelização do clie nte respondidas em formulário convencional (Impresso) e também por QR –Code.
- Compilar os dados das Pesquisas de Opinião utilizando a calculadora do NPS (Net Promoter Score).
- Divulgar os dados com foco prático, o que facilita que as informações coletadas atinjam rapidamente a equipe operacional, ou seja, em contato direto com o paciente / familiar.
- Armazenar os dados compilados mensalmente descrevendo as ações de melhorias propostas com o resultado da Pesquisa.
- Relacionar o perfil de clientes detratores com o objetivo de traçar ações de melhoria e atuar de maneira preventiva visando o crescimento de clientes promotores.

A Metodologia do NPS (Net Promoter Score) avaliará a experiência do paciente, acompanhante e familiar na continuidade da assistência.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus mantém a metodologia de Pesquisa de Satisfação do Cliente avaliando os serviços oferecidos com quesitos: EXCELENTE, ÓTIMO, BOM, REGULAR e RUIM, numa média contratualizada em 90% de satisfação. Ainda, considerando o percentual em Oportunidade de Melhoria e Insatisfação.

Formulário: Exemplo de Pesquisa de Opinião Ambulatórios / Consultórios

PESQUISA DE OPINIÃO
AMBULATÓRIOS / CONSULTÓRIOS

HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Você é: ☐ Paciente ☐ Acompanhante

Onde você marcou sua consulta: ☐ UAPS/ Posto de Saúde ☐ No próprio hospital

Dados Pessoais

Sua identificação é opcional, mas será através dela que poderemos lhe dar retorno sobre nossas ações.

Nome: _____ Telefone: (___) _____

E-mail: _____

Data de preenchimento da Pesquisa: ____/____/_____

Nome do Médico: _____ Especialidade: _____

Marque com um "X" sua Opinião

Como você classifica os seguintes itens:	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Atendimento da Recepção	☐	☐	☐	☐	☐
Atendimento do Médico	☐	☐	☐	☐	☐
Atendimento de Enfermagem	☐	☐	☐	☐	☐
Atendimento do Acadêmico	☐	☐	☐	☐	☐
Qualidade da roupa de cama	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene e Limpeza	☐	☐	☐	☐	☐
Estrutura e Manutenção	☐	☐	☐	☐	☐

Você considera o atendimento geral do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus como:

☐ Excelente ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus para familiares e amigos? _____

Sugestões ou comentários gerais:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esta pesquisa deve ser depositada nas Urnas disponíveis por todo o Hospital.

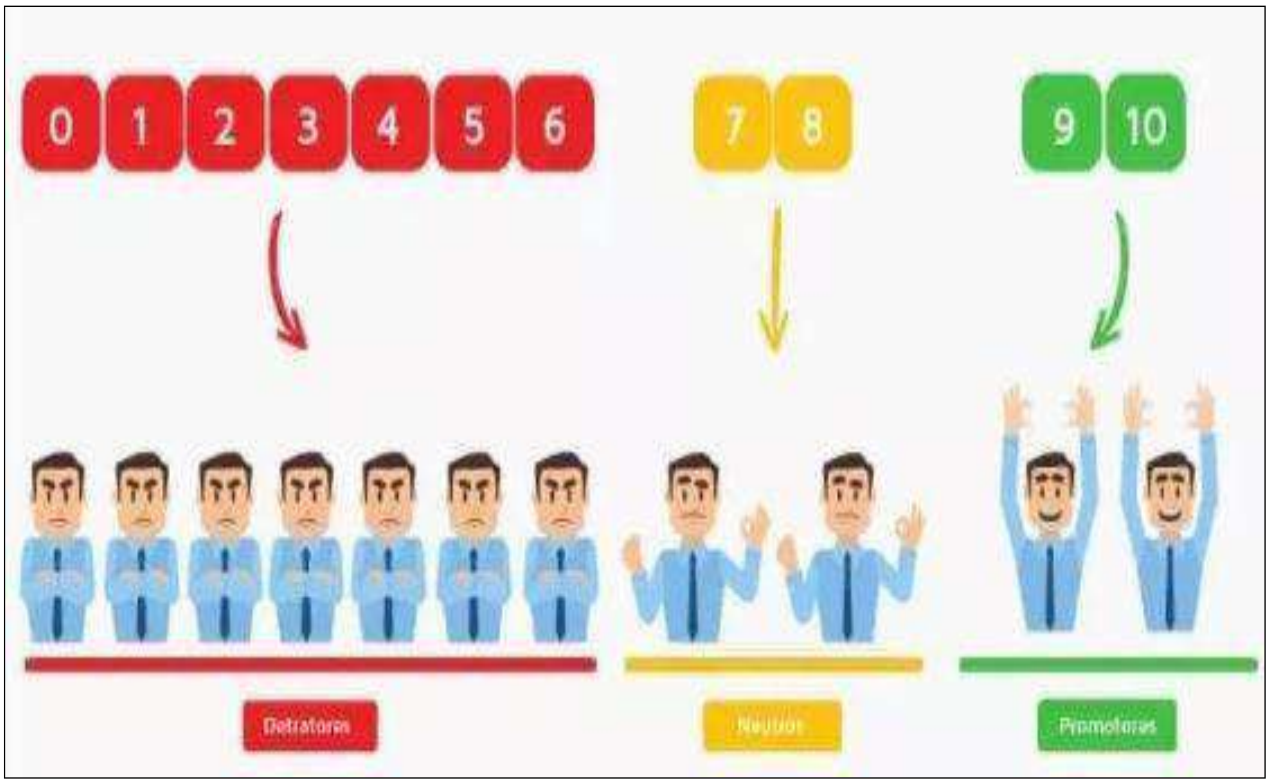
O modelo de Pesquisa de Opinião utilizada pelo HMTJ nas unidades sob sua gestão possibilita compilar a satisfação conforme padrãoconvencional de resultado percentual e também a compilação pela avaliação do NPS.

Com base nas notas de 0 a 10, os clientes serão classificados em 03 formas:

- **Notas de 0 a 06 – Clientes Detratores** – São aqueles pacientes que indicam que a suas vidas pioraram depois da experiência com o serviço do Hospital. Criticam o hospital em público e jamais voltariam a utilizar o serviço, exceto em situações extremas.

- **Notas de 07 e 08 – Clientes Neutros** – São aqueles pacientes que utilizam os serviços do hospital quando realmente necessário. Não são leais e não são entusiastas do hospital.

- **Notas de 09 a 10 – Clientes Promotores** – Passaram a ter uma vida melhor depois do atendimento / tratamento recebido no Hospital. São leais, oferecem feedbacks e são entusiasmados.



De acordo com as notas do NPS (Net Promoter Score) é possível classificar as empresas em 4 Zonas de Classificação, que em termos gerais exemplificam o quão bem a empresa está em relação a satisfação de clientes.

As zonas são:

- **Zona de Excelência – NPS entre 75 e 100**

  Empresas que atingiram esta pontuação realmente geraram grandes experiências para os seus clientes. A estratégia e o operacional conseguiram gerar uma percepção altamente positiva no consumidor, o que deve gerar boas recomendações e até um defensor da marca.

- **Zona de Qualidade – NPS entre 50 e 74**

  Os clientes nesta faixa de avaliação certamente viram vários pontos positivos durante a experiência com a empresa, porém certamente alguns pontos deixaram a desejar. É aquele típico feedback “foi tudo bem, mas/porém/não fosse…”. As empresas neste estágio normalmente precisam avaliar com calma a jornada do cliente – incluindo itens “periféricos” ao seu produto ou serviço – e entender melhor a sua persona.

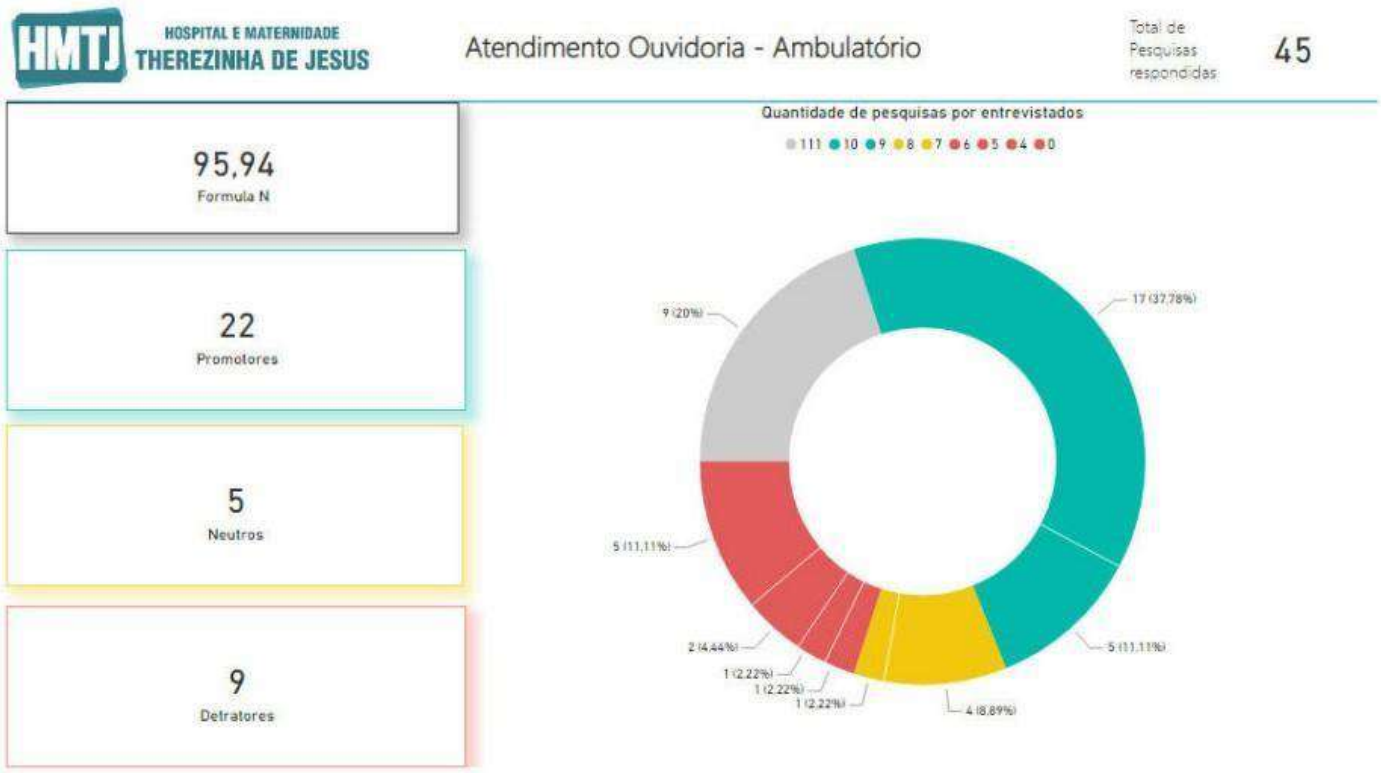
- **Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 0 e 49**

  Normalmente a experiência oferecida nesta faixa de NPS tem pontos importantes de ajustes. Em muitos casos, o cliente não percebeu atenção por parte da empresa com o seu caso ou sua necessidade. A ineficiência é outro ponto crítico a ser avaliado. A empresa precisa realmente ouviu os feedbacks e tomar ações como mudança de processos, treinamentos de equipe e de fato olhar para o seu cliente.

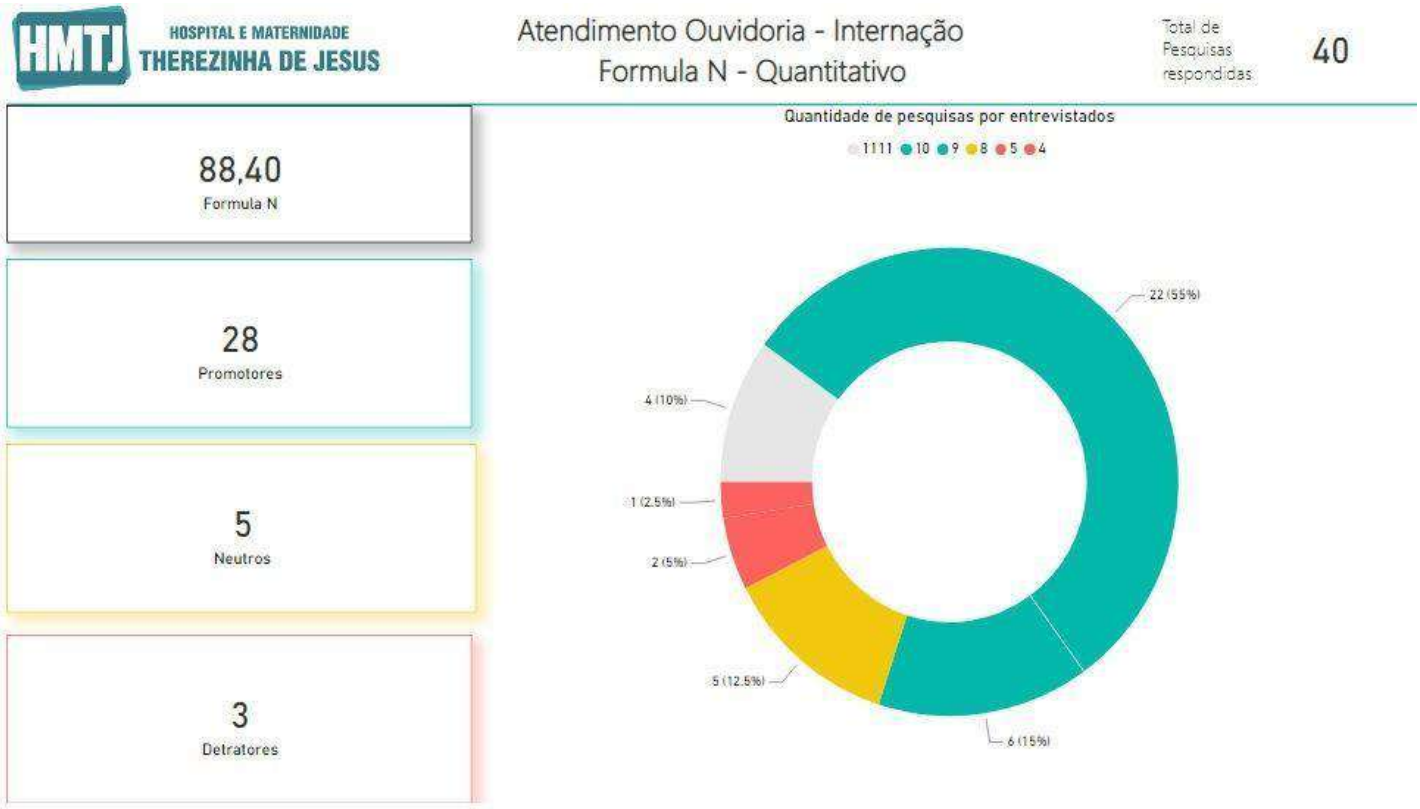
- **Zona Crítica – NPS entre -100 e -1**

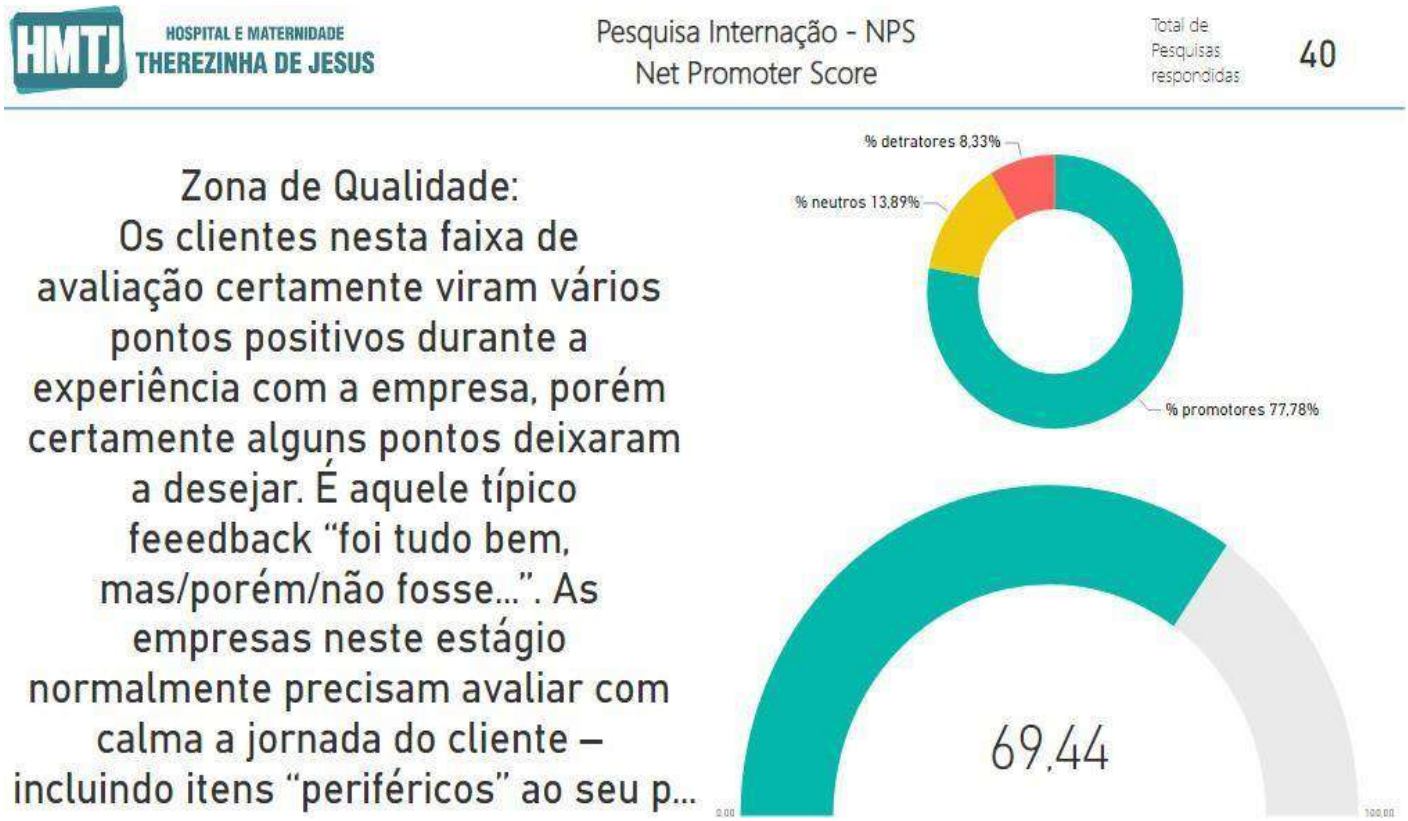
  Nestes casos a experiência foi altamente frustrante para o cliente e ele certamente será o primeiro a reclamar e denegrir a imagem da instituição com outras pessoas. Uma instituição nesta classificação precisa repensar sua estratégia rapidamente, pois estará criando um grupo de opositores a sua marca. É muito comum, nesses casos, ter que adotar políticas intensas de cultura assistencial segura e qualidade no atendimento, melhorando a empatia e a comunicação.

A calculadora utilizada para medicação da fidelização é inserida no Sistema Fluig e RM TOTVS possibilitando obtenção mensal de relatório.


HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Atendimento Ouvidoria - Ambulatório
Total de Pesquisas respondidas 45
95,94
Formula N
22
Promotores
5
Neutros
9
Detratores
Quantidade de pesquisas por entrevistados
11 10 9 8 7 6 5 4 0
17 (37,78%)
9 (20%)
5 (11,11%)
5 (11,11%)
2 (4,44%)
1 (2,22%)
1 (2,22%)
1 (2,22%)
4 (8,89%)

HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Pesquisa Ambulatório - NPS
Net Promoter Score
Total de Pesquisas respondidas 45
Zona de aperfeiçoamento: Normalmente a experiência oferecida nesta faixa de NPS tem pontos importantes de ajustes. Em muitos casos, o cliente não percebeu atenção por parte da empresa com o seu caso ou sua necessidade. A ineficiência é outro ponto crítico a ser avaliado. A empresa precisa realmente ouviu os feedbacks e tomar ações como mudança de processos, treinamentos de equipe e de fato olhar para o seu cliente.
% detratores 25,00
% neutros 13,89
% promotores 61,11
36,11
0
100,00


HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Atendimento Ouvidoria - Internação
Formula N - Quantitativo
Total de Pesquisas respondidas
40
88,40
Formula N
28
Promotores
5
Neutros
3
Detratores
Quantidade de pesquisas por entrevistados
1111 10 9 8 5 4
22 (55%)
4 (10%)
1 (2.5%)
2 (5%)
5 (12.5%)
6 (15%)


HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Pesquisa Internação - NPS
Net Promoter Score
Total de Pesquisas respondidas
40
Zona de Qualidade:
Os clientes nesta faixa de avaliação certamente viram vários pontos positivos durante a experiência com a empresa, porém certamente alguns pontos deixaram a desejar. É aquele típico feeedback "foi tudo bem, mas/porém/não fosse...". As empresas neste estágio normalmente precisam avaliar com calma a jornada do cliente – incluindo itens "periféricos" ao seu p...
% detratores 8,33%
% neutros 13,89%
% promotores 77,78%
69,44

IV. Siglas e Definições

FLUIG – Sistema Operacional para registro de dados

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

RUE – Regulação de Urgência e Emergência

V. Anexos

Calculadora NPS (Net Promoter Score)

Planilha de Resultados Fluig / Power BI

VI. Referências

POP OUV 002 – Pesquisa de Opinião

AREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DA OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO.

Proposta de Desenvolvimento das Ações da Ouvidoria Vinculada à Secretariade Saúde (SES) com Pesquisa de Satisfação

Nos serviços de saúde, pode ser percebido entre os profissionais e também entre os usuários que a resolutividade das demandas apresentadas por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam.

O documento-base do "HumanizaSus" para gestores e trabalhadores do SUS traz em seu bojo que a humanização é "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Esta se fixa nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A gestão social como inovação em política pública de saúde e o procedimento a ser aprendido constituem-se em uma nova modalidade de gerenciamento das políticas sociais, que exige modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e participação plural de uma variedade de interlocutores nas decisões e ações envolvidas nas diversas políticas. Assim, a gestão social é defendida como "um conjunto de instrumentos e estratégias para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais".

Nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário.

É necessário identificar alguns procedimentos de gestão social na escuta qualificada de acordo com a PNH, como: ação da escuta e a produção de vínculo como atividade terapêutica; as maneiras de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da ambiência e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e as formas de gestão vigentes na unidade de saúde. Evidencia-se, portanto, que esses achados poderão engendrar, nos profissionais, reflexões que acionem um novo pensar e agir cotidianos.

Os resultados sinalizam também que a sistematização de procedimentos de gestão social na escuta qualificada são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisões em relação à definição de gestão social da clínica, na obtenção de investimentos institucionais,

como capacitação para o setor, no monitoramento da humanização à saúde, na avaliação do impacto dessa gestão e da qualidade dos serviços prestados.

Nesta perspectiva, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, na cogestão do Hospital, propõem a implementação da escuta qualificada pelo colaborador da Ouvidoria ou muitas vezes até pelo Serviço de Assistência Social e demais membros da equipe respaldado pelo acolhimento humanizado. Através do atendimento, poderá ser repassado ao usuário ou familiar o modelo de atenção prestado no serviço, desde a chegada do paciente até sua alta ou encaminhamento a outro serviço.

A Ouvidoria irá propiciar uma comunicação eficaz entre a unidade e seus usuários internos e externos, contribuindo para a melhoria contínua de seus processos e o aprimoramento dos serviços prestados.

A ouvidoria irá trabalhar com dois tipos de público: interno e externo. O público interno são os servidores/empregados da entidade que utiliza, de forma democrática, a ouvidoria como canal para manifestar seus anseios: denunciando, representando, elogiando, criticando ou sugerindo. A ouvidoria permite uma administração participativa.

Público externo: são pessoas ou grupos de pessoas que demandam os serviços oferecidos pela unidade e utilizam a ouvidoria como canal para se manifestarem. Assim, qualquer cidadão, seja interno ou externo, pode apresentar, sem ônus, manifestação à ouvidoria.

A constituição da ouvidoria das unidades será formalizada por ato administrativo do dirigente máximo da instituição. Definindo assim:

- O posicionamento da ouvidoria na estrutura organizacional da instituição;
- As competências da ouvidoria e as atribuições do (a) ouvidor (a), dentre outras: receber, examinar e encaminhar reclamações, sugestões, elogios, informações, denúncias e representações;
- Responder ao interessado acerca das manifestações apresentadas;
- Acompanhar as providências adotadas até a obtenção da solução que o caso requer;
- Sugerir a adoção de medidas visando o aperfeiçoamento na prestação do serviço público;
- Organizar e interpretar as informações colhidas das áreas técnicas sobre assuntos de sua competência;
- Estimular as ações de democracia participativa;

- Apoiar as ações de transparência, tanto na modalidade ativa quanto na passiva.

- O prazo para a área técnica responsável informar a ouvidoria sobre o assunto objeto da manifestação;

- O prazo para a ouvidoria dar resposta final ao cidadão;

- O dever de ampla colaboração dos dirigentes e servidores em prestar, com agilidade, as informações solicitadas pela ouvidoria;

- O apoio logístico do órgão congênere para a adequada estruturação do serviço de ouvidoria;

- A criação de fluxo que envolva a apresentação periódica de relatórios de desempenho e de efetividade da ouvidoria, a serem encaminhados a todos os setores da instituição, além de publicados na Internet.

Proposta Junto a SES:

A Ouvidoria desempenha um papel fundamental na promoção da transparência, da qualidade dos serviços e do fortalecimento do relacionamento entre a Secretaria de Saúde (SES), a Instituição e os usuários dos serviços de saúde.

Atuando ativamente no fortalecimento da comunicação e a interação entre a SES, as Instituições e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando uma espécie de termômetro, em relação aos serviços prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos, por meio do feedback dos usuários, acompanhar a resolução dos problemas relatados pelos usuários, garantindo a transparência e a efetividade das ações tomadas pela Instituição, além de realizar pesquisas de satisfação periódicas para avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços pela Unidade.

O setor de ouvidoria será implementado através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e as avaliações de satisfação dos serviços prestados pela instituição serão coletadas diretamente pelo representante do setor através de busca ativa e abordagem direta para tentativa de resolução imediata dos apontamentos ou resolução dos casos junto às equipes internas a médio prazo, com a garantia de retorno aos solicitantes, observando-se os princípios e diretrizes do SUS, bem como as normas pertinentes às Ouvidorias Públicas do Estado de Goiás

O principal objetivo das tratativas das ouvidorias será acolher as queixas, elogios, sugestões e demais consultas de informações advindas dos usuários dos serviços, que possam contribuir e fortalecer a assistência prestada pela unidade, procedendo com as análises e tratativas pertinentes e resposta aos munícipes.

Além disso, será um canal de comunicação ativo com os usuários, prestando informações sobre o funcionamento da unidade, serviços oferecidos, bem como fluxos internos e da rede municipal.

Os resultados obtidos após avaliação da satisfação, serão discutidos mensalmente junto ao nível gerencial da unidade, com definição de planos de melhoria e encaminhados para a Secretaria de Saúde através das prestações de contas.

Será assegurada a liberdade de realização de pesquisas de satisfação por todos os usuários que manifestem tal desejo de preencher os formulários que ficarão disponíveis para acesso irrestrito de todos e em locais estratégicos da operação (recepções dos pronto socorros, alas de internação e corredores internos principais).

Estruturação da Ouvidoria:

Através de um profissional capacitado e dedicado para atuar na Ouvidoria, com conhecimento em gestão de ouvidorias e habilidades de comunicação e resolução de problemas, será estabelecido um fluxo de trabalho claro e eficiente para o registro, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, registradas pelo sistema oficial de ouvidoria do Sus, vinculado a Ouvidoria Geral do Estado, bem como as Ouvidorias e manifestações de satisfações registradas no SAU da Instituição.

Além de um profissional dedicado a esta demanda, a qualificação adequada para que esse possa lidar com diversos tipos de demandas e oferecer soluções adequadas, e em tempo hábil ágil, cordial e efetiva, fornecendo orientações e encaminhando as demandas aos setores competentes é de extrema importância.

A equipe observará as seguintes e habilidades:

1. Ouvir e compreender: essa competência compreende, por exemplo, escutar com atenção e paciência, prevenir e mediar conflitos, orientar os

cidadãos quanto aos prazos, fluxos e ações desenvolvidas no âmbito da ouvidoria; e verificar se o cidadão demanda cuidados especiais.

2. Reconhecer os cidadãos como sujeitos de direitos: realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela população, da missão e do modo de trabalho das ouvidorias públicas; informar aos cidadãos quais são os órgãos que devem ser acionados, quais são suas responsabilidades e de que forma a resposta pode ser cobrada; realizar atividades educativas; orientar a população quanto aos seus direitos de cidadania.

3. Qualificar as expectativas dos cidadãos de forma adequada: realizar ações de coleta e registro das informações fornecidas pelos cidadãos, conforme critérios estabelecidos pela CGE; consolidar e analisar as informações obtidas por meio do atendimento ao cidadão.

4. Responder aos cidadãos: orientar as áreas técnicas sobre os prazos e as rotinas a serem cumpridas; analisar as informações colhidas; acompanhar as providências adotadas até a obtenção da solução necessária ao caso; encaminhar ao cidadão resposta de qualidade e fácil compreensão

5. Demonstrar os resultados produzidos: participar da elaboração de relatórios de gestão e de diagnóstico dos serviços prestados no âmbito da Ouvidoria; sugerir medidas para o aperfeiçoamento na prestação do serviço público; apoiar ações de transparência e prestação de contas para a Administração Pública e para a sociedade.

Ampliação dos Canais de Comunicação:

A divulgação do canal será feita por meio de cartazes nas recepções, murais, e sítios eletrônicos, incentivando aos usuários a adesão do canal. Através da promoção de campanhas de divulgação com o objetivo de informar os usuários sobre a existência da Ouvidoria e os canais de comunicação disponíveis, será possível mensurar as necessidades, apresentadas nas manifestações, e como consequência promover análise de causa. Além de permitir permite que cada usuário escolha o meio mais conveniente para entrar em contato com a Ouvidoria, garantindo uma maior participação e engajamento dos usuários.

É fundamental garantir que os canais de comunicação estejam acessíveis e visíveis em todas as unidades de saúde, sites, redes sociais e materiais de divulgação do Hospital.

Para que os canais sejam amplamente divulgados, e que sua adesão possa apresentar resultados, será apresentado campanhas de divulgação e orientação sobre os canais de Ouvidoria, visando informar aos usuários sobre a existência desse canal de comunicação e como utilizá-lo adequadamente.

Registro e Tratamento das Manifestações:

Para garantir efetividade, qualidade e celeridade nas resoluções das demandas, bem como devida análise, através de um software de formulário, as manifestações feitas pela SES-GO, serão indexadas, afim de que sejam analisadas, identificada cada uma das situações, encaminhadas aos setores competentes tratadas mediante suas necessidades, e encaminhado retorno ao manifestante, com parecer.

A padronização desse fluxo, sendo um sistema de registro e tratamento das manifestações recebidas pela Ouvidoria, com prazos determinados, irá garantir a correta categorização, encaminhamento e acompanhamento das demandas e comunicação com os usuários durante todo o processo de resolução. Esse sistema permitirá uma gestão eficiente das manifestações, bem como a geração de relatórios periódicos para análise e tomada de decisões.

O recebimento das demandas, e análises iniciais feita por um profissional dedicado, permite um atendimento Personalizado e Resolutivo aos usuários, demonstrando empatia e comprometimento em atender suas demandas, e a integração através de uma ferramenta interna garante a este, o controle de todo o processo.

Ainda, a Lei Federal nº 13.460/2017 garante ao usuário de serviços públicos o direito de manifestar-se verbalmente, representando o maior percentual de meios de registros de Ouvidoria no Estado. Portanto, será destinado um espaço físico que acolha os manifestantes respeitando as normas de acessibilidade, próximo à porta de entrada do Hospital, devidamente sinalizado. Segundo o Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS no atendimento presencial:

- Espaço físico determinado;
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade do cidadão;
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados);

- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço;
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet;
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Será oferecido o atendimento presencial e telefônico, sendo o profissional responsável pelo registro da manifestação no sistema de ouvidoria, inclusive pelo monitoramento e registro de manifestações recebidas por meio de outros meios, tais como e-mail, carta ou ofício.

Será feito o tratamento, a classificação da demanda, monitoramento da tramitação (quanto à qualidade da resposta e contagem de prazos) por meio de um software, integrado que permite o registro e a transcrição das demandas, feito envio da resposta, além do monitoramento de reativações em virtude de resposta insatisfatória ou negativas de acesso à informação.

Através da distribuição de demandas, gerencia a distribuição das respostas ao cidadão, poderá produzir relatórios, atualizar e controlas os prazos, promover participação dos setores, e amplo entendimento da situação, e dirigir quando necessário aos indicados para resposta.

Conforme as competências descritas no decreto estadual 9.270/2018, caberá à Ouvidoria instalada na Unidade:

1.. Promover e atuar diretamente na defesa dos direitos dos usuários de serviços públicos, nos termos da Lei federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017;

2.. Receber, analisar e responder todas as manifestações que lhes forem encaminhadas;

3.. Receber, analisar e encaminhar os pedidos de acesso à informação de que trata a Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013;

4.. Processar informações obtidas por meio das manifestações recebidas e das pesquisas de satisfação realizadas com a finalidade de subsidiar as ações de governo;

5.. Exercer articulação permanente com outras instâncias e mecanismos de participação e controle social;

6.. Produzir e analisar dados e informações sobre as atividades de ouvidoria realizadas, bem como propor e monitorar a adoção de medidas para a correção e prevenção de falhas e omissões na prestação de serviços públicos, caso necessário;

8.. Atuar em conjunto com os demais canais de comunicação com o usuário de serviços públicos, orientando os seus agentes acerca do tratamento relacionado a manifestações apresentadas pelos usuários;

9.. Executar ações de mediação e conciliação, bem como adotar outras medidas para a solução pacífica de conflitos entre servidores, cidadãos, usuários de serviços, órgãos e entidades referidos no §1º do art. 1º deste Decreto, com a finalidade de ampliar a resolutividade das manifestações recebidas e melhoria da efetividade das atividades.

É direito do cidadão receber um bom atendimento quando procura a administração pública. Ao buscar a ouvidoria, muito provavelmente, o manifestante já esgotou outras formas de relacionamento com o órgão público. Por isso, a interação com a ouvidoria precisa ser acolhedora e eficaz.

Uma conduta cortês, empática e respeitosa contribui na condução de um atendimento satisfatório. Atender no prazo e prestar a informação simples, clara, correta e suficiente também proporcionam uma melhor interação entre o poder público e a sociedade. Essas diretrizes estão elencadas na Lei Federal 13.460/2017, mas é possível prever um conjunto de atos para a condução de um bom atendimento:

1. Garantir ambiente adequado para a recepção da manifestação. Seja presencial ou outro meio de comunicação, o manifestante merece toda atenção e garantia de privacidade.

2. Perguntar o nome do manifestante, se apresente como colaborador disponível da Instituição, e se colocar à disposição para ouvir sua demanda.

3. Manter atualizado e capacitado quanto às normas, atividades e ações do Hospital para prestar a melhor informação no menor prazo possível.

4. Responda de forma clara e objetiva à manifestação. Caso não seja possível entregar a informação ou a solução da demanda imediatamente, explicar que a manifestação seguirá para conhecimento da área técnica e informe que este fluxo poderá ser acompanhado via sistema pelo manifestante.

5. Colocar-se à disposição, demonstre que a participação social no órgão é sempre bem-vinda e informe que as manifestações são consolidadas em relatório entregue à Direção da Unidade para orientar melhorias na gestão.

A legislação garante a possibilidade de comunicação por diversos dispositivos. Se o usuário optar pela ouvidoria, poderá acessá-la por diferentes meios, conforme descreve o Manual de Ouvidorias da OGU:

Formulário eletrônico: O meio mais utilizado pelo usuário da rede de ouvidorias de Goiás. Por meio de acesso à página do sistema e ouvidoria na internet, o cidadão escolhe o tipo de comunicação que deseja registrar, seleciona o órgão ao qual pretende enviar a mensagem e o assunto a que se refere. Após essa etapa, abrem-se campos obrigatórios: descrição dos atos ou fatos e especificação do local do fato. O sistema garante a possibilidade de envio de arquivo por anexo.

E-mail: Para garantir a oportunidade de acesso via e-mail, a ouvidoria deve divulgar o endereço eletrônico no site ou locais de visibilidade pública.

Formulário impresso: A ouvidoria imprime um formulário com campos pré-definidos para que o cidadão preencha.

Carta-ofício: O cidadão escreve livremente a sua mensagem e envia para a ouvidoria por meio dos serviços postais. Para viabilizar essa forma de comunicação, a ouvidoria precisa apenas divulgar seu endereço no site institucional.

Telefone: A Superintendência de Participação e Controle Social da CGE disponibiliza um serviço de atendimento por telefone (162), mas nada impede que as ouvidorias setoriais possam atender utilizando linhas telefônicas do órgão em que atuam.

Presencialmente: Em geral ocorre nas dependências do próprio órgão ou entidade, preferencialmente em espaço especificamente designado para essa finalidade, de forma a assegurar privacidade ao cidadão, e com a acessibilidade necessária.

Em todo caso, sempre que ouvidoria receba a manifestação por e-mail, formulário impresso, carta/ofício, telefone ou presencial, deve realizar imediatamente o registro no sistema da Instituição, formulário para registro de ouvidorias da Instituição, e dar seguimento conforme protocolo padrão.

Ao receber a manifestação, seja ela feita presencialmente, seja através da Ouvidoria SES-GO, o colaborador deverá observar a classificação da seguinte forma:

- Sugestão: Proposição de ideia ou formulação de proposta de aprimoramento de políticas e serviços prestados pela Administração Pública federal.
- Elogio: Demonstração, reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou atendimento recebido.
- Solicitação: Requerimento de adoção de providência por parte da Administração. Deve conter, necessariamente, um requerimento de atendimento ou serviço, podendo se referir a uma solicitação material ou não.
- Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa a serviço público.
- Denúncia: Comunicação de prática de ato ilícito cuja solução dependa da atuação de órgão de controle interno ou externo.
- Informação: demanda que tenha por objeto um dado ou informação.

É importante também garantir que o desenho institucional da ouvidoria possibilite ao ouvidor capacidade para ser um interlocutor do interesse público dentro do Hospital. Ou seja, a ouvidoria precisa se situar no organograma da instituição como unidade estratégica e ser dotada de apoio e respaldo para encaminhar recomendações que de fato sejam ouvidas pela gestão.

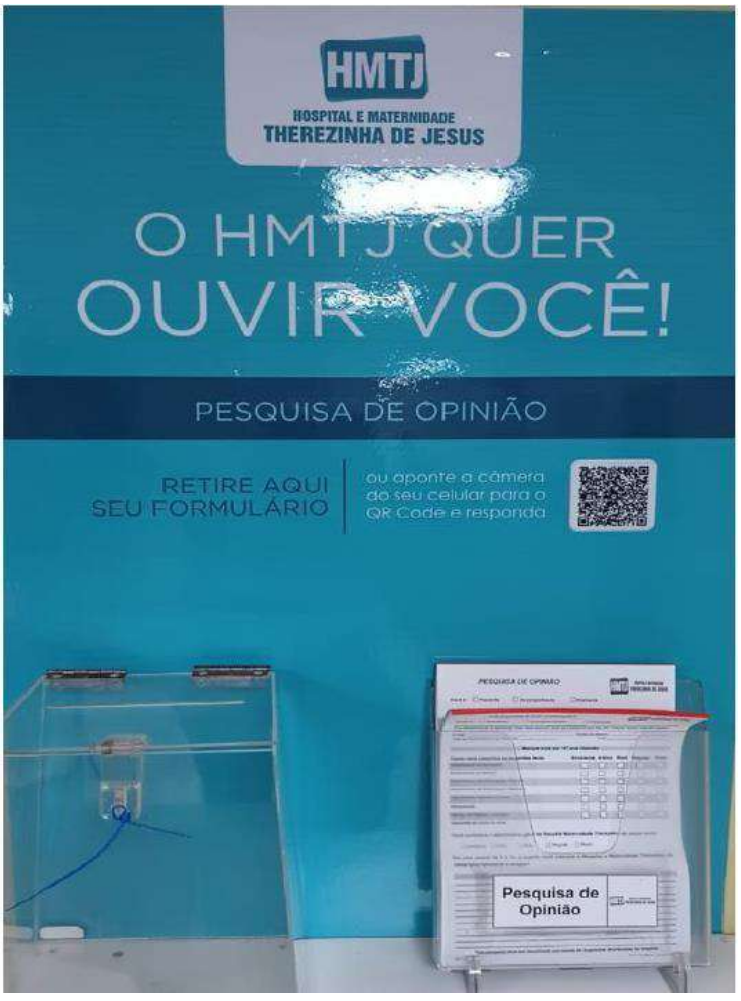
Esse trabalho será ser mais eficiente, uma vez que existirá um formulário eletrônico disponível para que o colaborador tramite a demanda, absorvendo dos seus mecanismos para a mensuração dos indicadores relacionados à atividade, tais como a organização de tarefas, etapas e responsabilidades específicas de cada profissional que trabalha na unidade.

Por meio do mapeamento de processos, é possível identificar situações que prejudicam o alcance dos objetivos da ouvidoria, reduzir fluxos e identificar possibilidades de melhorias. A ouvidoria do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) publicou em 2016 um Manual de Processos. O documento detalha os fluxos dos processos que ocorrem na ouvidoria e identifica a que objetivo estratégico a Ouvidoria está alinhada.

FORMULÁRIO PARA PESQUISA

Como forma de padronizar a coleta de informações e avaliar a satisfação dos usuários, será mantida a utilização do formulário de pesquisa, conforme modelo abaixo já utilizado em outras unidades sob gestão do HMTJ, inclusive em sua matriz.

Este modelo poderá sofrer alterações, caso seja de interesse da Secretaria de Saúde incluir ou excluir alguma informação que julgue pertinente. Os formulários serão utilizados para a realização das pesquisas por busca ativa e para as pesquisas receptivas, estando disponíveis em urnas dispostas nos pontos estratégicos supracitado



Este modelo poderá sofrer alterações, caso seja de interesse da Secretaria de Saúde incluir ou excluir alguma informação que julgue pertinente. Os formulários serão utilizados para a realização das pesquisas por busca ativa e para as pesquisas

receptivas, estando disponíveis em urnas dispostas nos pontos estratégicos supracitados.

O modelo proposto visa avaliar com base em conceitos que vão de ruim a excelente os serviços que os munícipes tenham utilizado, pensando em toda a trajetória percorrida durante a permanência na unidade, quando da busca por atendimento, visitas ou informações.

Serão avaliados os serviços:

- Portaria,
- Recepção,
- Classificação de risco,
- Os serviços prestados pelos profissionais (médicos, enfermagem e outras categorias),
- Higiene, limpeza e conforto das instalações,

Trazendo uma visão abrangente e sistêmica da qualidade dos serviços prestados.

Neste formulário também há campo destinado ao detalhamento da manifestação, bem como uma avaliação global do serviço, classificando-o nos conceitos supracitados.

Os conceitos utilizados, tem o objetivo de facilitar a compreensão da percepção do munícipe quanto a qualidade do serviço, trazendo de maneira simples e rápida, uma forma de classificá-lo.

A avaliação da satisfação dos usuários, será realizada através da aplicação das pesquisas de satisfação, conforme modelo apresentado no tópico anterior.

Os critérios adotados para a realização da pesquisa são abrangentes, visando obter um nível confiável e diversificado da opinião sobre a qualidade do serviço prestado:

ANÁLISE DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

Todas as manifestações serão devidamente registradas, analisadas quanto as causas e fatores contribuintes, tratadas e, quando procedente, informadas ao usuário, quanto à sua conclusão.

Assim que o usuário buscar o serviço de ouvidoria para realizar alguma queixa, o profissional do setor, acolherá o usuário, buscando entender sua

necessidade e questionamento, averiguará o ocorrido, junto aos profissionais dos setores pertinentes ao apontamento e buscará a resolução do problema ou orientação ao usuário sobre a manifestação

Nos casos em que não seja possível a resolução imediata, o profissional solicitará ao usuário que registre a queixa em formulário específico para posterior análise e tratativa. Após o registro da queixa, o formulário será encaminhado para a área administrativa e/ou de enfermagem/médica, que serão responsáveis por buscar as causas que levaram à queixa, definir plano de ação para evitar a reincidência de novas queixas e implementar as medidas planejadas.

Em casos de elogio e/ou sugestão, o registro também será realizado no formulário e encaminhado para as áreas citadas tomarem ciência e divulgarem às equipes para analisarem à pertinência das sugestões.

As queixas de âmbito administrativo terão um prazo de até 72 horas para serem analisadas e tratadas. Já as queixas de âmbito técnico-assistencial, terão um prazo de até 48 horas para serem analisadas e tratadas.

As queixas, que evidenciem risco para a segurança do paciente deverão ser tratadas imediatamente, buscando a rápida resolução do problema e minimização do risco. Os usuários deverão ser informados quanto ao desfecho da análise e tratativa da queixa.

TABULAÇÃO DOS DADOS E INDICADORES

A realização da compilação das pesquisas, tabulação e geração dos indicadores, será realizada conforme modelo de planilha abaixo, onde serão atribuídos pesos para cada conceito atribuído, calculados os pontos possíveis e obtidos e verificado o índice de satisfação. O conceito "Ótimo" terá peso 10; o conceito "Bom", peso 7; o conceito "Regular", terá peso 3 e o conceito "Ruim" atribuirá peso 0 na avaliação

Mês / Ano

Nota / Peso	10	7	3	0				
Serviço Avaliado	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	Total de respostas	Total de pontos possíveis	Total de pontos obtidos	Índice de Satisfação
PORTARIA	238	87	5	5	335	3350	3004	89,67%
RECEPÇÃO	221	101	4	9	335	3350	2929	87,43%
TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	194	92	32	17	335	3350	2680	80,00%
MÉDICO - CLÍNICO GERAL								#DIV/0!
MÉDICO – PEDIATRA								#DIV/0!
RAIOS-X								#DIV/0!
SALA DE MEDICAÇÃO								#DIV/0!
SALA DE INALAÇÃO / HIDRATAÇÃO								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO MASCULINA								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO FEMININA								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA								#DIV/0!
SERVIÇO SOCIAL								#DIV/0!
HIGIENE E LIMPEZA								#DIV/0!
CONFORTO DAS INSTALAÇÕES								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DO MÉDICO								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DA ENFERMAGEM								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DA RECEPÇÃO								#DIV/0!
INFORMAÇÕES PRESTADAS								#DIV/0!
TOTAL	653	280	41	31	1005	10050	8613	85,70%
								Índice de Satisfação

Portanto, a tabulação das pesquisas de satisfação, terá como resultado 2 (dois) indicadores:

• **Índice de Satisfação do Usuário** – obtido através do cálculo dos conceitos obtidos e respectivos pesos atribuídos, conforme demonstração no modelo de planilha acima e proporcionando uma avaliação mais direcionada para os serviços que, eventualmente, apresentem maior criticidade; e

• **Taxa de Satisfação Positiva ("Ótimo" e "Bom")** – obtido através do percentual de pesquisas respondidas com avaliação global igual a ótimo e/ou bom.

RECURSOS HUMANOS:

Para serviço de ouvidoria: O processo será realizado por colaboradores próprios, admitidos conforme CLT e em quantidade suficiente para realização do processo de ouvidoria, de acordo com as necessidades internas.

Para esta Organização Social é de extrema importância mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na empresa têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas. Orientar a priorização das ações de melhoria pós-pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos visando o melhoramento contínuo das condições laborais e consequente melhoria do atendimento à população;

ATENDIMENTO: PROPOSTA DE FORMAS DE ACOLHIMENTO PARA OS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES DURANTE O PERÍODO DE ATENDIMENTO NA UNIDADE, ESPECIALMENTE QUANDO RESIDENTES EM LOCALIDADE DIVERSA, ASSIM COMO PARA OS COLABORADORES.

1. Proposta de acolhimento para a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Deve-se haver uma preocupação com o acolhimento dos pacientes, acompanhantes e visitantes que buscam atendimento na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, considerando a criticidade do ambiente de saúde, da atenção secundária, no que tange ao nível de atendimento.

Compreende-se que esta unidade atende cerca de 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II. Cada uma dessas regiões soma distintos municípios em territórios distantes da cidade de Formosa, onde está localizada a Policlínica.

Por isso, é notória a preocupação do Organização Social de Saúde - HMTJ com as pessoas que ficam por algum período de tempo na unidade, seja para consulta, exames, procedimentos, para acompanhamento ou visita institucional de qualquer tipo. Nossa instituição está comprometida em oferecer um atendimento de excelência, priorizando a humanização e a qualidade em todos os seus processos. Desde a porta de entrada, buscamos oferecer um acolhimento caloroso e respeitoso, garantindo que cada usuário se sinta valorizado e bem cuidado.

O acolhimento humanizado, realizado pelos profissionais, visa identificar as necessidades de saúde dos usuários e suas famílias, oferecendo orientação e encaminhamentos adequados. A escuta qualificada permite a construção de um vínculo de confiança e a elaboração de um plano de cuidado individualizado. Todos os profissionais da policlínica devem ser capacitados para acolher e acompanhar os usuários em todas as etapas do processo, garantindo a continuidade do cuidado e a resolutividade dos problemas. A atualização constante dos protocolos e a capacitação contínua da equipe visam o melhor atendimento aos usuários que buscam assistência na unidade.

Em situações de urgência ou emergência, a equipe deve manter a calma e coletar o máximo de informações possíveis do paciente e seus acompanhantes. O acolhimento humanizado e a busca por entender a causa da agitação são fundamentais para a resolução da situação. Pacientes agressivos devem ser conduzidos para um ambiente mais reservado, onde possam ser ouvidos com atenção e respeito. A equipe deve estar preparada para lidar com diferentes tipos de reações, buscando sempre a redução do conflito. A responsabilidade pelo paciente deve ser compartilhada por toda a equipe, garantindo a continuidade do cuidado mesmo em casos de encaminhamento para outros serviços.

2. Acolhimento Humanizado:

A humanização no trabalho em saúde beneficia tanto profissionais quanto usuários. Ao reconhecer a importância de cada indivíduo e promover o diálogo, a humanização cria um ambiente mais acolhedor e eficiente. Para os profissionais, isso significa valorização e reconhecimento; para os usuários, significa um atendimento mais humano e de qualidade.

O processo de Acolhimento é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

2.1 Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta a todos usuários que procuram a recepção, orientando-os e direcionando-os para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, encaminhamentos realizados na unidade.
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

2.2 Técnico de Enfermagem (Acolhimento):

- Acolhimento e Preparo: Receber e acomodar o paciente e acompanhante, garantindo o conforto e a segurança do usuário.
- Avaliação Inicial: Realizar a aferição dos sinais vitais e identificar qualquer alteração que necessite de atenção imediata.
- Direcionamento: Encaminhar o paciente para o atendimento médico conforme consulta previamente agendada e ou para a realização de exames;
- Orientação: Fornecer informações claras e precisas sobre os procedimentos e próximos passos.
- Vigilância: Monitorar o estado de saúde do paciente durante o período de espera e comunicar qualquer intercorrência à equipe.
- Encaminhamentos Específicos: Direcionar o paciente para os serviços de Psicologia ou Serviço Social, quando necessário.

2.3 Enfermeiro:

- Acolhimento e Orientação: Acolher os pacientes e acompanhantes, fornecendo informações claras sobre o fluxo de atendimento e o tempo de espera.
- Registro e Documentação: Registrar os dados da classificação nas fichas de atendimento, garantindo a precisão e a rastreabilidade das informações.
- Coordenação da Equipe: Supervisionar o trabalho do técnico de enfermagem, orientando-os sobre os procedimentos e as rotinas da unidade.
- Comunicação Interprofissional: Integrar-se com a equipe multiprofissional, buscando soluções eficazes para as demandas dos pacientes.
- Gestão de Ocorrências: Registrar as ocorrências do setor, identificando e solucionando problemas.

2.4 Serviço Social:

- Articulação em Rede: Estabelecer e manter parcerias com os serviços da rede de saúde e assistência social, garantindo a continuidade do cuidado.
- Análise da Demanda: Analisar as demandas dos usuários, identificando suas necessidades sociais e articulando os recursos disponíveis para atendê-las.

2.5 Serviço de Vigilância:

- Proteção de Pessoas e Bens: Garantir a segurança dos profissionais, pacientes e visitantes, bem como do patrimônio físico da unidade.
- Monitoramento Contínuo: Realizar rondas e monitoramento constante das áreas sob sua responsabilidade, identificando e prevenindo possíveis riscos.

- Integração com a Equipe: Colaborar com a equipe multiprofissional, informando sobre situações que possam comprometer a segurança da unidade.

2.6 Coordenação Médica e de Enfermagem:

- Garantia da Qualidade: Implementar e monitorar ações que visem à melhoria contínua da qualidade e segurança da assistência.
- Centralidade no Paciente: Promover uma cultura centrada no paciente, garantindo que suas necessidades e expectativas sejam atendidas.
- Gestão de Pessoas: Desenvolver e motivar a equipe, proporcionando um ambiente de trabalho colaborativo e seguro.
- Capacitação da Equipe: Oferecer oportunidades de capacitação e desenvolvimento profissional, visando a atualização dos conhecimentos e habilidades da equipe.

2.7 Atribuições Comuns a Toda Equipe:

- Acolhimento: Receber os pacientes com cordialidade, respeito e empatia, proporcionando um ambiente acolhedor e seguro.
- Comunicação Eficaz: Comunicar-se de forma clara, objetiva e respeitosa com os pacientes, familiares e demais membros da equipe, utilizando linguagem acessível e evitando jargões técnicos.
- Orientação: Oferecer informações claras e completas sobre os procedimentos, tratamentos e cuidados necessários, esclarecendo dúvidas e incentivando a participação ativa do paciente no seu processo de saúde.
- Trabalho em Equipe: Colaborar com os demais membros da equipe, promovendo a troca de informações e a construção de um ambiente de trabalho colaborativo e positivo.
- Foco no Paciente: Manter o foco nas necessidades e expectativas dos pacientes, buscando sempre oferecer o melhor atendimento possível.
- Respeito à Diversidade: Respeitar a diversidade cultural, religiosa e social dos pacientes, garantindo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.
- Confidencialidade: Garantir a confidencialidade das informações dos pacientes, respeitando o Código de Ética profissional.
- Melhoria Contínua: Participar ativamente das ações de melhoria contínua, buscando sempre aprimorar os processos e a qualidade do atendimento.

3. Acolhimento do usuário/familiares na porta de entrada Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Para oferecer um atendimento humanizado e ágil, a recepção dos pacientes segue os seguintes passos:

- Entrega de senha na portaria/ guarita da unidade como mecanismo de redução de filas internas e definição de prioridade no atendimento interno;
- Registro de entrada na unidade por meio do sistema MV Portaria.;
- Identificação dos pacientes e acompanhantes com etiqueta adesiva alto colante. Direito à acompanhante conforme legislações vigentes (Lei nº 13.466/2017, Lei nº 14.626/2023 e Lei nº 14.737/2023);

- Redirecionamento para as recepções responsáveis pelo atendimento do paciente conforme agendamento prévio, seja, consultas médicas ou multiprofissionais, exames e / ou procedimentos;
- Cadastro e identificação do paciente no Prontuário Eletrônico. Identificação com pulseira com dados do paciente (Nome/nome social, data de nascimento e nome da mãe);
- Acolhimento individualizado pela equipe de enfermagem para aferição de sinais vitais e classificação de risco (queda e/ou alergia medicamentosa);
- Após a realização do exame, o paciente será acompanhado até a sala de espera, onde poderá aguardar seu acompanhante para receber alta e as orientações sobre a retirada do resultado. Pacientes que realizarem exames como colonoscopia ou endoscopia serão encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica para monitoramento e, em seguida, receberão alta após melhora e solicitação da presença do acompanhante.

4. Adequação da ambiência na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

A Organização Social de Saúde – HMTJ busca constantemente aprimorar a qualidade dos seus serviços. Com foco na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, a instituição visa a adequação da ambiência. As melhorias, que seguem as orientações do Ministério da Saúde, visam otimizar os processos de trabalho e oferecer um ambiente mais adequado para a realização de exames e consultas, garantindo um atendimento mais eficiente e seguro aos pacientes. Para garantir um ambiente acolhedor e eficiente, a policlínica deve:

- Espaços flexíveis: Criar áreas que permitam o acolhimento tanto do paciente quanto de seus acompanhantes, garantindo espaço para as crianças se divertirem enquanto aguardam por atendimento.
- Fluxo otimizado: Localizar a sala de atendimento próximo à equipe de acolhimento, facilitando a comunicação e a monitoração dos usuários.
- Conforto na espera: Oferecer salas de espera com número adequado de cadeiras, em ambiente agradável e tranquilo, especialmente para grupos de prioridade.
- Atendimento humanizado: Garantir bancadas baixas e acessíveis, sem barreiras, para facilitar a comunicação com os usuários.
- Serviços adicionais: Disponibilizar bebedouros, Máquina de Café, Biscoitos, TVs para maior comodidade.
- Conforto ambiental: Controlar a iluminação, temperatura e ruídos para criar um ambiente agradável e relaxante.
- Sinalização clara: Utilizar um sistema de sinalização visual intuitivo e acessível para orientar os usuários.
- Acessibilidade: Atender aos requisitos da NBR 9050 para garantir a acessibilidade de todos os usuários.

5. Orientações Gerais aos Acompanhantes

Para garantir um ambiente tranquilo e seguro para todos, solicitamos aos acompanhantes que:

- Estejam presentes: Permaneçam junto ao paciente, oferecendo apoio e conforto.

- Identificação: Utilize a identificação fornecida pela instituição para facilitar a comunicação.
- Higiene: Contribua para manter o ambiente limpo e organizado.
- Orientações: Siga as instruções da equipe de saúde para garantir a segurança de todos.
- Comunicação: Informe imediatamente qualquer mudança no estado de saúde do paciente à equipe.
- Prevenção: Lave as mãos regularmente para evitar a disseminação de infecções.
- Espaços: Utilize apenas as cadeiras destinadas aos acompanhantes.
- Tranquilidade: Evite situações que possam gerar ansiedade ou preocupação ao paciente.
- Respeito: Desligue o celular durante os procedimentos e exames.
- Segurança: Utilize sapatos fechados para sua própria segurança e a de outros.

É proibido:

- Uso de celular: Utilizar o celular em áreas restritas ou durante procedimentos.
- Fumar: Fumar em qualquer área da policlínica.
- Trânsito livre: Circular por áreas restritas da policlínica.
- Registro visual: Filmar ou fotografar sem autorização.

5.1 Direitos e Deveres dos Acompanhantes

Para garantir um atendimento de qualidade e humanizado, os familiares têm o direito de:

- Respeito: Ser tratados com cortesia e respeito por todos os profissionais de saúde, sem distinção.
- Identificação: Conhecer a identidade do profissional que está prestando o atendimento através do crachá.
- Informação clara: Receber explicações claras e completas sobre o diagnóstico e o tratamento do paciente.
- Orientação: Ser orientados sobre os cuidados a serem tomados após a alta do paciente, com instruções escritas e claras.

Para garantir um atendimento seguro e eficaz, solicitamos aos pacientes e seus responsáveis que:

- Informações completas: Forneçam todas as informações relevantes sobre a saúde do paciente, como histórico médico, alergias e medicamentos em uso.
- Medicamentos: Utilizem apenas os medicamentos prescritos pelo médico.
- Compreensão: Confirmem que entenderam as orientações médicas e tirem todas as dúvidas.
- Comunicação: Informe imediatamente qualquer mudança no estado de saúde do paciente.
- Representação: Indique um responsável para tomar decisões em seu nome, caso necessário.
- Documentação: Mantenham os documentos pessoais e resultados de exames atualizados.
- Autorização: Apresentem toda a documentação necessária para o atendimento.

- Respeito: Contribuam para um ambiente tranquilo e seguro, seguindo as regras da instituição.

5.2 Direitos e Deveres dos Pacientes

Direitos do Paciente:

- Atendimento humanizado: Ter direito a um atendimento respeitoso, atencioso e sem qualquer tipo de discriminação.
- Identificação: Ser identificado pelo nome e não por códigos ou apelidos.
- Transparência: Conhecer a identidade do profissional que o atende através do crachá.
- Informação clara: Receber informações claras e completas sobre o diagnóstico, tratamentos, riscos e benefícios, em linguagem acessível.
- Consentimento informado: Concordar livremente com os procedimentos, após receber todas as informações necessárias.
- Conforto: Ter suas necessidades básicas atendidas e receber auxílio para seu conforto.
- Segurança: Ter direito a um ambiente seguro e livre de infecções.
- Privacidade: Ter sua privacidade e confidencialidade respeitadas em todos os momentos.
- Informação sobre medicamentos: Ser informado sobre os medicamentos que serão utilizados.
- Orientação: Receber orientações claras sobre como cuidar da sua saúde após o tratamento.
- Autonomia: Ter o direito de recusar qualquer tratamento, desde que seja devidamente informado sobre os riscos.
- Representação: Ter um representante legal para tomar decisões em seu nome, caso necessário.
- Autonomia do adolescente: O adolescente tem direito à privacidade e confidencialidade em seu atendimento, exceto em casos de risco.
- Acesso à informação: Ter acesso a informações sobre seus direitos e canais de comunicação para tirar dúvidas e fazer reclamações.

Deveres do Paciente: Informações completas: Forneçam todas as informações sobre seu histórico de saúde para que o exame seja realizado da forma mais adequada.

- Medicamentos: Utilizem apenas os medicamentos prescritos pelo médico responsável pelo exame.
- Compreensão: Confirmem que entenderam as instruções para a realização do exame.
- Comunicação: Informe qualquer alteração em seu estado de saúde durante o exame.
- Responsabilidade: Assumam a responsabilidade por suas decisões relacionadas ao tratamento.
- Representação: Indique um responsável para tomar decisões em seu nome, caso necessário.
- Documentação: Mantenham seus documentos pessoais e resultados de exames atualizados.
- Autorização: Apresentem toda a documentação necessária para a realização do exame.
- Respeito: Contribuam para um ambiente tranquilo e seguro, seguindo as regras da instituição.
- Cortesia: Tratem a todos com respeito e educação.

ÁREA DA QUALIDADE SUBJETIVA

ATENDIMENTO

Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

Título: Plano para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

I. Objetivo

Elaborar mecanismos de registros, salienta-se que a unidade corresponde uma contra-referência da atenção primária em disponibilização de exames complementares e consultas especializadas seguindo os protocolos de regulação do acesso da Atenção Primária para Atenção Especializada (AE) que contitui estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, dando os seguimentos em relação aos níveis de atenção em saúde do SUS.

II. Introdução

As transições epidemiológicas e demográficas, aliadas ao intenso processo de globalização, urbanização e hábitos de vidas não saudáveis, desencadeiam demandas a serem enfrentadas pelos serviços de saúde que são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).

Quando analisamos os dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) observamos algo estimado de com cerca de 38 milhões de mortes anuais por esses agravos, com maiores taxas nos países em desenvolvimento. No Brasil esse número corresponde a 72% das causas de mortes.

No ano de 2011-2022, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT objetivando elaborar e implementar políticas públicas efetivas e integradas, a fim de prevenir e controlar estas comorbidades e seus fatores de risco. Soma-se a isso a criação da Portaria nº 483, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. As Doenças Crônicas e as DCNTs demandam ações conjuntas da Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde com o objetivo de acompanhar o usuário neste caminhar na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para que seja atingida a integralidade do cuidado.

Sendo estas, organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si que ofertam atenção contínua, integral e humanizada para determinada população, sendo coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), em articulação com a Atenção Secundária e Terciária. Os pontos de Atenção Terciária são mais densos tecnologicamente quando comparados aos da Atenção Secundária; contudo, não há entre eles relação de subordinação, já que todos são igualmente importantes para o alcance de objetivos da RAS.

Para a efetividade do trabalho na RAS, é necessário que os trabalhadores se responsabilizem pela continuidade da assistência ao usuário e que os processos de trabalho, isto é, o modo como cada profissional atua, estejam organizados. O processo de trabalho é a chave da questão, pois é por meio dele que se promove o cuidado aos usuários.

Para tanto, é necessário que os serviços dos diferentes níveis de atenção (APS, secundária e terciária) estejam interligados ou busquem mecanismos de ligação fazendo com que se efetivem os processos de referência e contrarreferência. Buscando medidas as quais auxiliariam a análise dos processos de referência e contrarreferência entre os profissionais da saúde de acordo com a realiade de cada serviço de saúde conforme a regionalização dos cuidados aos usuários que buscam o serviço de saúde.

II. Metodologia

Primeiramente necessário fazer o levantamento do perfil de atendimento na Unidade a fim de identificar os usuários que buscam o serviço e os que são regulados pela SES bem como os trabalhadores que prestaram atendimento e as ofertas de procedimentos, consultas e exames por especialidades.

O Protocolo Clínico Estadual de Regulação do Acesso Ambulatorial visa estabelecer a gestão das listas de espera por serviços ambulatoriais especializados, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Primária, dando qualificação às ações do médico regulador e, consequentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços de média e alta complexidade.

No encaminhamento para a da unidade, identificava-se a UBS/ESF à qual o usuário pertencia, realizando-se o contato telefônico com o objetivo de agendar um horário para a identificação dos trabalhadores atuantes no setor.

A contribuição da unidade (Policlínica) se faz através da contrareferência dos pacientes ao sistema primário após os resultados obtidos dos exames complementares realizados e ou avaliação clínica especializada realizada, seguindo os critérios de prioridades , visando a a garantia aos usuários, das diretrizes e dos princípios da equidade, universalidade e integralidade às ações a aos serviços de saúde preconizados pelo SUS. Reitera-se então que este protocolo clínico de regulação apenas orienta o fluxo para acesso aos serviços de Atenção Especializada, não tendo a pretensão de ser um protocolo de manejo clínico.

Os profissionais de saúde envolvidos nos encaminhamentos e regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada (AE), devem ser capacitados com o intuito de utilizarem os protocolos de regulação, de forma efetiva, ética, imparcial e responsável.

Dos instrumentos para encaminhamento à Atenção Especializada (AE):

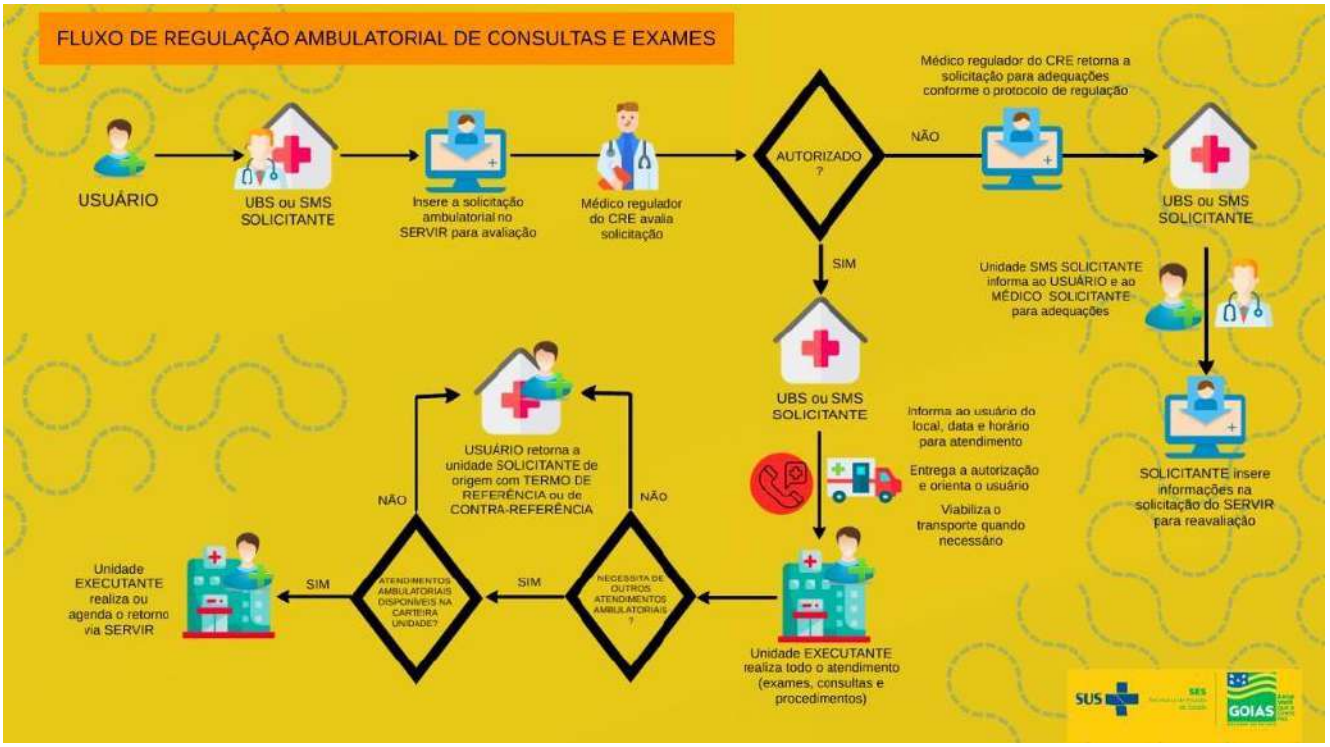
O médico especialista deverá ser visto como um interconsultor, em casos de difícil condução ou que necessite um parecer especializado, mas o usuário deverá sempre retornar à APS para seguimento e acompanhamento de seu cuidado, não devendo permanecer vinculado à Atenção Secundária.

O acesso a estas consultas e exames especializados deverá ser embasado no formulário de encaminhamento de referência e contra referência, constando sempre a história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados e o CID10 (classificação internacional de doenças) coerente com a necessidade, pois este é um dado indispensável para a orientação da Regulação na priorização de casos. Além de orientar o médico especialista e evitar a repetição de exames, como acontece hoje, quando o usuário chega ao especialista sem nenhum direcionamento e muitas vezes não sabendo contar sua história, de porte de apenas um encaminhamento com o nome da especialidade, em papel comum de receituário com caligrafia ruim, de difícil compreensão e muitas vezes até sem data. Entende-se por referência o encaminhamento de um paciente da atenção primária para um serviço de maior

complexidade, quando ele necessita de um atendimento mais especializado. A contrarreferência ocorre quando o paciente é encaminhado de volta ao nível de atenção primária, na unidade de sua origem para que a continuidade do atendimento seja viabilizada na APS.

No âmbito do Estado de Goiás, o Formulário de Referência Clínica para utilização dos profissionais de saúde da APS sempre que houver necessidade de encaminhamento para algum serviço de AE para consulta clínica, bem como adota-se o Formulário de Referência Cirúrgica para a utilização dos profissionais de saúde da APS ou da AE sempre que houver necessidade de encaminhamento para algum serviços de AE para consulta de avaliação cirúrgica.

Fluxo:



CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

O processo de regulação das consultas especializadas e exames complementares da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás se dará através do Sistema Estadual de Regulação Ambulatorial, cuja base está implantada na Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, seguindo os critérios descritos na Política de Regulação e demais normas que regem o atendimento equânime descritos na Constituição Federal e Lei 8.08090. A prioridade da regulação foi estabelecida baseada em Classificação de Risco que tem como

parâmetros a História da Doença Atual (HDA), o CID-10 informados na ficha de solicitação e os exames de diagnósticos anexos,como demonstrado abaixo:

P0 =Emergência (necessidade de atendimento imediato).

P1= Urgência (necessidade de atendimento o mais rápido possível)

P2= Prioridade não urgente.

P3= Atendimento eletivo

Fica estabelecido que P1 tem prioridade maior em relação a P2 e P2 tem priorização maior que P3. P0 será orientado a recorrer ao serviço de Pronto Atendimento mais próximo da residência do paciente por se tratar de urgência/emergência. Considerando que o ato do médico regulador está condicionado às informações declaradas pelo SOLICITANTE na ficha, caso o médico regulador entenda que as informações não estão completas ou necessite de mais esclarecimentos, deverá solicitar a complementação de informações ou esclarecimentos, via adendo. O regulador fica autorizado a negar com justificativa caso o solicitante não responda em até 07 dias úteis a partir da data de inserção do adendo.

Para estabelecimento de como se tratar das contra-referências dos usuários atendidos na Policlínica para à Atenção Básica, faz-se necessário conhecimento do fluxo de atendimento, dos mecanismos de classificação de critérios de prioridades do complexo regulador do Estado, conforme descrito acima.

I. Objetivos

A Gestão do Cuidado envolve o processo de planejar, avaliar, implantar e monitorar os direcionamentos do cuidado, diante das necessidades dos usuários elegíveis às linhas prioritárias de cuidado (Cardiometabólicos - Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade; Gestantes e Bebê de alto risco), que necessitam de tratamentos específicos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, bem como na rede socioassistencial de seu município. Tendo como objetivo assegurar uma atenção de qualidade, humanizada, com resolutividade e que atenda de forma integral o usuário, articulando para que o mesmo receba toda a assistência indicada no plano terapêutico ainda dentro da unidade, através da Avaliação Global e garantindo a continuidade do cuidado após finalização do PTS, por meio da comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Recepção de pacientes pelas especialidades médica ou não médicas com perfil de linha de cuidado	Médico do cuidado Gestão do cuidado
2	Consulta com médico do cuidado para avaliação e eleger o paciente para gestão de caso, registrando todo processo dentro do PEP/MV	Médico do Cuidado
3	Discussão de caso com equipe multiprofissional de acordo com o diagnóstico e doenças de base	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional Gestão do cuidado
4	Definição do Projeto Terapêutico por especialidades médicas e não médicas	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional Gestão do cuidado
5	Apresentação do Projeto Terapêutico ao paciente e familiares e aprovação dos mesmo em participação	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional

6	Estabelecer tempo e linha cronológica do Projeto Terapêutico	Médico do Cuidado Gestão do cuidado
7	Assegurar a assistência indicada no plano terapêutico ainda dentro da unidade ao paciente	Gestão do cuidado
8	Garantir a continuidade do cuidado após finalização do PTS, por meio da comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção.	Gestão do cuidado Assistente Social
9	Transição do Cuidado com atenção primaria e redes de atenção à saúde, para garantir a continuidade do cuidado	Médico do Cuidado Gestão do cuidado

Recomendações:

Em relação à comunicação com a RAS, cabe à Gestão do cuidado:

Realizar a comunicação com a unidade de origem do usuário, e/ou para a unidade que ele será encaminhado, caso necessário continuidade do tratamento;

Realizar a transição do cuidado de forma efetiva, compartilhando toda informação relacionada a assistência prestada ao usuário dentro da policlínica, assim como os desdobramentos do PTS, reduzindo assim a fragmentação do cuidado no momento em que o paciente é contra referenciado RAS;

Informar a RAS, no momento da alta do usuário, sobre os encaminhamentos realizados junto ao PTS, tanto nos casos de alta motivada pela finalização do tratamento, quanto nos casos de compartilhamento do cuidado, cuja alta está vinculada a continuidade do PTS em outras unidades.

IV. Siglas e Definições

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PLC – Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, caderno de atenção básica estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, nº 35(Link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)

Nota Técnica nº: 12/2021 - SAIS- 03083 Diabetes mellitus (DM)

Nota Técnica nº: 11/2021 - SAIS- 03083 Hipertensão Arterial Sistêmica

Nota Técnica nº: 4/2021 - SAIS- 03083 Sobrepeso e Obesidade

QUALIDADE TÉCNICA

QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O Município de Juiz de Fora (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há 94 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060 e 01.2020.163, com plena e ininterrupta vigência até a presente data, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em terça-feira, 3 de setembro de 2024 16:04:39 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

usuários do SUS, de caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.

Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

Em 13/4/2023 Inaugurou o PAI – Pronto atendimento Infantil, garantindo desde então atendimento 24 horas, uma equipe qualificada com apoio e diagnósticos 24 horas, leitos de retaguarda clínicos, cirúrgicos e de UTI.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 30 de agosto de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 3 de setembro de 2024 16:04:39 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 05/09/2024

CNES: 2153084 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS CNPJ: 21.583.042/0001-72

Nome Empresarial: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE Número: 33 Complemento: --

Bairro: SAO MATEUS Município: 313670 - JUIZ DE FORA UF: MG

CEP: 36025-330 Telefone: (32)4009-2277 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0005

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: IGOR VITOI CANGUSSU

Cadastrado em: 17/04/2002 Atualização na base local: 22/08/2024 Última atualização Nacional: 23/08/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
HOSPITAL DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

Classificação Estabelecimento Saúde

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	3	0
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	34	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	30	0
LEITOS RN NORMAL	5	0
LEITOS RN PATOLOGICO	2	6
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA	6	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0

SALA DE PRE-PARTO	10	10
SALA DE RECUPERACAO	2	11

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
BANCO DE LEITE	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO E TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

107	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
169	ATENCAO EM UROLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
151	MEDICINA NUCLEAR	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
135	REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
127	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA

APROPRIACAO DE CUSTOS
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE
INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
119 - 001	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 006	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	ACOMP A PACIENTES DIAGNOSTICO DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 005	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	ACOMP A PACIENTES DIAGNOSTICO HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 008	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 011	REABILITACAO	ATENCAO FISIOTERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA	NÃO	NAO INFORMADO

140 - 005	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 007	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	AMBOS	2153513
133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	SIM	2153866
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 001	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ELETROFISIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETRONEUROMIOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME VIDEOELETROENCEFALOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2153556
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	3154920
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2153556
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3154920
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	3154920
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	3154920
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3154920
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3154920
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	3154920
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	3154920
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	INVESTIGACAO E CIRURGIA DE EPILEPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	SIM	7194889
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	2153572
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	6821901
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 002	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE GESTAO DO CUIDADO (NGC)	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	SIM	2153513
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 003	REABILITACAO	REABILITACAO FISICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 002	REABILITACAO	REABILITACAO INTELECTUAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO

122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
127 - 001	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	TRAT. CLINICO CIRUR. REPARADOR E ACOMP PACIENTE C/ OBESIDADE	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	SIM	2109190
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	SIM	2109190
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 006	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO PRE DIALITICO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO	1	1	SIM
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	1	1	SIM
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	2	2	SIM
Ressonancia Magnetica	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	2	2	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	3	3	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
CAMARA FRIGORIFICA	1	1	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			

Amalgamador	1	1	SIM
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	6	6	SIM
Caneta de Alta Rotacao	31	31	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	31	31	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	30	30	SIM
Fotopolimerizador	30	26	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	11	11	SIM
Bomba de Infusao	290	290	SIM
Desfibrilador	15	15	SIM
Equipamento de Fototerapia	16	16	SIM
Incubadora	18	16	SIM
Marcapasso Temporario	6	6	SIM
Monitor de ECG	80	80	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	29	29	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	80	80	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	120	120	SIM
Respirador/Ventilador	45	45	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	5	5	SIM

Eletroencefalografo	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopio Digestivo	8	8	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	4	4	SIM
OFTALMOSCOPIO	3	3	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento para Hemodialise	44	44	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água

Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água
HBsAg+ = 1	HBsAg+ = 0	Proporção = 35	(X) Filtro de areia
HBsAg- = 1	HBsAg- = 1	Outras = 0	(X) Filtro de carvão
DPI = 0	HCV+ = 0	-	(X) Abrandador
DPAC = 1	-	-	( ) Deoinizador
-	-	-	(X) Maq. de Osmose Reversa
-	-	-	( ) Outros

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA	HEMO SISTEMAS MANUTENCOES E SERVICOS LTDA	00952236000128	JUIZ DE FORA

Formalização

Diretor responsável	CPF
MARCO ANTONIO GUIMARÃES DE ALMEIDA	48539996634
Nefrologista responsável	**CPF**
MIRIAM HELENA PIAZZI ROCHA	23617551653

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

Recepção / cadastro	Triagem hematológica	Triagem clínica	Coleta	Aférese

NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

Processamento	Pré-estoque	Estoque	Distribuição

NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

Sorologia	Imuno Hememtologia	Pre. transfusionais	Hemostasia	Controle de qualidade	Biologia molecular	Imuno fenotipagem

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

Transfusão	Seguimento do doador
	null

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cadeiras recicláveis	Centrífugas	Refr. para guarda	Congelador rápido	Extrator automático de	Freezer	Freezer	Agitador de
		1					null

Seladoras	Irradiador	Aglutinoscópio	Maq.de Aférese	Refr. p/guarda de	Refr. p/guarda de amostra	Cap.fluxo laminar
null		1		1	1	

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
HEMOCENTRO COORDENADOR	FUNDACAO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MG	26388330000190	BELO HORIZONTE
HEMOCENTRO REGIONAL	FUNDACAO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MG	26388330000432	JUIZ DE FORA

Formalização

Médico hemoterapeuta responsável	CPF
THIAGO DOS SANTOS FERREIRA	06030786644
Médico hematologista responsável	CPF
THIAGO DOS SANTOS FERREIRA	06030786644
Responsável técnico / sorologista	CPF
Não informado	
Médico capacitado responsável	CPF
THIAGO DOS SANTOS FERREIRA	06030786644

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	2	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	7	0
UTI ADULTO - TIPO II	40	40
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	10

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	2
ESPEC - CIRURGICO		
CARDIOLOGIA	3	3
CIRURGIA GERAL	29	29
GINECOLOGIA	10	10
NEUROCIRURGIA	4	4
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	12
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	92	92
NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	30	30
OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	5	5
PEDIATRIA CLINICA	15	15

Mantenedora

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Equipes

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA
ATOS DO GOVERNO DO PODER EXECUTIVO

Publicado em: 07/10/2022 às 00:01

SS – EXTRATO DE CONVÊNIO N.º 08.2022.032 – PROCESSO ELETRÔNICO N.º 13.365/22 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL, art. 196 a 200 e LEI N.º 8.080/90 – CONVENENTES: Município de Juiz de Fora e Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – OBJETO: Inserir e integrar o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus na Rede de Atenção à Saúde do Município de Juiz de Fora/MG – VALOR GLOBAL ANUAL: R$ 74.883.406,11 (setenta e quatro milhões oitocentos e oitenta e três mil quatrocentos e seis reais e onze centavos) – A PARTIR: 04.10.22 – VIGÊNCIA: 12 meses.

Fechar

Nº 08.2022.032

CONVÊNIO ____/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ).

O **MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, neste ato representado por sua **Prefeita Maria Margarida Martins Salomão**, brasileira, portadora da cédula de identidade M- .387404 SSP/MG e inscrita no CPF sob o nº 135.210.396-68, com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde, através do **Secretário Ivan Charles Fonseca Chebli**, brasileiro, portador da cédula de identidade M-2.57611 SSP/MG e inscrito no CPF sob o nº 536.396.776-68, doravante denominado **CONVENENTE**, e o **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)**, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado **CONVENIADO**, RESOLVEM celebrar o presente **CONVÊNIO**, com base nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e nas disposições constantes nas Leis n. 8.080/90, em consonância com a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2/2017, especificamente seu Anexo XXIV (que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar/PNHOSP) e Anexo 2 do mesmo Anexo XXIV (que estabelece as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS), assim como nas demais legislações correlatas, o fazendo mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Convênio tem por objeto inserir e integrar o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus na Rede de Atenção à Saúde do município de Juiz de Fora/MG, definindo responsabilidades das partes e estabelecendo metas quantitativas e qualitativas do processo de assistência à saúde, de gestão, de ensino e pesquisa e avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população, com as políticas públicas de saúde para a atenção hospitalar, e com os princípios e diretrizes do SUS.

1.2 Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde do CONCEDENTE, com vistas à sua descentralização, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FINALIDADE

2.1. O presente Convênio tem por finalidade a garantia da atenção integral à saúde, definindo o papel dessa unidade no sistema municipal e estadual de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas quantitativas e qualitativas e assistenciais a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços; o grau de envolvimento do hospital na rede municipal de referência; a humanização do atendimento; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. O presente Convênio tem ainda por finalidade garantir a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade, garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção, universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO DOCUMENTO DESCRITIVO

3.1 Para execução do presente CONVÊNIO, as partes devem formalizar um Documento Descritivo, com vigência de 12 (doze) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo, desde que acordado entre as partes e mediante a publicação em diário oficial.

§1º O processo de renovação do Documento Descritivo deve ser iniciado com antecedência mínima de 90 (noventa) dias em relação ao término de sua vigência, para pactuação entre as partes.

§2º Findo o prazo de 12 meses e não tendo sido pactuado novo Documento Descritivo, prevalecerão, para fins de pagamento ao HMTJ, as metas e os valores acordados no último Documento Descritivo firmado, até que haja nova pactuação.

§3º Deverão as partes deste CONVÊNIO, pactuar e implantar as alterações necessárias no Documento Descritivo, sempre que a variação no cumprimento das metas quantitativas e qualitativas impactarem para mais, ou para menos, nos valores citados nas cláusulas nona e décima deste convênio, considerando ainda a disponibilidade orçamentária e financeira dos gestores do SUS.

3.2 O Documento Descritivo deverá conter:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no presente instrumento formal de contratualização;
II. As ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, a serem prestados pelo hospital;
III. As metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados;
IV. Os indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas, assim como os percentuais de repasses de recursos financeiros que estiverem vinculados ao cumprimento de metas; e
V. Os recursos financeiros, mensal e anual, e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

4.1. A execução do presente CONVÊNIO, as partes deverão observar as seguintes condições gerais:

I. Os serviços e atividades pactuados e formalizados no presente instrumento serão especificados no Documento Descritivo, parte integrante e indissociável deste convênio, por meio de ações e metas qualitativas e quantitativas relativas à Assistência à Saúde, Gestão, Ensino e Pesquisa e Avaliação;
II. O monitoramento e avaliação deste Convênio deverão ser realizados, de maneira sistemática, pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) e pelas instâncias de Regulação, controle e avaliação das esferas de gestão do SUS;
III. A inserção do hospital nas redes temáticas de atenção à saúde, prioritárias do SUS, deverá ocorrer de acordo como perfil assistencial do hospital, as necessidades de saúde da população e a pactuação com a gestão do SUS, cujas metas estarão contempladas no Documento Descritivo deste Convênio;
IV. O acesso às ações e serviços de saúde deverá ser organizado em consonância com a regionalização e com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), respeitadas as pactuações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Regional (CIR);
V. A seleção e padronização de medicamentos, indicados para o tratamento de doenças ou agravos no âmbito do SUS, deverá observar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e demais regramentos correlatos;
VI. A utilização de órteses, próteses e materiais especiais deve estar consonante com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, considerando as metas pactuadas neste Convênio;
VII. O modelo de atenção à saúde, no âmbito da assistência hospitalar, deverá ser centrado no cuidado ao usuário, de forma horizontalizada, multiprofissional e interdisciplinar, organizada por linhas de cuidado e considerando as necessidades de saúde da população;
VIII. O acesso à assistência hospitalar e ambulatorial deverá ser realizado de forma regulada, utilizando-se de protocolos, assegurando equidade e transparência, priorizado por meio de critérios que avalie riscos e vulnerabilidades, em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS;
IX. A continuidade do cuidado deverá ser garantida por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da implementação de mecanismos que assegurem a alta regulada, respeitadas as pactuações com o gestor do SUS;
X. Poderão ser pactuados mecanismos que visem a inserção de alunos e profissionais de saúde do hospital na rede de atenção à saúde, com vistas ao desenvolvimento de atividades de formação profissional, ensino e pesquisa; e
XI. Caso existam atividades de atenção básica realizadas pelo hospital, as mesmas, deverão ser transferidas gradualmente para as Unidades Básicas de Saúde mediante pactuação com a SS/PJF.

CLÁUSULA QUINTA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONVENIADO

5.1 O CONVENIADO se responsabilizará pela execução dos serviços descritos no Documento Descritivo que faz parte integrante deste Instrumento.

§1º As eventuais mudanças de endereço do estabelecimento do CONVENENTE e/ou substituição do Diretor Clínico (ou Técnico) e do responsável pelos serviços auxiliares, de diagnóstico e terapia, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONVENENTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo a mesma rever as condições deste Instrumento e até mesmo rescindi-lo, conforme o disposto nas cláusulas abaixo.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

§2º O Documento Descritivo contém as metas quantitativas, financeiras e qualitativas anuídas e assumidas pelo CONVENIADO, relativas ao período de 12 meses, com início a partir da assinatura do Convênio.

§3º Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos no SIGTAP necessários à complexidade dos casos;

§4º Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

§5º Submissão à auditoria do Gestor Local do SUS; e

§6º Regulação integral pelas Centrais de Regulação conforme pactuação no Documento Descritivo.

5.2. No **eixo da Assistência**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;
II. Cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;
III. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;
IV. Manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;
V. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;
VI. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;
VII. Implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;
b) elaboração de planos para Segurança do Paciente; e
c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
VIII. Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
IX. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
X. Garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;
XI. Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o inciso II do art. 23;
XII. Promover a visita ampliada para os usuários internados;
XIII. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
XIV. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
XV. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
XVI. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e
XVII. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

XVIII. O CONVENIADO facilitará à CONVENENTE o acompanhamento e a fiscalização permanente do serviço e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONVENENTE, designados para tal.
XIX. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
XX. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem autorização da Comissão de Ética em Pesquisa, devidamente registrada no Ministério da Saúde;
XXI. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
XXII. Afixar aviso, em local visível, em todas as entradas de público externas ou salas de espera de atendimento aos pacientes do SUS, informando acerca de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
XXIII. Justificar à SS/SUS-JF, ao paciente ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Convênio;
XXIV. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
XXV. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
XXVI. Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes;
XXVII. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitada a crença religiosa dos mesmos;
XXVIII. Manter em funcionamento os comitês de investigação de óbitos.
XXIX. Estabelecer normas e rotinas institucionalizadas para todos os serviços prestados;
XXX. Instituir protocolos de tratamento ambulatorial e hospitalar, observados os protocolos já instituídos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e SS/ Juiz de Fora;
XXXI. Instituir padronização de materiais médico-hospitalares;
XXXII. Manter os programas de avaliação de qualidade hospitalares instituídos pelas normas do Ministério da Saúde;
XXXIII. Participar de Programas, Pesquisas e Ações Estratégicas propostos pelo Ministério da Educação, Ministério da Saúde;
XXXIV. Proceder à atualização de dados junto ao Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN) em articulação com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SS/JF, informando os eventos de Notificação Compulsória ou Agravos à saúde considerados relevantes pelas Normas da SS/SUS-JF, com registro e envio dentro da periodicidade definida pela SS/-JF;
XXXV. Os serviços médicos, a assistência e os atendimentos serão prestados por profissionais do Hospital. Para efeitos deste Convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento do Hospital:
a) o membro do seu Corpo Clínico;
b) o profissional que tenha vínculo com o próprio Hospital;
c) o profissional autônomo que, de forma eventual ou permanente, preste formalmente serviços para o Hospital, ou por este autorizado e formalmente cadastrado como terceiro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES.
Equipara-se ao profissional autônomo, definido no item III acima mencionado, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde;
XXXVI. Responsabilizar-se pela contratação de pessoal para execução dos serviços referidos neste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo ou de prestação de serviços, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município e/ou para o Gestor Municipal, apresentando os respectivos comprovantes de recolhimento dos referidos encargos sempre que solicitado;

Assinado por 1 pessoa: MARCONI [illegible] DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

XXXVII. É de responsabilidade exclusiva e integral do Hospital manter em dia o pagamento dos serviços terceirizados a ele vinculados, bem como os demais encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo ou de prestação de serviços, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município e/ou para o Gestor Municipal, apresentando os respectivos comprovantes sempre que solicitado;
XXXVIII. Os casos que demandarem a utilização de equipamentos que porventura venham a apresentar defeito técnico ou que necessitem de intervalos de uso para a manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, serão comunicados à Comissão de Acompanhamento do convênio com as propostas de solução visando a não interrupção da assistência, no prazo máximo de até 72 horas;
XXXIX. Disponibilizar todos os serviços das unidades de saúde constantes nos Planos Operativos Ambulatorial e Hospitalar nas Centrais de Regulação Municipal e Microrregional, dentro das normas vigentes e acordadas com a SS-JF.
XL. Cumprir o Documento Descritivo;
L. Garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite pactuado constante do Documento Descritivo;
LI. Buscar desenvolver metodologia de garantia de qualidade e segurança na assistência à saúde visando a redução de eventos indesejados nos usuários do SUS;
LII. Garantir comunicação em tempo real (imediatamente) de 100% das altas, visando a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta;
LIII. Fornecer todas as agendas correspondentes ao período de vigência do convênio, garantindo o agendamento pleno da oferta de serviço contratado;
LIV. Responder o Sus Fácil, pendências e reservas de leitos na agilidade exigida pelo sistema de 30 e 60 minutos e de acordo com Deliberação CIB/SUS MG vigente;
LV. Atualização diária e em tempo real (imediatamente) da grade de leitos na Central de Regulação de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
LVI. Estabelecer e implantar protocolos de classificação de risco, clínico, e de procedimentos administrativos no hospital;
LVII- Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados através das Centrais de Regulação regional;
LVIII. Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte, de forma horizontal;
LVIX. Implantar mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso e de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar;
LX. Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes;
LXI. A qualquer tempo, o município poderá fiscalizar e solicitar as comprovações de que os funcionários da empresa possuem situação regular perante o INSS, FGTS e CRM e que atendam aos requisitos deste instrumento;
LXII. O município, sempre que julgar oportuno, fará avaliações da qualidade dos serviços prestados, seja em relação ao atendimento aos pacientes, ao acatamento às orientações da fiscalização e ao trato com os funcionários do SUS;
LXIII. É obrigatório que o hospital tenha prontuário dos pacientes atendidos, onde devem ser anotados os dados dos pacientes pessoais e clínicos de acordo com a legislação;
LXIV. Reavaliar os pacientes sempre que houver diagnóstico duvidoso pelos médicos das redes de saúde da Secretaria de Saúde;
LXV. Compete, ainda à CONVENIADO, sem ônus adicional para o Município, quanto ao pessoal:
a) Tratar os usuários do SUS, funcionários da Prefeitura, representantes dos Conselhos de Saúde e Ouvidoria com zelo e distinção;
b) Cumprir todas as normas legais e regulamentares de Medicina e Segurança do Trabalho,

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

incluindo o uso dos equipamentos de segurança por seus empregados; implementando uma estrutura organizacional de modo a facilitar o desenvolvimento de uma cultura de segurança;
c) Cumprir todas as normas legais e regulamentares de Medicina e Segurança do Trabalho, incluindo o uso de equipamentos de segurança por funcionários e usuários, quando necessário;
d) Compelir os funcionários a se apresentarem uniformizados e identificados, de acordo com as respectivas funções.
e) Permitir a colocação de urna em dependência da unidade a ser escolhida pela Secretaria de Saúde, para recebimento de questionário de avaliação dos serviços (elogios, queixas ou reclamações) que será preenchido pelo usuário do SUS.

5.3. No **eixo da Gestão**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Cumprir as metas e compromissos estabelecidos no Documento Descritivo, parte integrante deste Convênio, colocando à disposição do gestor público da saúde, para regulação, a capacidade instalada contratualizada;
II. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para seu fiel cumprimento;
III. Disponibilizar as ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor, observando a pactuação da oferta para consumo interno;
IV. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados;
V. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
VI. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
VII. Disponibilizar brinquedoteca e oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local (Lei nº 1104 de 21 de março de 2005);
VIII. Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
IX. Garantir o funcionamento das Comissões Técnicas Assessoras, conforme as legislações vigentes;
X. Participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC);
XI. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
XII. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
XIII. Estabelecer critérios e procedimentos para a incorporação de tecnologias em saúde, observadas as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e as pactuações da CIB e/ou CIR;
XIV. Registrar e apresentar, de forma regular e sistemática, a totalidade dos dados de produção do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outros sistemas de informação de produção de serviços, ou de monitoramento hospitalar, que venham a ser implementados no âmbito do SUS;
XV. Disponibilizar os dados e informações para o gestor local e atualizar os sistemas nacionais de informação em saúde, de alimentação obrigatória, tais como: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), conforme fluxo e periodicidade definidos pela SS/PJF;
XVI. Alimentar e atualizar o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluindo o cadastramento dos profissionais de saúde que atuam no hospital, e enviar para SS/PJF as informações registradas no Sistema;
XVII. Alimentar o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e/ou sistema relacionado às atividades de regulação adotado pela SS/PJF;
XVIII. Garantir a integração do HMTJ com o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimentos;
XIX. Comunicar à SS/PJF a existência de equipamentos com defeito e/ou que necessitem de interrupção temporária de utilização, bem como ausência temporária de profissionais ou

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

redução de insumos, necessidade de adequação da estrutura para o atendimento de normas sanitárias ou ampliação de serviços, com as respectivas propostas de solução, que deverão ser pactuadas com SS/PJF, visando a não interrupção da assistência;
XX. No âmbito do controle social, participação do Hospital nas reuniões do CMS;
XXI. Participar de fóruns, comitês, câmaras técnicas e demais espaços de gestão instituídos e pactuados com o gestor local do SUS;
XXII. Utilizar os Sistemas e Aplicativos de Saúdes disponibilizadas pela União, Estado e Município com o objetivo de apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas do hospital, com vistas à melhoria do seu processo de gestão;
XXIII. A continuidade do cuidado deverá ser garantida por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediante a contrarreferência para a Atenção Primária, com as linhas de cuidados definidas, cumprindo os fluxos regulatórios de referência e contrarreferência, conforme Cláusula IV, item V; e
XXIV. Reduzir o tempo médio de permanência, mediante articulação com o Departamento de Internação Domiciliar – DID/SSUE/SS/PJF.

5.4. No **eixo do Ensino e Pesquisa**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Ser campo de prática de ensino e pesquisa em saúde, em conformidade com os requisitos de certificação do HMTJ como Hospital de Ensino, e considerando o art. 207 da Constituição Federal que dispõe sobre a autonomia universitária;
II. Garantir a formação e qualificação dos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional, em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e pactuações com o gestor da saúde;
III. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
IV. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída; e
V. Compartilhar os resultados obtidos em pesquisas institucionais com trabalhadores, usuários e a comunidade científica em geral.

5.5. No **eixo da Avaliação**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Monitorar e avaliar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas e a resolutividade das ações e serviços de saúde por meio de indicadores estabelecidos no Documento Descritivo;
II. Realizar avaliação da satisfação dos usuários e dos seus acompanhantes;
III. Realizar avaliação da satisfação dos profissionais do hospital;
IV. Participar de processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
V. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;
VI. Monitorar a execução orçamentária e financeira e produção assistencial, conforme previsto no instrumento formal de contratualização; e
VII. Monitorar e avaliar os compromissos e indicadores previstos em portarias específicas das Redes temáticas de Atenção à Saúde, conforme a inserção do Hospital em cada rede.

CLÁUSULA SEXTA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONVENENTE

6.1. Compete ao Município de Juiz de Fora, com a interveniência da Secretaria de Saúde:
I. exercer regulação, o controle e avaliação e auditoria dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados na unidade de saúde;
II. monitorar, supervisionar, fiscalizar, auditar, avaliar e orientar as ações relativas à execução deste Convênio e os serviços pactuados nas unidades de saúde constante no Documento Descritivo;

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

III. processar toda a produção de serviços do prestador no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em substituição ou complementar a estes;
IV. encaminhar os atendimentos hospitalares, incluindo as cirurgias eletivas, através das Centrais de Regulação Municipal,
V. apresentar relatórios mensais das glosas técnicas e administrativas dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, com o respectivo desconto na produção apresentada;
VI. garantir os repasses dos recursos financeiros necessários à execução deste Convênio, uma vez tendo sido os mesmos enviados tempestivamente pelo Governo Federal, obedecendo a legislação que os regulamenta.
VII. analisar e aprovar a Prestação de Contas dos recursos financeiros deste Convênio;
VIII. responsabilizar-se pela publicação deste Convênio e de quaisquer atos deles decorrentes;
IX. O CONVENENTE acompanhará a execução do presente termo, avaliando o estabelecimento executor através do Órgão Competente da Secretaria de Saúde, utilizando-se de procedimentos de supervisão indireta ou local, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Instrumento, e de quaisquer outros dados pertinentes ao controle e avaliação dos serviços prestados e sob critérios definidos em normatização complementar, e, ainda, em casos específicos, determinar auditoria especializada;
X. Avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento;
XI. Avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção;
XII. Avaliação da qualidade dos serviços prestados, conforme Documento Descritivo;
XIII. Acompanhar, supervisionar, orientar e fiscalizar as ações relativas à execução deste convênio pela Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora.
XIV. Definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial, capacidade operacional do hospital e as necessidades epidemiológicas e sociodemográficas da população de referência, conforme pactuação na CIB e CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas.
XV. Financiar as ações e serviços contratualizados, consideradas as especificidades do perfil assistencial e de formação do HMTJ, com vistas à sua sustentabilidade.
XVI. Articular com as demais esferas de governo o financiamento das ações e serviços de saúde contratualizados.
XVII. Estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência (alta regulada) de abrangência municipal, regional e estadual, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR.
XVIII. Estabelecer os protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares, com definição de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades, da grade de referência e contrarreferência aos demais pontos de atenção, com respectivas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar.
XIX. Regular o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação.
XX. Controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizados, bem como, acompanhar o alcance das metas qualitativas e quantitativas pactuadas.
XXI. Instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

CLÁUSULA SÉTIMA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

7.1. A execução deste CONVÊNIO será monitorada e avaliada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar eventualmente com outros

Assinado por 1 pessoa: MARCONI BARBOSA DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

órgãos e setores competentes da gestão do SUS, mediante análise de documentos, de dados produzidos pelo HMTJ e registrados nos sistemas nacionais de informação, bem como por supervisão *in loco*, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio.

§1º A CAC será instituída mediante ato do CONVENENTE, no prazo de 30 (trinta) dias após a assinatura deste Convênio, com publicação no Diário Oficial do CONVENENTE ou publicação equivalente, sendo a sua composição mínima:
I. 02 (dois) representantes da SS/PJF (mais 02 (dois) suplentes);
II. 02 (dois) representantes da direção do HMTJ (mais 02 (dois) suplentes); e
III. 01 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde (mais 01 (um) suplentes).

§2º A CAC deverá reunir-se ordinariamente a cada quatro meses e extraordinariamente sempre que necessário, com as seguintes atribuições mínimas:
I. Monitorar e avaliar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas constantes no Documento Descritivo, e manifestar-se formalmente quanto ao seu cumprimento;
II. Utilizar-se da informação de capacidade instalada e operacional do hospital no processo avaliativo de execução das metas; e
III. Propor readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores para a avaliação qualitativa.

§3º A manifestação da CAC se dará por meio de relatório, quanto ao monitoramento e avaliação das metas contratualizadas, em conformidade com a metodologia para análise de desempenho das metas quantitativas e qualitativas disposta no Documento Descritivo.

§4º O HMTJ deverá apresentar justificativas sempre que não houver cumprimento das metas pactuadas, para análise e manifestação pela CAC.

§5º Após a análise das justificativas apresentadas pelo HMTJ à CAC, esta emitirá um parecer conclusivo a respeito do desempenho das metas quantitativas e qualitativas e enviará ao gestor de saúde, para conhecimento e providências, se cabíveis.

§6º A CAC poderá aceitar as justificativas do HMTJ pelo eventual não cumprimento de metas decorrentes de força maior, não aplicando as penalizações decorrentes de descumprimento involuntário.

§7º Caso o resultado final da análise de desempenho das metas conclua pela aplicação de descontos ao HMTJ, o gestor de saúde deverá comunicar ao hospital o desfecho da análise, a fim de que essa promova o devido acerto nos repasses subsequentes.

§8º A existência da CAC não impede e nem substitui as atividades próprias dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria e do Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde.

§9º O mandato da Comissão será compatível com a vigência deste Convênio, devendo qualquer alteração da sua composição ser homologada pela SS/PJF.

§10º Os membros da Comissão não serão remunerados por esta atividade.

§11º O CONVENENTE fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento da contratualização todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

Assinado por 1 pessoa: MARCONI BARBOSA DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

7.2. O CONVENENTE acompanhará a execução do presente Convênio, avaliando o CONVENIADO através do Órgão Competente da Secretaria de Saúde, utilizando-se de procedimentos de supervisão indireta ou local, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Instrumento, e de quaisquer outros dados pertinentes ao controle e avaliação dos serviços prestados e sob critérios definidos em normatização complementar, e, ainda, em casos específicos, determinar auditoria especializada.

7.3. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pelo CONVENENTE sob a execução dos serviços descritos na Cláusula Primeira deste Instrumento, o CONVENIADO reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrentes da Lei Orgânica de Saúde.

7.4. O CONVENIADO facilitará ao CONVENENTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONVENENTE, designados para tal.

7.5 Caberá a Comissão de Acompanhamento da Contratualização apurar quadrimestralmente as metas quantitativas e qualitativas pactuadas para serem encaminhadas à Secretaria de Saúde e providências no que couber, considerando as faixas de cumprimento dispostas na Cláusula Nona, item 9.1 letra "a" e “b”, visando a garantia da aplicação dos recursos repassados na assistência conforme necessidades da Secretaria de Saúde e metas pactuadas.

7.6 Cabe as áreas afins da Secretaria de Saúde acompanhar e fiscalizar os recursos conforme as Portarias específicas e vigentes:

a) Habilitação e qualificação de 67 leitos de enfermaria clínica de retaguarda do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, para atendimento da Rede de Urgência e Emergência da região ampliada de saúde no âmbito do Sus, previstos no plano de ação da rede de atenção às urgências do estado de minas gerais, conforme Portaria nº 1.790/GM/MS, de 25/08/2014.

b) Incentivo relativo a execução de atividades e serviços referentes ao Sistema Único de Saúde/SUS pelo Município, por intermédio do cumprimento de metas no âmbito da Rede Cegonha, conforme Portaria nº 2.934, de 26 de dezembro de 2016, que aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios de Minas Gerais e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

c) Incentivo referente ao centro de atendimento de urgência tipo III aos pacientes com AVC, e 30 leitos de cuidado integral AVC, conforme Portaria SAS nº 772 de 21 de agosto de 2020 e Portaria de Consolidação n.º 3/2017.

d) Incentivo 20 leitos de UTI adulto tipo II e disponibiliza custeio para a Porta de Entrada Hospital Geral para o HMTJ para atendimento da Rede de Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste no âmbito do SUS/MG, conforme Deliberação 1.634 CIB/SUS de 18/11/2013 e Portaria 1790 de 25/08/2014, que aprova o componente Hospitalar da etapa VI do Plano de Açã Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e municípios de Minas Gerais , Portaria 1.919, de 23/09/2014, que altera o número de leitos, Portaria 2.357, de 27 de 27/10/2014 e Portaria 2.395, de 11/10/2011.

e) Incentivo relativo a 16 leitos Clínicos de UTI adulto tipo II para atendimento da Rede de Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste no âmbito do SUS/MG, conforme deliberação 1.634 CIB/SUS de 18/11/2013e Portaria 1.790 de 25/08/2014.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONVENIADO

8.1. O CONVENIADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, ficando assegurado ao CONVENENTE o direito de regresso.

§1º O acompanhamento e a fiscalização da execução deste Convênio pelos Órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CONVENIADO nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078/90.

CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

9.1. Para execução do presente CONVÊNIO, o HMTJ receberá, mensalmente, recursos financeiros da Secretaria de Saúde, de acordo com o estabelecido neste instrumento formal de contratualização e no Documento Descritivo, sob a modalidade de orçamentação parcial, subdividido da forma a seguir:

I. Valor Pré-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros, que fazem parte do teto MAC do Município e Tesouro Municipal, que remontam mensalmente em **R$ 3.147,854,45 (três milhões, cento e quarenta e sete mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos)**, com detalhamento de tipo e valor, sendo o repasse vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, conforme detalhado no Documento Descritivo e considerando a seguinte composição:

a) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente o valor **R$ 1.888.712,67 (um milhão oitocentos e oitenta e oito mil, setecentos e doze reais e sessenta e sete centavos)** vinculado ao cumprimento das Metas Quantitativas discriminadas no Documento Descritivo, respeitando os critérios definidos no Item 7 do referido documento, por meio das seguintes faixas:

REMUNERAÇÃO – METAS QUANTITATIVAS			
Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado	1.888.712,67
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado	1.699.841,40
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado	1.510.97,14
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado	1.322098,87
6°	< 70%	PRODUÇÃO	

b) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente em **R$ 1.259.141,78 (um milhão duzentos e cinquenta e nove mil, cento e quarenta e um reais e**

Assinado por 1 pessoa: MARCO TULIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

setenta e oito centavos) vinculando ao cumprimento das Metas Qualitativas discriminadas no Documento Descritivo, respeitando os critérios definidos no Item 9 do referido documento.
A remuneração mensal terá seu percentual definido de acordo com a pontuação obtida pela instituição, vinculada ao cumprimento das Metas Qualitativas discriminadas no Documento Descritivo, que seguirá a escala descrita abaixo:

REMUNERAÇÃO MENSAL – METAS QUALITATIVAS		
Desempenho geral das Metas Qualitativas	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
90 pontos ou mais	100% dos 40% Pré-fixado	1.259.141,78
80 a 89 pontos	90% dos 40% Pré-fixado	1.133.227,60
65 a 79 pontos	80% dos 40% Pré-fixado	1.007.313,42
59 a 64 pontos	70% dos 40% Pré-fixado	881.399,25
41 a 58 pontos	60% dos 40% Pré-fixado	755.485,07
Até 40 pontos	50% dos 40% Pré-fixado	629.570,89

II. Valor Pós-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Recursos da SES/MG estimando-se um valor médio mensal de **R$ 644.057,80 (seiscentos e quarenta e quatro mil, cinquenta e sete reais e oitenta centavos),** pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Recursos da SES/MG.

§1º Na análise do cumprimento das metas quantitativas, prevista no Documento Descritivo, e conforme dispõe o item I.a desta Cláusula, há que se considerar: o absenteísmo de usuários aos serviços ofertados pelo HMTJ e demais justificativas apresentadas junto a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

§2º Caso o hospital não atinja pelo menos 50% das metas pactuadas, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, será necessário reavaliar as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais, ajustando para baixo as metas e o valor financeiro, mediante termo aditivo e manifestação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

§3º Caso o percentual de cumprimento de metas seja superior a 100%, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, será necessário reavaliar as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais, com vistas ao reajuste, mediante termo aditivo, aprovação do gestor local do SUS e disponibilidade orçamentária.

§4º Os valores que compõem este instrumento contratual poderão ser alterados em comum acordo entre a SS/PJF e o HMTJ, mediante a celebração de termo aditivo e disponibilidade orçamentária.

§5º Os valores estipulados no presente Convênio deverão ser reajustados na mesma proporção, índices e época dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, podendo, para esta situação, serem registrados por apostilamento, dispensando a celebração de aditamento contratual, observada a legislação aplicável e acordo prévio entre as partes.

§6º Os valores estipulados no presente Convênio referente aos Incentivos específicos serão apurados conforme as legislações vigentes, conforme mencionado na Cláusula Sétima item 7.6

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

9.2. Os valores Pré e Pós-fixados deste Convênio estão discriminados na Programação Orçamentária constante no quadro a seguir, sendo o valor global anual de **R$ 74.883.406,11 (setenta e quatro milhões, oitocentos e oitenta e três mil, quatrocentos e seis reais e onze centavos)** e valor global mensal de **R$ 6.229.810,94 (seis milhões, duzentos e vinte e nove mil, e oitocentos e dez reais e noventa e quatro centavos).**

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 154.715,80	R$ 1.856.589,60
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.147.854,45**	**R$ 37.774.253,40**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

DE 21 DE AGOSTO DE 2020.		
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.585.753,14**	**R$ 67.029.037,68**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 37.162,40	R$ 445.948,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
TRIAGEM AUDITIVA RECURSO RETROATIVO 2019/2020 E 2021 SES MG		R$ 125.674,83
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.		
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 644.057,80**	**R$ 7.854.368,43**
TOTAL GERAL	**R$ 6.229.810,94**	**R$ 74.883.406,11**

CLÁUSULA DÉCIMA - DO INCENTIVO 100% SUS-JF

10.1 A Adesão à Rede 100% SUS pelo CONVENIADO, nos termos do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011, objetiva o aumento da oferta de leitos e serviços de saúde aos usuários do SUS-J, mediante aporte de recursos financeiros adicionais do Tesouro Municipal.

10.2 O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade/ produção atual	Novo serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Expansão leitos de UTI Pediátricas	2 leitos	6 leitos	8 leitos
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

10.3 O CONVENIADO SE COMPROMETE A:

I. Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

II. Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

III. Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

IV. Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade dom o Sus Fácil.

V. Responder no máximo em 30 minutos no SUS Fácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

VI. Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do contrato e da Auditoria;

VII. O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15 <90>75 = 10 <75 = 0

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	**Meta**	**Pontuação** **Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

10.4 A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

10.5 A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo, conforme Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011;

II. Avaliação “in loco” das internações, altas e disponibilização de leitos;
III. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

IV. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

10.6 A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo.

10.7 O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

10.8 Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

10.9 O não cumprimento das metas definidas neste Termo de Adesão, sem justificativa aceita por esta Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, caracteriza desistência da adesão à Rede 100% SUS, e implicará na suspensão do repasse pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora do incentivo de adesão à Rede 100% SUS, ficando, no entanto, ressalvado ao aderente o direito ao recebimento de repasses referentes aos serviços realizados até a data de eventual rescisão.

10.11 O Incentivo de adesão à “Rede 100% SUS-JF” ficará adstrito à disponibilidade de recursos financeiros do Tesouro Municipal da Prefeitura de Juiz de Fora, conforme prevê o art. 7º do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

11 As alterações de cláusulas do presente Convênio, bem como do Documento Descritivo, que porventura se tornarem necessárias, serão formalizadas, a qualquer tempo, mediante termo aditivo em comum acordo entre as partes, ou outro instrumento que se revelar adequado para o caso concreto.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão por conta da dotação orçamentária nº:
PTRES: 10.302.0003.2279.6050 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6051 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6052 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6050 Nat. despesas: 339039 Fonte:0202.600.000
PTRES: 10.302.0003.2279.6052 Nat. despesas: 339039 Fonte:0155.000.000
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. despesas: 339039 Fonte:0155.000.000
PTRES: 10.302.0003.2284.5800 Nat. Despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2281.4029 Nat. Despesas: 339039 Fonte:0159.149.600

12.2 Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste Convênio ficam vinculados à transferência de recursos do Ministério da Saúde.

12.2.1 Os recursos de custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares consignados no Fundo Municipal de Saúde da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora são provenientes de transferências mensais do Governo Federal, conforme valores fixados pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais.

12.3 Compete à empresa conveniada apresentar mensalmente a produção realizada ao DPCO/SSREG, conforme cronograma definido para processamento e aprovação da mesma no sistema DATASUS – SIH e SIA.

12.4 Haverá ainda avaliação e auditoria sobre os dados apresentados, podendo ocorrer O.R. (Ordem de Recolhimento), caso seja identificada alguma irregularidade na produção apresentada. As contas rejeitadas serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do CONVENENTE, ficando à disposição do CONVENIADO/EXECUTOR, que terá um prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do pagamento efetuado para apresentar recurso, que deverá ser julgado no prazo de 10 (dez) dias úteis.

12.5 Juntamente com a apresentação da Nota fiscal, o prestador deverá enviar, também, o comprovante de regularidade fiscal nos termos do art. 29 da Lei 8666/93, com validade na data de suas apresentações, condição indispensável para liberação do pagamento.

12.6 Os pagamentos estão condicionados à apresentação e processamento da produção conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde.

12.7 Os pagamentos referentes aos incentivos da SSUE estão condicionados a validação e solicitação das notas fiscais pela Subsecretaria de Urgência e Emergência/SS.

12.8 O pagamento referente a Rede Cegonha está condicionado a validação e solicitação das notas fiscais pela Subsecretaria de Atenção à Saúde/SS.

12.9 O incentivo do pagamento referente a Adesão 100% SUS está condicionado ao cumprimento dos compromissos assumidos na Cláusula Décima.

Assinado por 1 pessoa: MARCO TULIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO

13.1. O presente Convênio poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo CONVENENTE quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:
I. pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios por ele definidos;
II. pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes dos órgãos fiscalizadores;
III. pela não entrega dos relatórios mensais e anuais; e
IV. pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

§1º O Convênio também poderá ser rescindido nas hipóteses previstas nos artigos 77 e 78 da Lei Federal n. 8.666/93.

§2º Ocorrendo a rescisão pelo não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações ou prazos, sujeitar-se-á o CONVENIADO às consequências previstas no artigo 80 da Lei Federal n. 8.666/93, sem prejuízo das sanções legais.

§ 3º **–** Este Convênio poderá também ser rescindido:
I. De comum acordo, através de celebração de Termo de Encerramento;
II. Por superveniência de norma legal que venha torná-lo material ou formalmente impraticável;
III. Unilateralmente, de pleno direito, por interesse público;
IV. Por inadimplemento das disposições contidas neste Instrumento;
V. Atraso superior a 60 (sessenta) dias, em relação a solicitação;
VI. Paralisação, interdição ou eventualmente encerramento de atividades do CONVENIADO, em razão de decretação de falência, a instalação de insolvência civil e/ou dissolução da Sociedade.
VII. Inadimplemento do CONVENENTE em manter todas as condições técnicas, operacionais e financeiras exigidas no convênio.

§4º Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de cento e vinte (120) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a CONVENIADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

§5º Os casos de rescisão serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurando-se o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS SANÇÕES E PENALIDADES

14.1 O CONVENENTE poderá aplicar advertência, por escrito, ao HMTJ, quando este praticar as irregularidades de pequena monta.

§1º Os partícipes decidem aplicar, ao presente Convênio o disposto na Lei nº 8.666/93, arts. 86, 87 e 88, no que couber, no caso de descumprimento, por qualquer dos partícipes, das cláusulas e condições deste convênio, devendo ser assegurado, para todos os casos, o contraditório e a ampla defesa.

§2º Na hipótese prevista no *"caput"* deste item, o HMTJ será notificado pela SS/PJF para, no prazo de 10 (dez) dias, apresentar razões de fato, de direito e documentos, sobre a infração administrativa imputada.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

§3º Decorrido o prazo a que se refere o parágrafo anterior, com ou sem defesa, no prazo de 10 (dez) dias a SS/PJF proferirá decisão fundamentada sobre a prática da infração administrativa e notificará o HMTJ.

§4º Da decisão proferida pela SS/PJF caberá Pedido de Reconsideração a autoridade que a proferiu, no prazo de 05 (cinco) dias, e Recurso a autoridade hierarquicamente superior, no prazo de 10 (dez) dias, cujo efeito será suspensivo e devolutivo.

14.2 Os casos de inexecução do objeto deste Convênio, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado e inadimplemento, sujeitará o CONVENIADO às penalidades previstas no Art. 87 da Lei 8.666/93, das quais destacam-se:
a) advertência;
b) multa de 0,05% (cinco centésimos por cento) do valor do convênio, por dia de atraso injustificado na execução do mesmo, observado o prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis;
c) multa de 1% (um por cento) sobre o valor estimado para o convênio, pela recusa injustificada do adjudicatário em executá-lo;
d) suspensão temporária de participação em licitações e impedimento de contratar com o Município, no prazo de até 02 (dois) anos;
e) declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública, até que seja promovida a reabilitação, facultado ao conveniado o pedido de reconsideração da decisão da autoridade competente, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vistas ao processo.

14.3 Os valores das multas aplicadas previstas no §5º poderão ser descontados dos pagamentos devidos pela Administração.

14.4 Da aplicação das penas definidas nas alíneas "a", "d" e "e", do item 14.2, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação, o qual deverá ser apresentado no mesmo local.

14.5 O recurso ou o pedido de reconsideração relativo às penalidades do item 13.2 será dirigido ao Secretário da unidade requisitante, o qual decidirá o recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis e o pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis.

14.6 A inexecução total ou parcial do convênio ensejará na sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em Lei, cujos motivos para a referida rescisão são os previstos no Art. 78 da Lei 8.666/93.

14.7 O Município poderá rescindir o Convênio, independentemente de qualquer procedimento Judicial, observada a Legislação vigente, nos seguintes casos:
a) por infração a qualquer de suas cláusulas;
b) pedido de concordata, falência ou dissolução da CONVENIADO;
c) em caso de transferência, no todo ou em parte, das obrigações assumidas neste convênio, sem prévio e expresso aviso ao Município;
d) por comprovada deficiência no atendimento do objeto deste convênio;
e) mais de 3 (três) advertências.

14.8 A aplicação de penalidades para os casos de inexecução do objeto deste convênio, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado, inadimplemento contratual e demais condutas ilícitas será da competência do CONVENENTE através do Secretário(a) de Saúde, nos termos do § 3º, do art. 87, da Lei 8.666/93.

Assinado por 1 pessoa: MARCONI DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA VIGÊNCIA E DA PUBLICAÇÃO

15.1. O presente CONVÊNIO terá vigência de 12 (doze) meses, a contar de 04 de outubro de 2022, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

§ 1º. É obrigatória a publicação do extrato deste instrumento e seus aditivos no Diário Oficial do Município de Juiz de Fora ou em instrumentos correlatos.

15.2. A partir da vigência deste Convênio ficam rescindidos os seguintes Contratos: Contrato 01.2017.794, Contrato 01.2020.166, Contrato Nº 01.2022.129, Contrato N.º 01.2020.003 e Contrato Nº 01.2017.860.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

16 As partes elegem o Foro da Subseção Judiciária de Juiz de Fora, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do CONVÊNIO ora firmado que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justos e contratados, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora fixadas, firmou-se este Instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma e depois de lido e achado conforme pelas partes, vai por elas assinado, para os devidos efeitos legais.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 2022.

_____

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E
MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

_____

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

_____

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome:
CPF:

2._____
Nome:
CPF:

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

DOCUMENTO DESCRITIVO – ANO 2022

Parte integrante do Contrato nº **01.2022.____** (SS/PJF/HMTJ), Processo Eletrônico 13.365/2022, que contém:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no presente instrumento formal de contratualização;

II. As ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, a serem prestados pelo hospital;

III. As metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados;

IV. Os indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas, assim como os percentuais de repasses de recursos financeiros que estiverem vinculados ao cumprimento de metas; e

V. Os recursos financeiros, mensal e anual, e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

Em obediência à **cláusula terceira** do referido Contrato, os partícipes – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Secretaria de Saúde de Juiz de Fora decidem estabelecer o presente Documento Descritivo.

1 - IDENTIFICAÇÃO

Entidade **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus**			CNPJ 21.583.042-0001/72
Endereço R. Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus.		UF MG	GRS Juiz de Fora
Microrregião Juiz de Fora / MG	e-mail controladoria@hmtj.org.br; leandrobonoto@hmtj.org.br	CNES 2153084	
Telefone (32) 4009-2370 / 4009-2256 / 4009-2336		CEP 36.025-330	
Nome do responsável Marco Antônio Guimarães de Almeida		Função Diretor-Presidente	
CPF 485.399.966-34	CI M3040499	Órgão expedidor SSPMG	
Banco Caixa Econômica Federal - CEF	Conta Corrente 501701-0	Agência 1641	Praça Juiz de Fora

2 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo é parte integrante do CONTRATO e tem por objeto instrumentalizar as ações e serviços de saúde da contratada, definindo os compromissos e metas assistenciais, gerenciais e de qualidade, em conformidade com as diretrizes organizacionais do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e com as diretrizes da contratualização no âmbito do SUS, estabelecidos no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº. 2 de 29 de setembro de 2017 (Origem: Portarias MS/GM nº 3.390 e 3.410 de 30/12/2013).

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

São eixos orientadores deste Documento Descritivo:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
II. A definição dos compromissos nas áreas de assistência, gestão, ensino/pesquisa e avaliação em saúde que serão prestados pelo hospital;
III. O perfil de produção com os quantitativos estimados da prestação dos serviços e ações contratualizadas;
IV. Definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
V. A definição de indicadores para avaliação das metas de desempenho institucional; e
VI. A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

A contratada, conforme previsto no Art. 45 da Lei nº 8.080/90, garantirá acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica para cada uma de suas áreas de atuação, em consonância com a proposta organizacional da saúde para o Município e região, submetendo-se ainda às penalidades previstas em lei no caso de descumprimento.

As atividades assistenciais desenvolvidas e ofertadas pela Contratada serão reguladas pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF), a partir da demanda referenciada e/ou espontânea, conforme as normas instituídas pela Política Nacional de Regulação, aprovada por meio do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº. 2 de 28/09/2017, assegurando equidade, transparência e priorização de acesso por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

A contratada também se compromete a desenvolver seus serviços de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e em seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS, bem como as definidas nas normativas que regulamentam este instrumento.

2.1 - Caracterização Geral dos Serviços e Atividades Pactuadas e Contratadas

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, instituição filantrópica, inserida na Rede 100% SUS e contratualizada com o MS, através da Portaria 2.356 de 10 de outubro de 2013, obedece aos preceitos do Sistema Único de Saúde no atendimento aos pacientes com universalidade, equidade, integralidade, oferecendo 100% de seu atendimento aos pacientes do SUS.

Possui 290 (duzentos e noventa) leitos cadastrados no banco de dados do CNES, atendendo as mais diversas especialidades, com um corpo clínico multidisciplinar vasto e uma estrutura hospitalar moderna e arrojada que propicia qualidade e excelência do atendimento. Possui também serviço ambulatorial diversificado contando com 32 (trinta e duas) especialidades médicas, centro de fisioterapia, clínica odontológica, exames de apoio diagnóstico e toda uma estrutura voltada para a qualidade e eficácia no atendimento.

O HMTJ é uma instituição Acreditada pela Organização Nacional de Acreditação – ONA Nível III.

O HMTJ, para fortalecer seu vínculo acadêmico, possui 09 salas equipadas com Datashow, conectados à internet via business link, possibilitando ao aluno aulas interativas com DVD e CD-ROM.

3 - CAPACIDADE INSTALADA

A capacidade instalada da Contratada é apresentada nos quadros a seguir, que detalham quantitativamente o conjunto de ambientes que compõe as unidades de produção de serviço, os

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

leitos hospitalares totais e aqueles disponíveis para o SUS, a carga horária semanal de total dos profissionais de saúde por categoria e carga horária semanal de total dos profissionais médicos por especialidade, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Informações Gerais
Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
Ambulatorial		
Clínicas Especializadas	34	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Hospitalar		
Leitos de Alojamento Conjunto	30	0
Leitos RN Normal	5	0
Leitos RN Patológico	2	6
Sala de Cirurgia	1	0
Sala de Cirurgia	6	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Sala de Curetagem	1	0
Sala de Parto Normal	1	0
Sala de Pré-Parto	10	10
Sala de Recuperação	2	11
Urgência e Emergência		
Consultórios Médicos	3	0
Sala de Atendimento Indiferenciado	1	3
Sala de Atendimento a Paciente Crítico/Sala de Estabilização	3	0

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Equipamentos de Audiologia			
Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção	1	1	SIM
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	1	1	SIM
Equipamentos de Diagnostico por Imagem			
Raios X Dentário	2	2	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrasson Doppler Colorido	3	3	SIM
Ultrasson Ecógrafo	1	1	SIM
Equipamentos de Infra-Estrutura			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Equipamentos de Odontologia			
Amalgamador	1	1	SIM
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	6	6	SIM
Caneta de Alta Rotação	31	31	SIM

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Caneta de Baixa Rotação	31	31	SIM
Compressor Odontológico	1	1	SIM
Equipo Odontológico	30	30	SIM
Fotopolimerizador	30	26	SIM
Equipamentos para Manutenção da Vida			
Berço Aquecido	11	11	SIM
Bomba de Infusão	290	290	SIM
Desfibrilador	15	15	SIM
Equipamento de Fototerapia	16	16	SIM
Incubadora	18	16	SIM
Marcapasso Temporário	6	6	SIM
Monitor de ECG	80	80	SIM
Monitor de Pressão Invasiva	29	29	SIM
Monitor de Pressão Não-Invasiva	80	80	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	120	120	SIM
Respirador/Ventilador	61	61	SIM
Equipamentos por Métodos Gráficos			
Eletrocardiógrafo	5	5	SIM
Equipamentos por Métodos Ópticos			
Endoscópio Digestivo	8	8	SIM
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1	SIM
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscópio/Vídeo	4	4	SIM
Oftalmoscópio	3	3	SIM

Hospitalar – Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	40	40
85 - UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II*	10	10
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	2
ESPEC - CIRURGICO		
02 - CARDIOLOGIA	1	1
03 - CIRURGIA GERAL	29	29
06 - GINECOLOGIA	10	10
09 - NEUROCIRURGIA	4	4
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	8	8
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	97	97
42 - NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRÚRGICA	30	30
43 - OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIÁTRICO		

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	3	3
45 - PEDIATRIA CLINICA	13	13

* UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Clínica Escola de Fisioterapia

A Clínica Escola de Fisioterapia da FCMS/JF tem suas atividades desenvolvidas no ambulatório construído nas dependências do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus em Juiz de Fora, composta de recepção, consultório, boxes para atendimento termoterápico e eletroterápico, sala ampla de cinesioterapia com aparelhagem moderna e específica para a prática em estágio supervisionado do curso, tais como: estadiômetro infravermelho com pedestal e rodízio; aparelho de estimulação elétrica (TENS e FES juntos); infravermelho de mesa; óculos laser terapia 904nm e 660nm (terapeuta e paciente); caneta para laser 904 nm e 660 nm; aparelho ultrasson contínuo e pulsado; eletrodos de silicone; aparelho laser; lâmpada infravermelho; dispositivos de elástico exercícios resistidos (fixação); Sensyball relax; megascópios; sistema de fortalecimento muscular com polias; bicicleta ergométrica, dentre outros. A clínica escola oferece ainda aos alunos estágio em reabilitação hospitalar: leito e UTI.

Clínica Escola de Odontologia

A Clínica Escola de Odontologia situa-se no espaço do Hospital, o que favorece a formação multiprofissional e contribui para o atendimento a pacientes especiais. É o cenário próprio para que o estudante possa treinar as competências e desenvolver as habilidades necessárias para ser um profissional diferenciado. Num ambiente agradável e projetado para ser uma clínica odontológica de ponta, o aluno se depara com um universo de pacientes oriundos do SUS e referenciados por eles no Programa Integrador. A clínica oferece os melhores materiais de consumo para os alunos, que têm a oportunidade de atenderem os pacientes em diferentes níveis de complexidade.

Centro de Estudos e Biblioteca Virtual

O centro de estudos HMTJ tem a função de fornecer suporte bibliográfico e documentário a professores, alunos e demais segmentos do âmbito acadêmico ou dos serviços envolvidos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, projetada com o objetivo de proporcionar conforto e funcionalidade durante os estudos e pesquisas, o centro de estudos conta com uma área de 60 m², assim distribuída:

- acervo semi restrito; o aluno tem acesso direto ao livro podendo consultar o seu conteúdo.
- balcão de atendimento; onde é feito o atendimento ao usuário, empréstimos, devolução, reservas e orientações de pesquisa.
- laboratório de trabalho acadêmico contendo 8 (oito) computadores com acesso à internet, utilizado para pesquisa acadêmica onde os alunos têm acesso às bases de dados nacionais e internacionais.
- salão para leitura contendo 3 mesas para estudo e 7 cabines para estudo individual;

Além de uma equipe treinada para esclarecer dúvidas e efetuar os serviços de empréstimo/devolução e reserva do material bibliográfico.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

III - Do Quantitativo e Valor Estimado

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO		
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 154.715,80	R$ 1.856.589,60
INCENTIVO DE HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HMTJ CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
INCENTIVO REDE CEGONHA – RECURSOS FEDERAIS	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
INCENTIVO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
INCENTIVO RELATIVO AOS 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
INCENTIVO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA RUE, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
INCENTIVO CONTRATO DE GESTÃO PARA RUE INFANTIL 100%SUS - RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.585.753,14**	**R$ 67.029.037,68**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 37.162,40	R$ 445.948,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
TRIAGEM AUDITIVA RECURSO RETROATIVO 2019/2020 E 2021 SES MG		R$ 125.674,83
REPASSE SES/MG CONFORME A RESOLUÇÃO 7775/2021 SES MG (CARDIO OPME)	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
REPASSE SES/MG CONFORME RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021, QUE	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

ALTERA A RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.814/19 MEDIANTE APURAÇÃO E REPASSE DE RECURSO AO FMS PELA SES/MG.		
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 644.057,80**	**R$ 7.854.368,43**
TOTAL GERAL	**R$ 6.229.810,94**	**R$ 74.883.406,11**

4 – RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAIS MÉDICOS – HMTJ	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA
Médico - Anestesiologia	14	24H
Médico - Cancerologia Cirúrgica	-	24H
Médico - Cancerologia Clínica	-	24H
Médico - Cardiologia	-	24H
Médico - Cardiologia - Eletrofisiologia Clínica Invasiva	-	24H
Médico - Cardiologia Pediátrica	-	24H
Médico - Cirurgia Cardiovascular	-	24H
Médico - Cirurgia Crânio - Maxilo - Facial	-	24H
Médico - Cirurgia da Mão	-	24H
Médico - Cirurgia de Cabeça e Pescoço	-	24H
Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo	-	24H
Médico - Cirurgia Geral	02	24H
Médico - Cirurgia Pediátrica	01	24H
Médico - Cirurgia Plástica	-	24H
Médico - Cirurgia Torácica	-	24H
Médico - Cirurgia Vascular	-	24H
Médico - Clínica Médica	04	24H
Médico - Coloproctologia	-	24H
Médico - Dermatologia	-	24H
Médico - Ecocardiografia	-	24H
Médico - Endocrinologia e Metabologia	-	24H
Médico - Endoscopia Digestiva	-	24H
Médico - Gastroenterologia	-	24H
Médico - Gastroenterologia Pediátrica	-	24H
Médico - Genética Médica	-	24H
Médico - Geriatria	-	24H
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	02	24H
Médico - Hematologia e Hemoterapia	-	24H
Médico - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	-	24H
Médico - Hepatologia	-	24H
Médico - Infectologia	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho (PSS) - Temporário	-	24H
Médico - Medicina Intensiva	04	24H
Médico - Medicina Paliativa	-	24H

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Médico - Nefrologia	-	24H
Médico - Neonatologia	02	24H
Médico - Neurocirurgia	-	24H
Médico - Neurologia	01	24H
Médico - Neurologia Pediátrica	-	24H
Médico - Nutrologia	-	24H
Médico - Oftalmologia	-	24H
Médico - Ortopedia e Traumatologia	04	24H
Médico - Otorrinolaringologia	-	24H
Médico - Patologia	-	24H
Médico - Pediatria	02	24H
Médico - Pneumologia	-	24H
Médico - Psiquiatria	-	24H
Médico - Psiquiatria da Infância e Adolescência	-	24H
Médico - Radiologia e Diagnóstico por Imagem	-	24H
Médico - Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	-	24H
Médico - Radioterapia	-	24H
Médico - Reumatologia	-	24H
Médico - Transplante de Medula Óssea	-	24H
Médico - Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia	-	24H
Médico - Urologia	-	24H
Total	**36**	

Fonte: HMTJ (09/2022).

5 - COMPROMISSOS DA CONTRATADA

Eixo Assistencial

1. Assumir os seguintes compromissos de qualidade e resolubilidade da assistência:
   - Acolhimento dos pacientes, familiares e acompanhantes;
   - Estabelecimento de Plano Terapêutico Singular;
   - Desenvolvimento de abordagem multiprofissional;
   - Cuidado interdisciplinar;
   - Assistência psicossocial;
   - Adoção progressiva de linhas de cuidados multidisciplinares;
   - Fornecimento de medicamento e material médico-hospitalar;
   - Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
   - Manutenção e atualização do prontuário do paciente;
   - Oferta de suporte nutricional;
   - Participação da Central de notificação, captação e distribuição de órgãos – MG Transplantes;
   - Implementação de ações previstas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Cumprir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG os requisitos assistenciais e parâmetros definidos pelas portarias específicas de cada serviço no que tange às ofertas de consultas, exames, leitos e procedimentos cirúrgicos de média complexidade;

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

2. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores, integrando o hospital à Rede de Atenção à Saúde conforme pactuação loco regional;
3. Manter sob regulação da SS/JF a totalidade dos serviços prestados observadas as normas, rotinas operacionais e fluxos de acesso vigentes;
4. Garantir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG o acolhimento e atendimento 24 horas por dia, 07 dias por semana, aos pacientes encaminhados pelas centrais de regulação, bem como aqueles pacientes vinculados ao hospital;
5. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas a sua otimização, informando diariamente a disponibilidade de vagas à Central de Regulação de Vagas Hospitalares;
6. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP, contemplando:
   - Orientação verbal e formal aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento registrada no relatório de alta hospitalar;
   - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em particular com a Atenção Básica, com agendamento do atendimento no ponto de atenção específico de acordo com a vulnerabilidade e complexidade do cuidado demanda do pós-alta;
   - Preparação do usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para a continuidade dos cuidados, promoção a sua autonomia e reintegração familiar e social, articulando ações com o Serviço de Atenção Domiciliar do Município;
   - Inclusão da cópia do relatório de alta do atendimento prestado ao paciente no prontuário.

7. Implantar e/ou implementar as ações previstas no Título I, Capítulo VIII, Seção I da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28/09/2017 (Origem: Portaria MS/GM nº. 529 de 01/04/2013), que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Pacientes, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
   - Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente
   - Elaboração de planos de para Segurança do Paciente
   - Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente

8. Garantir que o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas neste Documento Descritivo;
9. Manter a visita ampliada para os usuários internados, inclusive nas unidades de terapia intensiva;
10. Garantir a presença do acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas de acordo com as legislações vigentes;
11. Prestar atendimento aos indígenas, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
12. Disponibilizar informações aos usuários ou responsável legal sobre as intervenções a serem realizadas, solicitando seu consentimento formal, livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com as legislações específicas;
13. Notificar casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos componentes da lista de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
14. Disponibilizar à autoridade sanitária, aos representantes da SS/JF formalmente designados, bem como ao usuário ou seu responsável legal, o acesso aos prontuários;
15. Diversificar as tecnologias de cuidado utilizadas no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família e que levem à redução do tempo de internação hospitalar, tais como hospital dia e cirurgia ambulatorial;
16. Proceder a prescrição de medicamentos, em consonância com a Relação de Medicamentos da SS/JF e/ou adotar o uso de medicamentos genéricos de acordo com o padrão da RENAME ou de normas e diretrizes específicas do Ministério da Saúde;

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

17. Promover a adesão do corpo clínico da instituição às normatizações, aos protocolos, às diretrizes clínicas e aos procedimentos vigentes no Sistema de Gerenciamento da Tabelado SUS(SIGTAP), responsabilizando-se pelo ônus financeiro decorrente do descumprimento;
18. Garantir a realização da consulta de retorno pós-alta hospitalar, quando está se fizer necessária;
19. Garantir o encaminhamento aos serviços complementares necessários aos pacientes internados sob sua responsabilidade;
20. Arquivar o prontuário dos pacientes pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, observando as normatizações vigentes;
21. Submeter-se às normas definidas pela SS/JF quanto ao fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de internações subseqüentes, o local de revisão de contas hospitalares e outros procedimentos necessários.

Eixo Hospitalar

1. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
2. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
3. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
4. Disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;
5. Dispor de Ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
6. Garantir em permanente funcionamento e de forma integrada, as seguintes comissões assessoras técnicas, conforme legislação vigente:
   - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
   - Comissão de Revisão de Prontuários
   - Comissão de Análise e Revisão de Óbitos
   - Comissão de Farmácia e Terapêutica
   - Núcleo de Segurança do Paciente
   - Comissão de Ética Profissional
7. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
8. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
9. Dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;
10. Alimentar os sistemas de notificação compulsória conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
11. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo Gestor Local;
12. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dados qualificados necessários para a alimentação de sistemas de monitoramento em saúde;
13. Indicar 02 (dois) representantes do Hospital para compor a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que deverá monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados;
14. Aplicar ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, gestão de risco, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação dos trabalhadores e usuários;
15. Desenvolver ações que garantam, ao longo do ano, a continuidade e regularidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino;

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

16. Comunicar formalmente em até 05 (cinco) dias úteis à SS/JF eventual alteração do Representante da Diretoria Técnica do Hospital e dos representantes do Hospital na Comissão de Acompanhamento da Contratualização;

17. Informar ao Departamento de Regulação de Internações Hospitalares a referência hospitalar para responder pela instituição durante horários não comerciais, incluindo plantão noturno, fins de semana e feriados, encaminhando mensalmente as mudanças da escala para o e-mail: crvh@pjf.mg.gov.br;

18. Atender prontamente às demandas da SS/JF com esclarecimentos pertinentes aos assuntos que envolvem o hospital;

19. Permitir acesso dos supervisores, auditores, membros das comissões institucionais e outros profissionais eventualmente ou permanentemente designados pela SS/JF para avaliar, supervisionar e acompanhar a execução dos serviços pactuados.

Eixo Ensino e Pesquisa

1. Disponibilizar ensino integrado à assistência;
2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
4. Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com a SS/JF;
5. Constituir equipe de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços de acordo com seu perfil de especialização conforme pactuado com a SS/JF;
6. Desenvolver atividades de pesquisa e de gestão de tecnologias em saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída mediante pactuação com a SS/JF;
7. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos caso o estabelecimento seja certificado como hospital de ensino:

- Abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde, excetuando-se as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e qualificado com o grau mínimo exigido para a concessão de bolsas;
- Abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, nomínimo,10 (dez) vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que disporão de programa específico e credenciado de Residência com no mínimo 10 (dez) vagas de ingresso anual;
- Garantir por iniciativa própria ou da instituição de ensino superior acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, de acordo, com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e por meio de convênio firmado com a Instituição de Ensino Superior, e ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa para a obtenção ou não de carta de anuência do Gestor Municipal, quando envolver custos adicionais ao sistema;
- Possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com número de títulos e periódicos compatível com as atividades de ensino e pesquisa universitária, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo interligada à Bireme

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

e às Bibliotecas Virtuais em Saúde, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica.

Eixo de Avaliação

1. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
2. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
3. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
4. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
5. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
6. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

6 - METAS QUANTITATIVAS

A definição das metas quantitativas mensais considerou, além dos parâmetros assistenciais definidos de acordo com a capacidade instalada, operacional e série histórica, as necessidades identificadas e acordadas entre o HMTJ e a SS/PJF.

A estrutura do quadro resumo apresentado no item 6.1 observou o formato e códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS).
Considerando as necessidades de prestação de serviços de média e alta complexidade para procedimentos específicos, foi incorporado no custo dos seguintes grupos de média complexidade os respectivos valores mencionados:

- No caso de necessidade de utilização de OPME não padronizadas na Tabela SUS, fica a cargo da Contratante a aquisição e disponibilização ao Contratado.

Nos subitens subseqüentes ao item 6.1 serão apresentados os quantitativos de referência mensal para procedimentos cujo detalhamento foi acordado entre as partes. Mediante acordo entre as partes a distribuição destes quantitativos pode sofrer variações, desde que não seja alterado o quantitativo total previsto.

6.1 - Metas Quantitativas Mensais

AMBULATORIAL MÉDIA COMPLEXIDADE		
Grupo 03.01 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS	**Quant. Físico**	**Valor Total**
Cardiologia	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Cardiopediatra		
Cirurgia geral		
Cirurgia pediátrica		
Cirurgia plástica		
Cirurgia tórax/ Tireóide		
Cirurgia Traumato-ortopédica		
Consulta Urgência/Emergência (ginecologia e obstetrícia)		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Dermatologia		
Endocrinologia		
Ortopedia Pé Torto Congênito		
Gastroenterologia infantil		
Gastroenterologia		
Geriatria		
Ginecologia e Obstetrícia		
Hematologia		
Hepatologia		
Infectologia		
Nefrologia		
Nefro-pediatria		
Neurologia		
Neuropediatria		
Ortopedia		
Pediatria		
Pneumologia		
Proctologia		
Psiquiatria		
Reumatologia		
Consulta cirurgia ambulatorial		
Urologia		
Total consulta especializada	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Grupo 03.02 - FISIOTERAPIA		
Sessões	2.000	R$ 23.000,00
Total Fisioterapia	**2.000**	**R$ 23.000,00**
Grupo 02.04 - RADIOLOGIA		
Raio – x simples (pós operatório trauma)	400	R$ 6.000,00
Total Raio-x	**400**	**R$ 6.000,00**
Grupo 02.05 - ULTRASSON		
Obstétrico		
Obstétrico com doppler colorido e pulsado		
Pélvico		
Mamas		
Transvaginal		
Abdome total	445	R$ 18.356,25
Morfológico		
Doppler colorido de vasos		
Parede inguinal		
Tireóide		
Renal Ap. Urinário		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO GOMES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Bolsa Escrotal		
Próstata Abdominal		
Próstata Transretal		
Articulações		
TOTAL	**445**	**R$ 18.356,25**
Grupo 02.05 - ECOCARDIOGRAMA		
Ecocardiografia Transtorácica	70	R$ 7.588,60
Eco de carótida (cada exame equivale a 04 vasos - 30 exames x 04 vasos)*	120	
TOTAL	**190**	**R$ 7.588,60**
Grupo 02.09 - ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA		
Endoscopia	240	R$ 47.317,20
Colonoscopia	180	
TOTAL	**420**	**R$ 47.317,20**
Grupo 02.11 - EXAMES AMBULATORIAIS		
Teste de Esforço / Teste Ergométrico	25	R$ 13.387,50
Colposcopia	80	
Eletroneuromiograma (ENMG)	20	
Histeroscopia	70	
TOTAL	**195**	**R$ 13.387,50**
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL		
02.11.07.027-0 - Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha) e 02.11.07.014-9 – Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	178	**R$ 2.405,90**
TOTAL	**178**	**R$2.405,90**
Grupo 04.09- PEQUENAS CIRURGIAS		
0409 Vasectomia	40	R$ 36.776,40
0401 Outras pequenas cirurgias pele, subcutânea, mucosa e aparelho geniturinário	80	
Total	**120**	**R$ 36.776,40**
Grupo 04.17 – ANESTESIOLOGIA		
Sedação	56	**R$ 9.954,19**
Anestesia regional	70	
TOTAL	**126**	**R$ 9.954,19**
TOTAL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDIA COMPLEXIDADE	**8.621**	**R$ 220.790,04**

Assinado por 1 pessoa: MARCIA ADRIANA DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

HOSPITALAR MÉDIA COMPLEXIDADE		
LEITOS ESPECIALIDADES	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
CIRÚRGICO	370	R$ 613.643,00
CLÍNICO	320	R$ 728.000,00
OBSTÉTRICO	210	R$ 234.000,00
PEDIÁTRICO	100	R$ 35.775,10
TOTAL GERAL INTERNAÇÕES	**1.000**	**R$ 1.611.418,10**
UTI Adulto 20 x 28 diárias	560	R$ 268.083,20
UTI Pediátrica 02 x 30 diárias	60	R$ 28.723,20
UTI Neonatal 08 x 30 diárias	240	R$ 114.892,80
Nutrição Enteral - Portaria nº 1.845 de 27/08/13		R$ 25.805,70
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL		**R$ 437.504,90**
TOTAL INTERNAÇÃO	**1.000**	**R$ 2.048.923,00**
TOTAL PRÉ-FIXADO	**9.621**	**R$ 2.269.713,04**
ALTA COMPLEXIDADE		
Alta Complexidade Ambulatorial	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cateterismo	20	R$ 13.074,40
Litotripsia	160	R$ 24.088,00
Total Alta Complexidade Ambulatorial	**180**	**R$ 37.162,40**
Alta Complexidade Hospitalar	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cirurgia Cardiovascular	20	R$ 140.000,00
Cirurgia Ortopédicas de AC	96	R$ 228.133,40
Total Alta Complexidade Hospitalar	**116**	**R$ 368.133,40**
TOTAL PÓS-FIXADO AC HOSPITALAR	**296**	**R$ 405.295,80**
FINANCIAMENTO FAEC – PÓS FIXADO		
FAEC Cirurgia Cardiologia Pediátrica	10	R$ 125.000,00
FAEC Hospitalar (Bariátrica)	8	R$ 80.000,00
TOTAL FAEC (PÓS-FIXADO)	**18**	**R$ 205.000,00**

INCENTIVOS - PRÉ-FIXADO	Quant. Físico	Valor Unitário
INCENTIVO IAC		R$ 616.727,50
INTEGRA SUS		R$ 6.635,35
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO		R$ 68.062,76
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA		R$ 32.000,00
INCENTIVO 100% SUS RECURSO FEDERAL		R$ 154.715,80
INCENTIVO DE HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HMTJ CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.		R$ 449.862,50

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

INCENTIVO REDE CEGONHA – RECURSOS FEDERAIS		R$ 70.360,32
INCENTIVO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.		R$ 272.085,88
INCENTIVO RELATIVO AOS 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		R$ 438.000,00
INCENTIVO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA RUE, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100% SUS		R$ 240.720,64
INCENTIVO CONTRATO DE GESTÃO PARA RUE INFANTIL 100%SUS - RECURSOS DO TESOURO MUNICIPALRECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS		R$ 966.869,35
TOTAL INCENTIVOS MENSAL		**R$ 3.316.040,10**

7 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Para fins de remuneração de 60% do valor pré-fixado, será realizada a análise de desempenho das metas quantitativas, constituído pela produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, e os incentivos que observarão regramento próprio.

A Alta Complexidade e o FAEC não serão submetidos à análise de desempenho, com vistas ao repasse de recursos, posto que serão remunerados pelo que for produzido e autorizado pelo gestor do SUS.

A análise de desempenho das metas quantitativas considerará os dados de produção apresentada, oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), devendo considerar, se devidamente comprovado e oficializado: ocorrência de perda primária (não agendamento pelo gestor do SUS); o absenteísmo de usuários aos serviços ofertados pelo HMTJ; outros fatores que possam impactar a prestação de serviços ofertados pelo HMTJ para fins de estabelecimento da pontuação obtida.

As metas pactuadas deverão ser analisadas por grupos de programação, calculando-se o percentual de execução pela média quadrimestral, para a Média Complexidade Ambulatorial e Média Complexidade Hospitalar.

Para cálculo de desempenho das metas quantitativas, a planilha a seguir deverá ser utilizada como modelo. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores. Na planilha a seguir, excluem-se os valores da Terapia Nutricional.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS (60%)

Grupo	Meta	Valor mensal	Percentual	Produção	Apuração	Apuração –

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

	mensal - Proced. (A)	pactuado (R$) (B)	do valor mensal (C)	média mensal - Proced. (D)	– Física (E)	Financeira (R$) (F)
Proced. Ambulatoriais de média complexidade	8.601	220.790,04	9,73%			
Clínica Cirúrgica	370					
Clínica Médica	320					
Clínica Pediátrica	100					
Clínica Obstétrica	210					
UTI Adulto 20 x 28 diárias		2.048.923,00	90,27%			
UTI Pediátrica 2 x 30 diárias						
UTI Neonatal 8 x 30 diárias						
NUTRIÇÃO ENTERAL- PORTARIA Nº 1.845 de 27/08/13						
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL	1.000	2.048.923,00	90,27%			
TOTAL AMB + HOSP	**9.601**	**2.269.713,04**	**100,00%**			

Após o cálculo do desempenho geral da Média Complexidade Ambulatorial e de Internação, por meio do campo Apuração(F), deverá ser aplicado o quadro Remuneração – Metas Quantitativas, apresentado a seguir, para definição do valor mensal a ser repassado ao HMTJ, relativo ao desempenho da meta quantitativa referente a cada período:

REMUNERAÇÃO – METAS QUANTITATIVAS			
Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado	1.888.712,67
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado	1.699.841,40
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado	1.510.970,14
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado	1.322.098,87
6°	< 70%	PRODUÇÃO	

No caso de cumprimento inferior a 70% das metas quantitativas pactuadas, o pagamento deverá ser por produção processada e aprovada no sistema SIA e SIH.

8 - METAS QUALITATIVAS

Para análise das metas qualitativas serão considerados os indicadores abaixo, que estão relacionados à qualidade da atenção hospitalar nas dimensões – assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação:

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

8.1 – Metas qualitativas

Nº	Indicador	Meta	Pontuação
			Previsto
8.1	**Metas assistenciais e políticas prioritárias**		**50**
8.1.1	Tempo médio de permanência - Geral	06 dias	≤ 6=6 >6≥7,5=4 >7,5=0
8.1.2	Tempo médio de permanência UTI Adulto	13 dias	≤13 = 7 >13<15 = 4 >15 = 0
8.1.3	Taxa mortalidade institucional	4,50 %	≤4,5 = 7 >4,5<9 = 4 >9 = 0
8.1.4	Mensurar nº de procedimentos ambulatoriais processados por subgrupo (totalizam 9.621 procedimentos/mês)	100,00 %	>100 = 8 <90>75 = 4 <75 = 0
8.1.5	Taxa de cesárea	35,00 %	≤35=7 >35≥40=4 >40=0
8.1.6	Taxa de ocupação de leitos de UTI	90,00 %	>90 = 8 <90>75 = 4 <75 = 0
8.1.7	Taxa de ocupação de leitos	85,00 %	>85 = 7 <85 >65 = 4 <65 = 0
8.2	**Metas de gestão**		**15**
8.2.1	Investigação das causas de mortalidade materna	100%	5
8.2.2	Revisão de prontuários pela CCIH	100 %	5
8.2.3	Notificar suspeita de violência, de acordo com legislação específica	100 %	5
8.3	**Metas de Ensino e Pesquisa**		**20**
8.3.1	Número de capacitação e/ou treinamentos desenvolvidos e implementados para os trabalhadores do hospital através do plano semestral de atividades	40 por quadrimestre	7
8.3.2	Número de Pesquisas Científicas que compreendem trabalhos realizados na instituição: Iniciação Científica, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e trabalhos de Pesquisa Clínica coordenados pelo CEPEC (Centro de Pesquisa Clínica) do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF	10 por quadrimestre	7
8.3.3	Taxa de registro de óbitos com causa básica definida	80%	6
8.4	**Metas de Avaliação**		**15**
8.4.1	Índice de Satisfação do Usuário	90 %	5

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

8.4.2	Avaliar a assistência e controlar os riscos através da notificação de incidentes e eventos adversos classificados como grave e moderado, aferida através de planos de ação e/ou ações corretivas para minimizar riscos e assegurar os processos de trabalho	100 %	5
8.4.3	Retorno aos usuários das reclamações feitas nos canais de captação da ouvidoria	80 %	5
TOTAL			**100**

9 - METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, estará condicionado ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminadas neste Documento Descritivo. Excetua-se deste valor os incentivos que observarão regramento próprio.

As metas pactuadas terão pontuação para cada um dos eixos assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação, e conforme a pontuação obtida, após a análise de desempenho, deverá ser realizado o repasse considerando o quadro a seguir. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores.

REMUNERAÇÃO MENSAL – METAS QUALITATIVAS		
Desempenho geral das Metas Qualitativas	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
90 pontos ou mais	100% dos 40% Pré-fixado	1.259.141,78
80 a 89 pontos	90% dos 40% Pré-fixado	1.133.227,60
65 a 79 pontos	80% dos 40% Pré-fixado	1.007.313,42
59 a 64 pontos	70% dos 40% Pré-fixado	881.399,25
41 a 58 pontos	60% dos 40% Pré-fixado	755.485,07
Até 40 pontos	50% dos 40% Pré-fixado	629.570,89

10 - PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para a execução do presente Contrato, o HMTJ receberá mensalmente recursos financeiros da Secretaria de Saúde, de acordo com o estabelecido no presente Documento Descritivo, sob a modalidade de orçamentação parcial, subdividido da forma a seguir:

I. Valor Pré-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros, que fazem parte do teto MAC do Município e Tesouro Municipal, que remontam mensalmente em **R$ 3.147.854,45 (três milhões, cento e quarenta e sete mil, oitocentos e cinqüenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos)**, com detalhamento de tipo e valor, sendo o repasse vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, conforme detalhado no Documento Descritivo e considerando a seguinte composição:

a) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente o valor **R$ 1.888.712,67 (um milhão, oitocentos e oitenta e oito mil, setecentos e doze reais e sessenta e sete centavos)** vinculado ao cumprimento das Metas Quantitativas.

b) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente em **R$ 1.259.141,78 (um milhão, duzentos e cinqüenta e nove mil, cento e quarenta e um reais**

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

e setenta e oito centavos) vinculando ao cumprimento das Metas Qualitativas.

II. Valor Pós-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), estimando-se um valor médio mensal de **R$ 644.057,80 (seiscentos e quarenta e quatro mil, cinqüenta e sete reais e oitenta centavos)**, pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), Tesouro Municipal e Recursos da SES/MG.

No quadro a seguir é apresentada a Programação Orçamentária:

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA **PRÉ-FIXADO**	**MENSAL**	**ANUAL**
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 154.715,80	R$ 1.856.589,60
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.147.854,45**	**R$ 37.774.253,40**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO GOMES BARONE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.585.753,14**	**R$ 67.029.037,68**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 37.162,40	R$ 445.948,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
TRIAGEM AUDITIVA RECURSO RETROATIVO 2019/2020 E 2021 SES MG		R$ 125.674,83
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)-ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que **ocorrerá trimestralmente**, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento Detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 644.057,80**	**R$ 7.854.368,43**
TOTAL GERAL	**R$ 6.229.810,94**	**R$ 74.883.406,11**

10.1. Considerando a programação orçamentária apresentada, o presente contrato tem, portanto, valor anual estimado equivalente a **R$ 74.883.406,11**(setenta e quatro milhões oitocentos e oitenta e três

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

mil, quatrocentos e seis reais e onze centavos).

11 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação da execução do Contrato será realizado pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar eventualmente com outros órgãos e setores competentes da gestão do SUS, conforme descrito na cláusula sétima deste Contrato, observada ainda, a metodologia de análise de desempenho das metas qualitativas e quantitativas, disposta nos itens nº 7 e 9 deste Documento Descritivo.

12 – TERMO DE ADESÃO À REDE 100% SUS

12.1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade Produção Atual	Novo Serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias ortopédicas
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Expansão leitos de UTI Pediátricas	2 leitos	6 leitos	8 leitos
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1.000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

12.2. O Contratado se compromete a:

12.2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

12.2.2 - Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

12.2.3 - Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade com o SUS Fácil.

12.2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no SUSFácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

12.2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Contrato e da Auditoria;

12.2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15 <90>75 = 10 <75 = 0

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	**Meta**	**Pontuação** **Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

12.4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
10.4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
12.4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
12.4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
12.4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

12.5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;

12.5.1. O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil, oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão
3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

12.5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

O Diretor Clínico da CONTRATADA deverá assumir compromisso com a Secretaria de Saúde, garantir a aquiescência por parte de seu corpo clínico para execução de todas as metas físicas e orçamentárias pactuadas no contrato, podendo, em caso de descumprimento do atendimento ao paciente do SUS, por qualquer médico que atue na Instituição, a direção responder por infração ética e/ou penalidades previstas no Termo.

Juiz de Fora, __ de _____ de 2022.

Processo Eletrônico13.365/2022.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 6F08-011C-0448-8C6A

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 04/10/2022 16:47:49 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/6F08-011C-0448-8C6A

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/6F08-011C-0448-8C6A e informe o código 6F08-011C-0448-8C6A

Juiz de Fora
Prefeitura

TERMO DE ADESÃO À REDE 100% SUS-JF

O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)**, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por seu diretor-presidente Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34, firma o presente Termo de Adesão à Rede 100% SUS-JF assumindo com o **MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 18.338.178/0001-02, com sede na Avenida Brasil, nº 2001, centro, CEP 36.060-010, neste ato representado pela Prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68 e pelo Secretário Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, os seguintes compromissos:

Adesão à Rede 100% SUS pelo CONVÊNIO, nos termos do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011, que objetiva o aumento da oferta de leitos e serviços de saúde aos usuários do SUS-JF, mediante aporte de recursos financeiros adicionais do Tesouro Municipal, para os seguintes compromissos:

1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade/produção atual	Novo serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Expansão leitos de UTI Pediátricas	2 leitos	6 leitos	8 leitos
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações	830	170	1.000

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Hospitalares de média complexidade			
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

2. O CONVENIADO SE COMPROMETE A:

2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

2.2 - Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

2.3 - Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade dom o Sus Fácil.

2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no Sus Fácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Convênio e da Auditoria;

2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15 <90>75 = 10 <75 = 0

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	Meta	Pontuação Previsto
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
4.2. Avaliação “in loco” das internações, altas e disponibilização de leitos;
4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;
5.1. O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão
3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

6. O não cumprimento das metas definidas neste Termo de Adesão, sem justificativa aceita por esta Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, caracteriza desistência da adesão à Rede 100% SUS, e implicará na suspensão do repasse pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora do incentivo de adesão à Rede 100% SUS, ficando, no entanto, ressalvado ao aderente o direito ao recebimento de repasses referentes aos serviços realizados até a data de eventual rescisão.

Por ser verdade, firma-se o presente Termo, que segue assinado pelas partes interessadas.

Juiz de Fora, ... de ..... de 2022.

_____

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E
MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

_____

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

_____

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 21D7-B8F2-CD3E-B873

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 04/10/2022 16:44:28 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/21D7-B8F2-CD3E-B873

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/21D7-B8F2-CD3E-B873 e informe o código 21D7-B8F2-CD3E-B873

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: ADBE-0669-9FF7-0A2C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI (CPF 536.XXX.XXX-68) em 04/10/2022 18:21:03 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/ADBE-0669-9FF7-0A2C

Assinado por 1 pessoa: MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/2FCA-40EC-F784-C58B e informe o código 2FCA-40EC-F784-C58B

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 2FCA-40EC-F784-C58B

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARGARIDA SALOMÃO (CPF 135.XXX.XXX-68) em 04/10/2022 23:29:00 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/2FCA-40EC-F784-C58B

Nº 08.2022.032/01

TERMO ADITIVO AO CONVENIO N° 08.2022.032 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, denominado **MUNICÍPIO** neste ato representado por sua prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68, com interveniência da Secretaria de Saúde, neste ato representada por seu Secretário de Saúde, Sr. Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, doravante denominada **CONVENENTE** e o HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado CONVENIADO, resolvem de comum acordo e considerando os documentos anexados ao processo administrativo eletrônico nº 13.365/2022, obedecidas as disposições da Constituição Federal, art. 196 e ss., na Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.666/93, celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, mediantes as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1.1. Em decorrência da necessidade de prestação dos respectivos serviços, fica prorrogado, pelo período de 04 (quatro) meses, a partir d**e 04 de outubro de 2023.**

CLÁUSULA SEGUNDA
DA JUSTIFICATIVA

2.1 Justificam este aditivo os expedientes afins contidos no processo administrativo 13.365/2022, permanecendo em vigor as demais cláusulas e condições do CONVÊNIO institucional constante do mesmo processo, correm por conta das seguintes dotações orçamentárias:

PTRES: 10.302.0003.2279.6050	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6051	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6050	Nat.despesas: 339039	Fonte: 2.500.009918
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.621.000000
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.621.000000

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

PTRES: 10.302.0003.2284.5800 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.4029 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 Permanecem vigentes e inalteradas todas as demais cláusulas do CONVÊNIO originário.

E, para firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Juiz de Fora, de outubro de 2023

MARIA MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIA DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CONVENIADA

Testemunhas:
1)_____
2)_____

Processo 13.365/2022

Assinado por 1 pessoa: MARIA MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

TERMO DE ADESÃO À REDE
100% SUS-JF

O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)**, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por seu diretor-presidente Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34, firma o presente Termo de Adesão à Rede 100% SUS-JF assumindo com o **MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 18.338.178/0001-02, com sede na Avenida Brasil, nº 2001, centro, CEP 36.060-010, neste ato representado pela Prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68 e pelo Secretário Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, os seguintes compromissos:

Adesão à Rede 100% SUS pelo CONVÊNIO, nos termos do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011, que objetiva o aumento da oferta de leitos e serviços de saúde aos usuários do SUS-JF, mediante aporte de recursos financeiros adicionais do Tesouro Municipal, para os seguintes compromissos:

1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	**Capacidade/ produção atual**	**Novo serviço**	**Total com expansão**
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Plantão de pediatria clínica de porta	não existente	manter escala de plantão	escala de plantão de pediatria
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações	830	170	1.000
Hospitalares de média complexidade			

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

2. O CONVENIADO SE COMPROMETE A:

2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

2.2- Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

2.3- Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade dom o Sus Fácil.

2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no Sus Fácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Convênio e da Auditoria;

2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10
		<85>65 = 5
		<65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10
		<90>75 = 5
		<75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15
		<90>75 = 10
		<75 = 0

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	**Meta**	**Pontuação Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito	≥20 consultas	>20 = 10
no SSREG		<10>75 = 5 <10 = 0

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estimulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estimulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;
5.1. O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	**Faixa (Conforme Avaliação)**	**Percentual a repassar**
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE SOUZA ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

6. O não cumprimento das metas definidas neste Termo de Adesão, sem justificativa aceita por esta Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, caracteriza desistência da adesão à Rede 100% SUS, e implicará na suspensão do repasse pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora do incentivo de adesão à Rede 100% SUS, ficando, no entanto, ressalvado ao aderente o direito ao recebimento de repasses referentes aos serviços realizados até a data de eventual rescisão.

Por ser verdade, firma-se o presente Termo, que segue assinado pelas partes interessadas.

Juiz de Fora, de outubro de 2023.

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE SOUZA ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 1491-509A-1AD6-96FC

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 03/10/2023 17:01:01 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/1491-509A-1AD6-96FC

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/1491-509A-1AD6-96FC e informe o código 1491-509A-1AD6-96FC

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 77DE-CB2D-B651-8C01

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI (CPF 536.XXX.XXX-68) em 04/10/2023 08:51:41 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/77DE-CB2D-B651-8C01

Assinado por 1 pessoa: MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/5A5A-725A-3ED6-DF96 e informe o código 5A5A-725A-3ED6-DF96

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 5A5A-725A-3ED6-DF96

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARGARIDA SALOMÃO (CPF 135.XXX.XXX-68) em 04/10/2023 17:40:33 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/5A5A-725A-3ED6-DF96

Nº 08.2022.032/02

TERMO ADITIVO AO CONVENIO N° 08.2022.032 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, denominado **MUNICÍPIO** neste ato representado por sua prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68, com interveniência da Secretaria de Saúde, neste ato representada por seu Secretário de Saúde, Sr. Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, doravante denominada **CONVENENTE** e o HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado CONVENIADO, resolvem de comum acordo e considerando os documentos anexados ao processo administrativo eletrônico nº 13.365/2022, obedecidas as disposições da Constituição Federal, art. 196 e ss., na Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.666/93, celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, mediantes as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1.1. Em decorrência da necessidade de prestação dos respectivos serviços, fica prorrogado, pelo período de 04 (quatro) meses, a partir de **04 de fevereiro de 2024.**

1.2. A cláusula nona item 9.2 passa a vigorar conforme abaixo:
Os valores Pré e Pós-fixados deste Convênio estão discriminados na Programação Orçamentária constante no quadro a seguir, sendo o valor global anual de R$ 77.629.104,00 (setenta e sete milhões, seiscentos e vinte e nove mil e cento e quatro reais) e valor global mensal de R$ 6.469.092,00(seis milhões, quatrocentos e sessenta e nove mil e noventa e dois reais).

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 340.571,86	R$ 4.086.862,32

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.333.710,51**	**R$ 40.004.526,12**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.771.609,20**	**R$ 69.259.310,40**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 1.087.048,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.		
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 697.482,80**	**R$ 8.369.793,60**
TOTAL GERAL	**R$ 6.469.092,00**	**R$ 77.629.104,00**

1.2.1. O valor total Pré-Fixado considerou a atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS, que será repassado mediante ingresso do recurso conforme Portaria GM/MG nº 961 de 17 de julho de 2023 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras para novas adesões e para solicitação de atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS destinado a unidades hospitalares que se caracterizem como entidades privadas sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde - SUS.

1.3. A cláusula décima item 10.2 passa a vigorar conforme planilha abaixo:

Procedimento	**Capacidade/ produção atual**	**Novo serviço**	**Total com expansão**
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermar	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20
Disponibilização de pediatra 24h para atuar em conjunto com os demais especialistas no		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

atendimento ao trauma infantil.			
Complemento das 860 diárias de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), considerando o valor da Tabela conforme Portaria GM/MS nº 160/2022		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

1.5. A cláusula décima item 10.3, passa a vigorar conforme planilha abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	Meta	**Pontuação Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
Apresentação da escala mensal para atendimento de porta trauma infantil		Cumpriu = 5 Cumpriu parcialmente= 2,5 Não cumpriu = 0
TOTAL		**100**

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

1.4. O valor global anual do CONVÊNIO passará a ser R$77.629.104,00 (setenta e sete milhões, seiscentos e vinte e nove mil, cento e quatro reais)

1.5. Justificam este aditivo os expedientes afins contidos no processo administrativo 13.365/2022, permanecendo em vigor as demais cláusulas e condições do CONVÊNIO institucional constante do mesmo processo, correm por conta das seguintes dotações orçamentárias:

PTRES: 10.302.0003.2279.6050	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6051	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6050	Nat.despesas: 339039	Fonte: 1.500.009918
PTRES:10.302.0003.2279.6050	Nat.despesas: 339039	Fonte: 2.500.009918
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2284.0000	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.0000	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 Permanecem vigentes e inalteradas todas as demais cláusulas do CONVÊNIO originário.

E, para firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Juiz de Fora, de janeiro de 2024.

MARIA MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIA DE SAÚDE

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunhas:
1)_____
2)_____
Processo Administrativo: 13.365/2022

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

DOCUMENTO DESCRITIVO – ANO 2024

Parte integrante do Convênio nº **08.2022.032** (SS/PJF/HMTJ), Processo Eletrônico 13.365/2022, que contém:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no presente instrumento formal de contratualização;

II. As ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, a serem prestados pelo hospital;

III. As metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados;

IV. Os indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas, assim como os percentuais de repasses de recursos financeiros que estiverem vinculados ao cumprimento de metas; e

V. Os recursos financeiros, mensal e anual, e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

Em obediência à **cláusula terceira** do referido Contrato, os partícipes – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Secretaria de Saúde de Juiz de Fora decidem estabelecer o presente Documento Descritivo.

1 - IDENTIFICAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="3">Entidade
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus</td><td colspan="2">CNPJ
21.583.042-0001/72</td></tr>
<tr><td colspan="3">Endereço
R. Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus.</td><td>UF
MG</td><td>GRS
Juiz de Fora</td></tr>
<tr><td>Microrregião
Juiz de Fora / MG</td><td colspan="2">e-mail
controladoria@hmtj.org.br;
leandrobonoto@hmtj.org.br</td><td colspan="2">CNES
2153084</td></tr>
<tr><td colspan="3">Telefone
(32) 4009-2370 / 4009-2256 / 4009-2336</td><td colspan="2">CEP
36.025-330</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nome do responsável
Marco Antônio Guimarães de Almeida</td><td colspan="3">Função
Diretor-Presidente</td></tr>
<tr><td>CPF
485.399.966-34</td><td colspan="2">CI
M3040499</td><td colspan="2">Órgão expedidor
SSPMG</td></tr>
<tr><td>Banco
Caixa Econômica Federal - CEF</td><td>Conta Corrente
501701-0</td><td>Agência
1641</td><td colspan="2">Praça
Juiz de Fora</td></tr>
</table>

2 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo é parte integrante do CONVÊNIO e tem por objeto instrumentalizar as ações e serviços de saúde da conveniada, definindo os compromissos e metas assistenciais, gerenciais e de qualidade, em conformidade com as diretrizes organizacionais do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e com as diretrizes da contratualização no âmbito do SUS, estabelecidos no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº. 2 de 29 de setembro de 2017 (Origem: Portarias MS/GM nº 3.390 e 3.410 de 30/12/2013).

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

São eixos orientadores deste Documento Descritivo:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
II. A definição dos compromissos nas áreas de assistência, gestão, ensino/pesquisa e avaliação em saúde que serão prestados pelo hospital;
III. O perfil de produção com os quantitativos estimados da prestação dos serviços e ações contratualizadas;
IV. Definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
V. A definição de indicadores para avaliação das metas de desempenho institucional; e
VI. A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

A conveniada, conforme previsto no Art. 45 da Lei nº 8.080/90, garantirá acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica para cada uma de suas áreas de atuação, em consonância com a proposta organizacional da saúde para o Município e região, submetendo-se ainda às penalidades previstas em lei no caso de descumprimento.

As atividades assistenciais desenvolvidas e ofertadas pela conveniada serão reguladas pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF), a partir da demanda referenciada e/ou espontânea, conforme as normas instituídas pela Política Nacional de Regulação, aprovada por meio do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº. 2 de 28/09/2017, assegurando equidade, transparência e priorização de acesso por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

A conveniada também se compromete a desenvolver seus serviços de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e em seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS, bem como as definidas nas normativas que regulamentam este instrumento.

2.1 - Caracterização Geral dos Serviços e Atividades Pactuadas e Conveniadas

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, instituição filantrópica, inserida na Rede 100% SUS e contratualizada com o MS, através da Portaria 2.356 de 10 de outubro de 2013, obedece aos preceitos do Sistema Único de Saúde no atendimento aos pacientes com universalidade, equidade, integralidade, oferecendo 100% de seu atendimento aos pacientes do SUS.

Possui 290 (duzentos e noventa) leitos cadastrados no banco de dados do CNES, atendendo as mais diversas especialidades, com um corpo clínico multidisciplinar vasto e uma estrutura hospitalar moderna e arrojada que propicia qualidade e excelência do atendimento. Possui também serviço ambulatorial diversificado contando com 32 (trinta e duas) especialidades médicas, centro de fisioterapia, clínica odontológica, exames de apoio diagnóstico e toda uma estrutura voltada para a qualidade e eficácia no atendimento.

O HMTJ é uma instituição Acreditada pela Organização Nacional de Acreditação – ONA Nível III.

O HMTJ, para fortalecer seu vínculo acadêmico, possui 09 salas equipadas com Datashow, conectados à internet via business link, possibilitando ao aluno aulas interativas com DVD e CD-ROM.

3 - CAPACIDADE INSTALADA

A capacidade instalada da Conveniada é apresentada nos quadros a seguir, que detalham quantitativamente o conjunto de ambientes que compõe as unidades de produção de serviço, os

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

leitos hospitalares totais e aqueles disponíveis para o SUS, a carga horária semanal de total dos profissionais de saúde por categoria e carga horária semanal de total dos profissionais médicos por especialidade, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Informações Gerais
Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
Ambulatorial		
Clínicas Especializadas	34	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Hospitalar		
Leitos de Alojamento Conjunto	30	0
Leitos RN Normal	5	0
Leitos RN Patológico	2	6
Sala de Cirurgia	1	0
Sala de Cirurgia	6	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Sala de Curetagem	1	0
Sala de Parto Normal	1	0
Sala de Pré-Parto	10	10
Sala de Recuperação	2	11
Urgência e Emergência		
Consultórios Médicos	3	0
Sala de Atendimento Indiferenciado	1	3
Sala de Atendimento a Paciente Crítico/Sala de Estabilização	3	0

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Equipamentos de Audiologia			
Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção	1	1	SIM
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	1	1	SIM
Equipamentos de Diagnostico por Imagem			
Raios X Dentário	2	2	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrasson Doppler Colorido	3	3	SIM
Ultrasson Ecógrafo	1	1	SIM
Equipamentos de Infra-Estrutura			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Equipamentos de Odontologia			
Amalgamador	1	1	SIM
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	6	6	SIM
Caneta de Alta Rotação	31	31	SIM

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Caneta de Baixa Rotação	31	31	SIM
Compressor Odontológico	1	1	SIM
Equipo Odontológico	30	30	SIM
Fotopolimerizador	30	26	SIM
Equipamentos para Manutenção da Vida			
Berço Aquecido	11	11	SIM
Bomba de Infusão	290	290	SIM
Desfibrilador	15	15	SIM
Equipamento de Fototerapia	16	16	SIM
Incubadora	18	16	SIM
Marcapasso Temporário	6	6	SIM
Monitor de ECG	80	80	SIM
Monitor de Pressão Invasiva	29	29	SIM
Monitor de Pressão Não-Invasiva	80	80	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	120	120	SIM
Respirador/Ventilador	61	61	SIM
Equipamentos por Métodos Gráficos			
Eletrocardiógrafo	5	5	SIM
Equipamentos por Métodos Ópticos			
Endoscópio Digestivo	8	8	SIM
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1	SIM
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscópio/Vídeo	4	4	SIM
Oftalmoscópio	3	3	SIM

Hospitalar – Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	40	40
85 - UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II*	10	10
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	2
ESPEC - CIRURGICO		
02 - CARDIOLOGIA	1	1
03 - CIRURGIA GERAL	29	29
06 - GINECOLOGIA	10	10
09 - NEUROCIRURGIA	4	4
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	8	8
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	97	97
42 - NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRÚRGICA	30	30
43 - OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIÁTRICO		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	3	3
45 - PEDIATRIA CLINICA	13	13

* UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Clínica Escola de Fisioterapia

A Clínica Escola de Fisioterapia da FCMS/JF tem suas atividades desenvolvidas no ambulatório construído nas dependências do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus em Juiz de Fora, composta de recepção, consultório, boxes para atendimento termoterápico e eletroterápico, sala ampla de cinesioterapia com aparelhagem moderna e específica para a prática em estágio supervisionado do curso, tais como: estadiômetro infravermelho com pedestal e rodízio; aparelho de estimulação elétrica (TENS e FES juntos); infravermelho de mesa; óculos laser terapia 904nm e 660nm (terapeuta e paciente); caneta para laser 904 nm e 660 nm; aparelho ultrasson contínuo e pulsado; eletrodos de silicone; aparelho laser; lâmpada infravermelho; dispositivos de elástico exercícios resistidos (fixação); Sensyball relax; megascópios; sistema de fortalecimento muscular com polias; bicicleta ergométrica, dentre outros. A clínica escola oferece ainda aos alunos estágio em reabilitação hospitalar: leito e UTI.

Clínica Escola de Odontologia

A Clínica Escola de Odontologia situa-se no espaço do Hospital, o que favorece a formação multiprofissional e contribui para o atendimento a pacientes especiais. É o cenário próprio para que o estudante possa treinar as competências e desenvolver as habilidades necessárias para ser um profissional diferenciado. Num ambiente agradável e projetado para ser uma clínica odontológica de ponta, o aluno se depara com um universo de pacientes oriundos do SUS e referenciados por eles no Programa Integrador. A clínica oferece os melhores materiais de consumo para os alunos, que têm a oportunidade de atenderem os pacientes em diferentes níveis de complexidade.

Centro de Estudos e Biblioteca Virtual

O centro de estudos HMTJ tem a função de fornecer suporte bibliográfico e documentário a professores, alunos e demais segmentos do âmbito acadêmico ou dos serviços envolvidos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, projetada com o objetivo de proporcionar conforto e funcionalidade durante os estudos e pesquisas, o centro de estudos conta com uma área de 60 m², assim distribuída:

- acervo semi restrito; o aluno tem acesso direto ao livro podendo consultar o seu conteúdo.
- balcão de atendimento; onde é feito o atendimento ao usuário, empréstimos, devolução, reservas e orientações de pesquisa.
- laboratório de trabalho acadêmico contendo 8 (oito) computadores com acesso à internet, utilizado para pesquisa acadêmica onde os alunos têm acesso às bases de dados nacionais e internacionais.
- salão para leitura contendo 3 mesas para estudo e 7 cabines para estudo individual;

Além de uma equipe treinada para esclarecer dúvidas e efetuar os serviços de empréstimo/devolução e reserva do material bibliográfico.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

III - Do Quantitativo e Valor Estimado

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 340.571,86	R$ 4.086.862,32
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.333.710,51**	**R$ 40.004.526,12**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.771.609,20**	**R$ 69.259.310,40**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 1.087.048,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 697.482,80**	**R$ 8.369.793,60**
TOTAL GERAL	**R$ 6.469.092,00**	**R$ 77.629.104,00**

4 – RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAIS MÉDICOS – HMTJ	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA
Médico - Anestesiologia	14	24H
Médico - Cancerologia Cirúrgica	-	24H
Médico - Cancerologia Clínica	-	24H
Médico - Cardiologia	-	24H
Médico - Cardiologia - Eletrofisiologia Clínica Invasiva	-	24H
Médico - Cardiologia Pediátrica	-	24H
Médico - Cirurgia Cardiovascular	-	24H

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Médico - Cirurgia Crânio - Maxilo - Facial	-	24H
Médico - Cirurgia da Mão	-	24H
Médico - Cirurgia de Cabeça e Pescoço	-	24H
Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo	-	24H
Médico - Cirurgia Geral	02	24H
Médico - Cirurgia Pediátrica	01	24H
Médico - Cirurgia Plástica	-	24H
Médico - Cirurgia Torácica	-	24H
Médico - Cirurgia Vascular	-	24H
Médico - Clínica Médica	04	24H
Médico - Coloproctologia	-	24H
Médico - Dermatologia	-	24H
Médico - Ecocardiografia	-	24H
Médico - Endocrinologia e Metabologia	-	24H
Médico - Endoscopia Digestiva	-	24H
Médico - Gastroenterologia	-	24H
Médico - Gastroenterologia Pediátrica	-	24H
Médico - Genética Médica	-	24H
Médico - Geriatria	-	24H
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	02	24H
Médico - Hematologia e Hemoterapia	-	24H
Médico - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	-	24H
Médico - Hepatologia	-	24H
Médico - Infectologia	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho (PSS) - Temporário	-	24H
Médico - Medicina Intensiva	04	24H
Médico - Medicina Paliativa	-	24H
Médico - Nefrologia	-	24H
Médico - Neonatologia	02	24H
Médico - Neurocirurgia	-	24H
Médico - Neurologia	01	24H
Médico - Neurologia Pediátrica	-	24H
Médico - Nutrologia	-	24H
Médico - Oftalmologia	-	24H
Médico - Ortopedia e Traumatologia	04	24H
Médico - Otorrinolaringologia	-	24H
Médico - Patologia	-	24H
Médico - Pediatria	02	24H
Médico - Pneumologia	-	24H
Médico - Psiquiatria	-	24H
Médico - Psiquiatria da Infância e Adolescência	-	24H
Médico - Radiologia e Diagnóstico por Imagem	-	24H
Médico - Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	-	24H
Médico - Radioterapia	-	24H

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Médico - Reumatologia	-	24H
Médico - Transplante de Medula Óssea	-	24H
Médico - Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia	-	24H
Médico - Urologia	-	24H
Total	**36**	

Fonte: HMTJ (09/2022).

5 - COMPROMISSOS DA CONTRATADA

Eixo Assistencial

1. Assumir os seguintes compromissos de qualidade e resolubilidade da assistência:
   - Acolhimento dos pacientes, familiares e acompanhantes;
   - Estabelecimento de Plano Terapêutico Singular;
   - Desenvolvimento de abordagem multiprofissional;
   - Cuidado interdisciplinar;
   - Assistência psicossocial;
   - Adoção progressiva de linhas de cuidados multidisciplinares;
   - Fornecimento de medicamento e material médico-hospitalar;
   - Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
   - Manutenção e atualização do prontuário do paciente;
   - Oferta de suporte nutricional;
   - Participação da Central de notificação, captação e distribuição de órgãos – MG Transplantes;
   - Implementação de ações previstas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Cumprir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG os requisitos assistenciais e parâmetros definidos pelas portarias específicas de cada serviço no que tange às ofertas de consultas, exames, leitos e procedimentos cirúrgicos de média complexidade;

2. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores, integrando o hospital à Rede de Atenção à Saúde conforme pactuação loco regional;
3. Manter sob regulação da SS/JF a totalidade dos serviços prestados observadas as normas, rotinas operacionais e fluxos de acesso vigentes;
4. Garantir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG o acolhimento e atendimento 24 horas por dia, 07 dias por semana, aos pacientes encaminhados pelas centrais de regulação, bem como aqueles pacientes vinculados ao hospital;
5. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas a sua otimização, informando diariamente a disponibilidade de vagas à Central de Regulação de Vagas Hospitalares;
6. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP, contemplando:
   - Orientação verbal e formal aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento registrada no relatório de alta hospitalar;
   - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em particular com a Atenção Básica, com agendamento do atendimento no ponto de atenção específico de acordo com a vulnerabilidade e complexidade do cuidado demanda do pós-alta;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

- Preparação do usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para a continuidade dos cuidados, promoção a sua autonomia e reintegração familiar e social, articulando ações com o Serviço de Atenção Domiciliar do Município;
- Inclusão da cópia do relatório de alta do atendimento prestado ao paciente no prontuário.

7. Implantar e/ou implementar as ações previstas no Título I, Capítulo VIII, Seção I da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28/09/2017 (Origem: Portaria MS/GM nº. 529 de 01/04/2013), que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Pacientes, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
   - Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente
   - Elaboração de planos de para Segurança do Paciente
   - Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente
8. Garantir que o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas neste Documento Descritivo;
9. Manter a visita ampliada para os usuários internados, inclusive nas unidades de terapia intensiva;
10. Garantir a presença do acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas de acordo com as legislações vigentes;
11. Prestar atendimento aos indígenas, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
12. Disponibilizar informações aos usuários ou responsável legal sobre as intervenções a serem realizadas, solicitando seu consentimento formal, livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com as legislações específicas;
13. Notificar casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos componentes da lista de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
14. Disponibilizar à autoridade sanitária, aos representantes da SS/JF formalmente designados, bem como ao usuário ou seu responsável legal, o acesso aos prontuários;
15. Diversificar as tecnologias de cuidado utilizadas no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família e que levem à redução do tempo de internação hospitalar, tais como hospital dia e cirurgia ambulatorial;
16. Proceder a prescrição de medicamentos, em consonância com a Relação de Medicamentos da SS/JF e/ou adotar o uso de medicamentos genéricos de acordo com o padrão da RENAME ou de normas e diretrizes específicas do Ministério da Saúde;
17. Promover a adesão do corpo clínico da instituição às normatizações, aos protocolos, às diretrizes clínicas e aos procedimentos vigentes no Sistema de Gerenciamento da Tabelado SUS(SIGTAP), responsabilizando-se pelo ônus financeiro decorrente do descumprimento;
18. Garantir a realização da consulta de retorno pós-alta hospitalar, quando está se fizer necessária;
19. Garantir o encaminhamento aos serviços complementares necessários aos pacientes internados sob sua responsabilidade;
20. Arquivar o prontuário dos pacientes pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, observando as normatizações vigentes;
21. Submeter-se às normas definidas pela SS/JF quanto ao fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de internações subseqüentes, o local de revisão de contas hospitalares e outros procedimentos necessários.

Eixo Hospitalar

1. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
2. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

3. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
4. Disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;
5. Dispor de Ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
6. Garantir em permanente funcionamento e de forma integrada, as seguintes comissões assessoras técnicas, conforme legislação vigente:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão de Revisão de Prontuários
- Comissão de Análise e Revisão de Óbitos
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Comissão de Ética Profissional

7. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
8. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
9. Dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;
10. Alimentar os sistemas de notificação compulsória conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
11. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo Gestor Local;
12. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dados qualificados necessários para a alimentação de sistemas de monitoramento em saúde;
13. Indicar 02 (dois) representantes do Hospital para compor a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que deverá monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados;
14. Aplicar ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, gestão de risco, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação dos trabalhadores e usuários;
15. Desenvolver ações que garantam, ao longo do ano, a continuidade e regularidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino;
16. Comunicar formalmente em até 05 (cinco) dias úteis à SS/JF eventual alteração do Representante da Diretoria Técnica do Hospital e dos representantes do Hospital na Comissão de Acompanhamento da Contratualização;
17. Informar ao Departamento de Regulação de Internações Hospitalares a referência hospitalar para responder pela instituição durante horários não comerciais, incluindo plantão noturno, fins de semana e feriados, encaminhando mensalmente as mudanças da escala para o e-mail: crvh@pjf.mg.gov.br;
18. Atender prontamente às demandas da SS/JF com esclarecimentos pertinentes aos assuntos que envolvem o hospital;
19. Permitir acesso dos supervisores, auditores, membros das comissões institucionais e outros profissionais eventualmente ou permanentemente designados pela SS/JF para avaliar, supervisionar e acompanhar a execução dos serviços pactuados.

Eixo Ensino e Pesquisa

1. Disponibilizar ensino integrado à assistência;
2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

4. Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com a SS/JF;
5. Constituir equipe de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços de acordo com seu perfil de especialização conforme pactuado com a SS/JF;
6. Desenvolver atividades de pesquisa e de gestão de tecnologias em saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída mediante pactuação com a SS/JF;
7. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos caso o estabelecimento seja certificado como hospital de ensino:

- Abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde, excetuando-se as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e qualificado com o grau mínimo exigido para a concessão de bolsas;
- Abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, nomínimo,10 (dez) vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que disporão de programa específico e credenciado de Residência com no mínimo 10 (dez) vagas de ingresso anual;
- Garantir por iniciativa própria ou da instituição de ensino superior acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, de acordo, com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e por meio de convênio firmado com a Instituição de Ensino Superior, e ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa para a obtenção ou não de carta de anuência do Gestor Municipal, quando envolver custos adicionais ao sistema;
- Possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com número de títulos e periódicos compatível com as atividades de ensino e pesquisa universitária, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo interligada à Bireme e às Bibliotecas Virtuais em Saúde, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica.

Eixo de Avaliação

1. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
2. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
3. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
4. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
5. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
6. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

6 - METAS QUANTITATIVAS

A definição das metas quantitativas mensais considerou, além dos parâmetros assistenciais definidos

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

de acordo com a capacidade instalada, operacional e série histórica, as necessidades identificadas e acordadas entre o HMTJ e a SS/PJF.

A estrutura do quadro resumo apresentado no item 6.1 observou o formato e códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS).
Considerando as necessidades de prestação de serviços de média e alta complexidade para procedimentos específicos, foi incorporado no custo dos seguintes grupos de média complexidade os respectivos valores mencionados:

- No caso de necessidade de utilização de OPME não padronizadas na Tabela SUS, fica a cargo da Contratante a aquisição e disponibilização ao Contratado.

Nos subitens subseqüentes ao item 6.1 serão apresentados os quantitativos de referência mensal para procedimentos cujo detalhamento foi acordado entre as partes. Mediante acordo entre as partes a distribuição destes quantitativos pode sofrer variações, desde que não seja alterado o quantitativo total previsto.

6.1 - Metas Quantitativas Mensais

AMBULATORIAL MÉDIA COMPLEXIDADE		
Grupo 03.01 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS	**Quant. Físico**	**Valor Total**
Cardiologia	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Cardiopediatra		
Cirurgia geral		
Cirurgia pediátrica		
Cirurgia plástica		
Cirurgia tórax/ Tireóide		
Cirurgia Traumato-ortopédica		
Consulta Urgência/Emergência (ginecologia e obstetrícia)		
Dermatologia		
Endocrinologia		
Ortopedia Pé Torto Congênito		
Gastroenterologia infantil		
Gastroenterologia		
Geriatria		
Ginecologia e Obstetrícia		
Hematologia		
Hepatologia		
Infectologia		
Nefrologia		
Nefro-pediatria		
Neurologia		
Neuropediatria		
Ortopedia		
Pediatria		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Pneumologia		
Proctologia		
Psiquiatria		
Reumatologia		
Consulta cirurgia ambulatorial		
Urologia		
Total consulta especializada	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Grupo 03.02 - FISIOTERAPIA		
Sessões	2.000	R$ 23.000,00
Total Fisioterapia	**2.000**	**R$ 23.000,00**
Grupo 02.04 - RADIOLOGIA		
Raio – x simples (pós operatório trauma)	400	R$ 6.000,00
Total Raio-x	**400**	**R$ 6.000,00**
Grupo 02.05 - ULTRASSON		
Obstétrico		
Obstétrico com doppler colorido e pulsado		
Pélvico		
Mamas		
Transvaginal		
Abdome total		
Morfológico		
Doppler colorido de vasos	445	R$ 18.356,25
Parede inguinal		
Tireóide		
Renal Ap. Urinário		
Bolsa Escrotal		
Próstata Abdominal		
Próstata Transretal		
Articulações		
TOTAL	**445**	**R$ 18.356,25**
Grupo 02.05 - ECOCARDIOGRAMA		
Ecocardiografia Transtorácica	70	R$ 7.588,60
Eco de carótida (cada exame equivale a 04 vasos - 30 exames x 04 vasos)*	120	
TOTAL	**190**	**R$ 7.588,60**
Grupo 02.09 - ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA		
Endoscopia	240	R$ 47.317,20
Colonoscopia	180	
TOTAL	**420**	**R$ 47.317,20**

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Grupo 02.11 - EXAMES AMBULATORIAIS		
Teste de Esforço / Teste Ergométrico	25	R$ 13.387,50
Colposcopia	80	
Eletroneuromiograma (ENMG)	20	
Histeroscopia	70	
TOTAL	**195**	**R$ 13.387,50**
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL		
02.11.07.027-0 - Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha) e 02.11.07.014-9 – Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	178	**R$ 2.405,90**
TOTAL	**178**	**R$2.405,90**
Grupo 04.09- PEQUENAS CIRURGIAS		
0409 Vasectomia	40	R$ 36.776,40
0401 Outras pequenas cirurgias pele, subcutânea, mucosa e aparelho geniturinário	80	
Total	**120**	**R$ 36.776,40**
Grupo 04.17 – ANESTESIOLOGIA		
Sedação	56	**R$ 9.954,19**
Anestesia regional	70	
TOTAL	**126**	**R$ 9.954,19**
TOTAL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDIA COMPLEXIDADE	**8.621**	**R$ 220.790,04**
HOSPITALAR MÉDIA COMPLEXIDADE		
LEITOS ESPECIALIDADES	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
CIRÚRGICO	370	R$ 613.643,00
CLÍNICO	320	R$ 728.000,00
OBSTÉTRICO	210	R$ 234.000,00
PEDIÁTRICO	100	R$ 35.775,10
TOTAL GERAL INTERNAÇÕES	**1.000**	**R$ 1.611.418,10**
UTI Adulto 20 x 28 diárias	560	R$ 268.083,20
UTI Pediátrica 02 x 30 diárias	60	R$ 28.723,20
UTI Neonatal 08 x 30 diárias	240	R$ 114.892,80
Nutrição Enteral - Portaria nº 1.845 de 27/08/13		R$ 25.805,70
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL		**R$ 437.504,90**
TOTAL INTERNAÇÃO	**1.000**	**R$ 2.048.923,00**
TOTAL PRÉ-FIXADO	**9.621**	**R$ 2.269.713,04**

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

ALTA COMPLEXIDADE		
Alta Complexidade Ambulatorial	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cateterismo	20	R$ 13.074,40
Litotripsia	160	R$ 24.088,00
Tomografia Computadorizada	100	R$10.425,00
Ressonância Magnética	160	R$43.000,00
Total Alta Complexidade Ambulatorial	**180**	**R$ 90.587,40**
Alta Complexidade Hospitalar	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cirurgia Cardiovascular	20	R$ 140.000,00
Cirurgia Ortopédicas de AC	96	R$ 228.133,40
Total Alta Complexidade Hospitalar	**116**	**R$ 368.133,40**
TOTAL PÓS-FIXADO AC HOSPITALAR	**296**	**R$ 405.295,80**
FINANCIAMENTO FAEC – PÓS FIXADO		
FAEC Cirurgia Cardiologia Pediátrica	10	R$ 125.000,00
FAEC Hospitalar (Bariátrica)	8	R$ 80.000,00
TOTAL FAEC (PÓS-FIXADO)	**18**	**R$ 205.000,00**

INCENTIVOS - PRÉ-FIXADO	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
INCENTIVO IAC		R$ 616.727,50
INTEGRA SUS		R$ 6.635,35
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO		R$ 68.062,76
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA		R$ 32.000,00
INCENTIVO 100% SUS RECURSO FEDERAL		R$ 340.571,86
INCENTIVO DE HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HMTJ CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.		R$ 449.862,50
INCENTIVO REDE CEGONHA – RECURSOS FEDERAIS		R$ 70.360,32
INCENTIVO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.		R$ 272.085,88
INCENTIVO RELATIVO AOS 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		R$ 438.000,00
INCENTIVO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA RUE, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100% SUS		R$ 240.720,64

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

INCENTIVO CONTRATO DE GESTÃO PARA RUE INFANTIL 100%SUS - RECURSOS DO TESOURO MUNICIPALRECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS		R$ 966.869,35
TOTAL INCENTIVOS MENSAL		**R$ 3.501.896,16**

7 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Para fins de remuneração de 60% do valor pré-fixado, será realizada a análise de desempenho das metas quantitativas, constituído pela produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, e os incentivos que observarão regramento próprio.

A Alta Complexidade e o FAEC não serão submetidos à análise de desempenho, com vistas ao repasse de recursos, posto que serão remunerados pelo que for produzido e autorizado pelo gestor do SUS.

A análise de desempenho das metas quantitativas considerará os dados de produção apresentada, oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), devendo considerar, se devidamente comprovado e oficializado: ocorrência de perda primária (não agendamento pelo gestor do SUS); o absenteísmo de usuários aos serviços ofertados pelo HMTJ; outros fatores que possam impactar a prestação de serviços ofertados pelo HMTJ para fins de estabelecimento da pontuação obtida.

As metas pactuadas deverão ser analisadas por grupos de programação, calculando-se o percentual de execução pela média quadrimestral, para a Média Complexidade Ambulatorial e Média Complexidade Hospitalar.

Para cálculo de desempenho das metas quantitativas, a planilha a seguir deverá ser utilizada como modelo. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores. Na planilha a seguir, excluem-se os valores da Terapia Nutricional.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS (60%)

Grupo	Meta mensal - Proced. (A)	Valor mensal pactuado (R$) (B)	Percentual do valor mensal (C)	Produção média mensal - Proced. (D)	Apuração – Física (E)	Apuração – Financeira (R$) (F)
Proced. Ambulatoriais de média complexidade	8.601	220.790,04	9,73%			
Clínica Cirúrgica	370	2.048.923,00	90,27%			
Clínica Médica	320					
Clínica Pediátrica	100					
Clínica Obstétrica	210					
UTI Adulto 20 x 28 diárias						
UTI Pediátrica 2 x 30 diárias						
UTI Neonatal 8 x 30						

Assinado por 1 pessoa: MARCIA [illegible] DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/[illegible]

diárias						
NUTRIÇÃO ENTERAL- PORTARIA Nº 1.845 de 27/08/13						
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL	1.000	2.048.923,00	90,27%			
TOTAL AMB + HOSP	**9.601**	**2.269.713,04**	**100,00%**			

Após o cálculo do desempenho geral da Média Complexidade Ambulatorial e de Internação, por meio do campo Apuração(F), deverá ser aplicado o quadro Remuneração – Metas Quantitativas, apresentado a seguir, para definição do valor mensal a ser repassado ao HMTJ, relativo ao desempenho da meta quantitativa referente a cada período:

REMUNERAÇÃO – METAS QUANTITATIVAS			
Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado	1.888.712,67
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado	1.699.841,40
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado	1.510.970,14
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado	1.322.098,87
6°	< 70%	PRODUÇÃO	

No caso de cumprimento inferior a 70% das metas quantitativas pactuadas, o pagamento deverá ser por produção processada e aprovada no sistema SIA e SIH.

8 - METAS QUALITATIVAS

Para análise das metas qualitativas serão considerados os indicadores abaixo, que estão relacionados à qualidade da atenção hospitalar nas dimensões – assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação:

8.1 – Metas qualitativas

Nº	Indicador	Meta	Pontuação Previsto
8.1	**Metas assistenciais e políticas prioritárias**		**50**
8.1.1	Tempo médio de permanência - Geral	06 dias	≤ 6=6 >6≥7,5=4 >7,5=0
8.1.2	Tempo médio de permanência UTI Adulto	13 dias	≤13 = 7 >13<15 = 4 >15 = 0
8.1.3	Taxa mortalidade institucional	4,50 %	≤4,5 = 7 >4,5<9 = 4 >9 = 0
8.1.4	Mensurar nº de procedimentos ambulatoriais processados	100,00 %	>100 = 8

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

	por subgrupo (totalizam 9.621 procedimentos/mês)		<90>75 = 4 <75 = 0
8.1.5	Taxa de cesárea	35,00 %	≤35=7 >35≥40=4 >40=0
8.1.6	Taxa de ocupação de leitos de UTI	90,00 %	>90 = 8 <90>75 = 4 <75 = 0
8.1.7	Taxa de ocupação de leitos	85,00 %	>85 = 7 <85 >65 = 4 <65 = 0
8.2	**Metas de gestão**		**15**
8.2.1	Investigação das causas de mortalidade materna	100%	5
8.2.2	Revisão de prontuários pela CCIH	100 %	5
8.2.3	Notificar suspeita de violência, de acordo com legislação específica	100 %	5
8.3	**Metas de Ensino e Pesquisa**		**20**
8.3.1	Número de capacitação e/ou treinamentos desenvolvidos e implementados para os trabalhadores do hospital através do plano semestral de atividades	40 por quadrimestre	7
8.3.2	Número de Pesquisas Científicas que compreendem trabalhos realizados na instituição: Iniciação Científica, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e trabalhos de Pesquisa Clínica coordenados pelo CEPEC (Centro de Pesquisa Clínica) do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF	10 por quadrimestre	7
8.3.3	Taxa de registro de óbitos com causa básica definida	80%	6
8.4	**Metas de Avaliação**		**15**
8.4.1	Índice de Satisfação do Usuário	90 %	5
8.4.2	Avaliar a assistência e controlar os riscos através da notificação de incidentes e eventos adversos classificados como grave e moderado, aferida através de planos de ação e/ou ações corretivas para minimizar riscos e assegurar os processos de trabalho	100 %	5
8.4.3	Retorno aos usuários das reclamações feitas nos canais de captação da ouvidoria	80 %	5
TOTAL			**100**

9 - METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, estará condicionado ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminadas neste Documento Descritivo. Excetua-se deste valor os incentivos que observarão regramento próprio.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

As metas pactuadas terão pontuação para cada um dos eixos assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação, e conforme a pontuação obtida, após a análise de desempenho, deverá ser realizado o repasse considerando o quadro a seguir. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores.

REMUNERAÇÃO MENSAL – METAS QUALITATIVAS		
Desempenho geral das Metas Qualitativas	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
90 pontos ou mais	100% dos 40% Pré-fixado	1.259.141,78
80 a 89 pontos	90% dos 40% Pré-fixado	1.133.227,60
65 a 79 pontos	80% dos 40% Pré-fixado	1.007.313,42
59 a 64 pontos	70% dos 40% Pré-fixado	881.399,25
41 a 58 pontos	60% dos 40% Pré-fixado	755.485,07
Até 40 pontos	50% dos 40% Pré-fixado	629.570,89

10 - PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para a execução do presente Convênio, o HMTJ receberá mensalmente recursos financeiros da Secretaria de Saúde, de acordo com o estabelecido no presente Documento Descritivo, sob a modalidade de orçamentação parcial, subdividido da forma a seguir:

I. Valor Pré-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros, que fazem parte do teto MAC do Município, que remontam mensalmente em **R$ 3.147.854,45 (três milhões, cento e quarenta e sete mil, oitocentos e cinqüenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos)**, com detalhamento de tipo e valor, sendo o repasse vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, conforme detalhado no Documento Descritivo e considerando a seguinte composição:
a) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente o valor **R$ 1.888.712,67 (um milhão, oitocentos e oitenta e oito mil, setecentos e doze reais e sessenta e sete centavos)** vinculado ao cumprimento das Metas Quantitativas.
b) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente em **R$ 1.259.141,78 (um milhão, duzentos e cinqüenta e nove mil, cento e quarenta e um reais e setenta e oito centavos)** vinculando ao cumprimento das Metas Qualitativas.
c) O valor total Pré-Fixado poderá ser alterado para R$3.333.710,51 mediante ingresso do recurso conforme Portaria GM/MG nº 961 de 17 de julho de 2023 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras para novas adesões e para solicitação de atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS destinado a unidades hospitalares que se caracterizem como entidades privadas sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde - SUS.

II. Valor Pós-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), estimando-se um valor médio mensal de **R$ 697.482,80 (seiscentos e noventa e sete mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos)**, pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), Tesouro Municipal e Recursos da SES/MG.

No quadro a seguir é apresentada a Programação Orçamentária:

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 340.571,86	R$ 4.086.862,32
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.333.710,51**	**R$ 40.004.526,12**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG,	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código

CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.771.609,20**	**R$ 69.259.310,40**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 1.087.048,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 697.482,80**	**R$ 8.369.793,60**
TOTAL GERAL	**R$ 6.469.092,00**	**R$ 77.629.104,00**

10.1. Considerando a programação orçamentária apresentada, o presente contrato tem, portanto, valor anual estimado equivalente a **R$ 77.629.104,00** (setenta e sete milhões, seiscentos e vinte e nove mil, cento e quatro reais).

11 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação da execução do Contrato será realizado pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar eventualmente com outros órgãos e setores competentes da gestão do SUS, conforme descrito na cláusula sétima deste Contrato, observada ainda, a metodologia de análise de desempenho das metas qualitativas e quantitativas, disposta nos itens nº 7 e 9 deste Documento Descritivo.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12 – TERMO DE ADESÃO À REDE 100% SUS

12.1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade Produção Atual	Novo Serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias ortopédicas
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1.000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20
Disponibilização de pediatra 24h para atuar em conjunto com os demais especialistas no atendimento ao trauma infantil.		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Complemento das 860 diárias de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), considerando o valor da Tabela conforme Portaria GM/MS nº 160/2022		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

12.2. O Conveniado se compromete a:

12.2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

12.2.2 - Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

12.2.3 - Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

12.2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade com o SUS Fácil.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no SUSFácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

12.2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Contrato e da Auditoria;

12.2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	Meta	**Pontuação Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
Apresentação da escala mensal para atendimento de porta trauma infantil		Cumpriu = 5 Cumpriu parcialmente= 2,5 Não cumpriu = 0
TOTAL		**100**

12.2.8 - Disponibilização de pediatra 24h para atuar em conjunto com os demais especialistas no atendimento de 100% ao trauma infantil.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

12.4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
10.4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
12.4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
12.4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
12.4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

12.5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;

12.5.1. O Complemento de R$ 121,28 das 860 diárias de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), totalizando R$104.300,80 considerando o valor da Tabela conforme Portaria GM/MS nº 160/2022, fica incluído no valor total estimado do incentivo que perfaz o montante mensal de R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil, oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos) a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão
3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

12.5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

O Diretor Clínico da CONVENIADA deverá assumir compromisso com a Secretaria de Saúde, garantir a aquiescência por parte de seu corpo clínico para execução de todas as metas físicas e orçamentárias pactuadas no contrato, podendo, em caso de descumprimento do atendimento ao paciente do SUS, por qualquer médico que atue na Instituição, a direção responder por infração ética e/ou penalidades previstas no Termo.

Juiz de Fora, de de 2024

Assinado por 1 pessoa: MARCONI ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Processo Eletrônico: 13.365/2022.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: DFA5-44BA-D25C-F895

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 02/02/2024 15:52:39 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/DFA5-44BA-D25C-F895

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/DFA5-44BA-D25C-F895 e informe o código DFA5-44BA-D25C-F895

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: F472-E0AC-8D88-EAED

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI (CPF 536.XXX.XXX-68) em 02/02/2024 17:38:54 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/F472-E0AC-8D88-EAED

Assinado por 1 pessoa: MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/4628-CB6A-5FC9-D7C6 e informe o código 4628-CB6A-5FC9-D7C6

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 4628-CB6A-5FC9-D7C6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARGARIDA SALOMÃO (CPF 135.XXX.XXX-68) em 02/02/2024 17:58:37 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/4628-CB6A-5FC9-D7C6

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO N° 08.2022.032 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS .

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, denominado MUNICÍPIO neste ato representado por sua prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68, com interveniência da Secretaria de Saúde, neste ato representada por sua Secretária de Saúde em Substituição, Sra. Mirelly Vasconcelos Cardoso, brasileira, inscrito no CPF nº 064.854.716-77, doravante denominada CONVENENTE e o HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado CONVENIADO, resolvem de comum acordo e considerando os documentos anexados ao processo administrativo eletrônico nº 13.365/2022, obedecidas as disposições da Constituição Federal, art. 196 e ss., na Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.666/93, celebrar o presente TERMO ADITIVO, mediantes as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Em decorrência da necessidade de prestação dos respectivos serviços, fica prorrogado, pelo período de 01 (um) mês**,** a partir de **4 de junho de 2024.**

1.2. Incorporação, ao instrumento originário formalizado entre as partes signatárias (Convênio 08.2022.032), dos recursos de que tratam a Resolução SES/MG N° 8.467, de 17 de novembro de 2022, para fomentar o funcionamento do Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), de maneira a promover, proteger, apoiar e incentivar o aleitamento materno, bem como realizar coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano, destinado a recém-nascidos prematuros e de baixo peso, como fator de sobrevivência.

1.3. Repasse de recurso referente a Portaria GM/MS Nº 3.174/24, de 16 de fevereiro de 2024, referente ao valor atualizado do **Incentivo Financeiro 100% SUS** incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do município, considerando a diferença entre o valor atualizado e o valor recebido.

1.4. Repasse de recurso da Resoluɜro SES/MG Nº 7.725, de 22 de setembro de 2021, que estabelece as regras gerais para a concessão do incentivo financeiro estadual, em caráter excepcional, destinado a qualificação da assistência ao parto e nascimento, conforme diretrizes do Programa Rede Cegonha .

1.5. Acrescimo dos paragrafos 7o, 8o e 9o , no item 5.1 da CLAUSULA QUINTA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA :

“§ 7º Atendendo a Cláusula Quinta do Termo de Acordo do Processo nº 1080.01.0071886/2019-85, o hospital deve garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI).”

“§ 8º Garantir a correta operacionalização do sistema de regulação assistencial em âmbito macrorregional (SUSfácil) ou outro que venha substituí-lo, dentro dos prazos limites para respostaàs reservas de leitos/pendências, bem como a atualização do Mapa de Leitos em tempo real, conforme preconizado em normatização estadual.”

“§ 9º Obrigatoriedade de envio mensal das agendas referentes as consultas e apoio diagnóstico pactuados no contrato para serem disponibilidade no SISREG ou outro sistema que venha substituí-lo, visando a regulação dos encaminhamentos dos pacientes, considerando a demanda existente e metas contratadas.”

1.6. Acrescimo na CLAUSULA DECIMA QUARTA - DAS SANCOES E PENALIDADES dos itens 14.9 e 14.10:

“*14.9. É vedado ao profissional de saúde que componha equipe de instituição privada de assistência à saúde contratada ou conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) deixar de prestar ao usuário assistência gratuita e integral contratualizada com o SUS, em situação de urgência ou emergência, até a completa resolução do evento, inclusive as sequelas dele resultante.”*

“*14.10. Será imputável penalidade decorrente do desatendimento específico aos compromissos firmados nas cláusulas contratuais, considerando as metas quantitativas e qualitativas pactuadasno Documento Descritivo, conforme apuração que incide sobre os valores dos 60% e 40% do componente pré-fixado.”*

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS VALORES INCORPORADOS

2.1. Em decorrência do presente aditivo, o instrumento originário passa a prever:

I - O incentivo financeiro estadual destinado para custeio dos dispositivos do PCLH, no valor mensal de **R$ 1.550,00 (hum mil, quinhentos e cinquenta reais)**, perfazendo anualmente o valor de **R$ 18.600,00 (Dezoito mil e seiscentos reais)** para Postos de Coleta de Leite Humano, de acordo com a Resolução SES/MG N° 8.467 de 17 de novembro de 2022.

§1º O repasse dos recursos está condicionado ao cumprimento do indicador previsto no Anexo II desta Resolução 8.467/23, de acordo com as respectivas faixas estabelecidas.

II – Incentivo Fedral 100% SUS no valor de , **parcela única**, no valor de R$953.681,94 (novecentos e cinquenta e tres mil, seissentos e oitenta e um reais e noventa e quatro centavos)) relativo a diferença entre o valor atualizado e o valor recebido do período compreendido entre janeiro/24 à 04 de junho/24.

III – Repasse no valor de R$ 229.863,84 (duzentos e vinte e nove mil, oitocentos e sessenta e três reais e oitenta e quatro centavos), **parcela única**, referente a Resolução SES/MG Nº 7.725/21.

III – Alteração do item 9.2 da cláusula nona que passa a vigorar conforme abaixo:

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA **PRÉ-FIXADO**	**MENSAL**	**VALOR PARA 01 MÊS**
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 220.790,04
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 2.048.923,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 616.727,50
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 6.635,35
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 68.062,76
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 32.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 453.942,61	R$ 453.942,61
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.447.081,26**	**R$ 3.447.081,26**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 449.862,50
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 70.360,32

REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 272.085,88
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 438.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 240.720,64
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 966.869,35
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO + INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.884.979,95**	**R$ 5.884.979,95**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**VALOR PARA 01 MÊS**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 90.587,40
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 368.133,40
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 205.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para	R$ 3.762,00	R$ 3.762,00

incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.		
Diferença entre o valor atualizado e o valor recebido do período compreendido entre janeiro/2024 à 04 de junho/24, conforme Portaria GM 3.174/24		R$ 953.681,94
Resolução SES/MG N° 8.467 de 17 de novembro de 2022 para Postos de Coleta de Leite Humano	R$ 1.550,00	R$ 1.550,00
Resolução SES/MG N° 8.467 de 17 de novembro de 2022 para Postos de Coleta de Leite Humano referente ao ano de 2023		R$ 18.600,00
Resolução SES/MG Nº 7.725, de 22 de setembro de 2021, que estabelece as regras gerais para a concessão do incentivo financeiro estadual, em caráter excepcional, destinado à qualificação da assistência ao parto e nascimento, conforme diretrizes do Programa Rede Cegonha		R$ 229.863,84
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 699.032,80**	**R$ 1.901.178,58**
TOTAL GERAL	**R$ 6.584.012,75**	**R$ 7.786.158,53**

2.1.1. O valor total Pré-Fixado considerou a atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS, conforme Portaria GM/MS Nº 3.174/24, de 16 de fevereiro de 2024, que incorporou ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do município o recurso atualizado.

CLÁUSULA TERCEIRA.

3.1 Justificam este aditivo os expedientes afins contidos no processo n º 13.365/2022, e as despesas oriundas do presente aditamento ficará a cargo da seguinte dotação orçamentária:

PTRES: 10.302.0003.2279.6050 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6051 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6052 Nat. Despesas:339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6050 Nat .Despesas:339039 Fonte: 1.500.009918

PTRES: 10.302.0003.2279.6052 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2284.0000 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.0000 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.0000 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 2.621.009606

CLÁUSULA QUARTA

4.1 Permanecem em vigor as demais cláusulas e condições do Contrato, constantes no processo administrativo nº 13.365/2022.

E, por firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Juiz de Fora, de de 2024.

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Mirelly Vasconcelos Cardoso
Secretária de Saúde em Substituição

Maria Margarida Martins Salomão
Prefeita de Juiz de Fora

Processo nº 13.365/2022

Assinado digitalmente por MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (emitido pelo CPF 485.399.966-34)
Data: 04/06/2024 17:25:38 -03:00

3. - FA3 — QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS COM SERVIÇO AMBULATORIAL COM QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Considerando que o Contrato de Gestão n° 032/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, possui por objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde no **Hospital da Mulher Heloneida Studart**;

Considerando que a referida Unidade Hospitalar apresenta perfil de atendimento voltado para gestante de risco, neonatal de médio e alto risco, sendo ainda referência em leitos de Unidade Intermediária – UI, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI neonatal e Unidade Materna de Tratamento Intensivo para o Estado do Rio de Janeiro, além de atender a pequena e média complexidade na especialidade de ginecologia;

Seguem dados de produção realizada no período de Fevereiro a Julho/2017 (06 meses), atestados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão n° 032/2012:

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Saídas Hospitalares obstétricas e ginecológicas	460	572

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO AMBULATORIAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Consultas eletivas	3.000	3.166

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SADT	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Ultrassonografia	1.020	1.027
Videohisteroscopia	72	22
Proc. Diagnósticos guiados por US	108	0
Mamografia	1.440	252

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Isto posto, atesto para os devidos fins que a **Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus,** sediada na Rua da Assembleia, n° 10, sala 1422 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar das ações e serviços no **Hospital da Mulher Heloneida Studart,** localizado na Avenida Automóvel Clube, s/n – Lote 1745 - Jardim Jose Bonifácio, São João de Meriti/RJ.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2017

LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº 032 / 2012, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO EM MATERNIDADE PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Av. Graça Aranha n° 182, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada por seu Secretário de Estado, Ilmo. Sr. Dr. Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, portador da carteira de identidade nº 52 – 51210-6, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 817.161.767-00, (doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**), e, de outro lado, a

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, inscrito no CNPJ sob o nº. 21.583.042/0009-20, com endereço à Rua Siqueira Campos, nº 129, Copacabana, Rio de Janeiro – RJ, neste ato representado por José Mariano Soares de Moraes na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447/SSP-MG, CPF nº 209.721.726-53 doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do Processo Administrativo nº. E-08/**7430**/2012 tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção nº 010/2012 e o correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E., 28 de dezembro de 2012 inserido nos autos do Processo nº E-08/**7430**/2012, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital da Mulher Heloneida Studart, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Hospital da Mulher Heloneida Studart localizado à Avenida Automóvel Clube, sem número, São João de Meriti – RJ, CNES 6518893 em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência
(ii) Anexo VII – Termo de Permissão de Uso
(iii) Anexo XI – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VII) os imóveis de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referentes ao Hospital da Mulher Heloneida Studart e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6.243/11 e do Decreto 43.261/2011.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Hospital da Mulher Heloneida Studart, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

(v) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 Responsabilizar-se exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao **CONTRATANTE** ou à terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A **CONTRATADA** também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº 43.408 de 9 de janeiro de 2012, para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

e bens móveis cedidos. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da Unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar os imóveis e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VII do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta Unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 8.4 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimônio pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE.**

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade,

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital da Mulher Heloneida Studart, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Hospital da Mulher Heloneida Studart.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.44 Consolidar a imagem do Hospital da Mulher Heloneida Studart como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.45 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação;

3.46 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.47 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.48 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.49 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Hospital da Mulher Heloneida Studart, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.50 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.51 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.52 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº 6.043/2011, desde que haja requerimento desta, autorização do Poder Público para a cessão e a concordância do funcionário;

4.7 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.30 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O **CONTRATO DE GESTÃO** vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, pelo mesmo prazo, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 00/22

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0319.2745

Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de R$ **98.899.358,56** (noventa e oito milhões oitocentos e noventa e nove mil trezentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e seis centavos).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de R$ **7.365.429,92 (sete milhões trezentos e sessenta e cinco mil quatrocentos e vinte e nove reais e noventa e dois centavos**) e cada parcela de Investimento terá o valor de R$ **5.257.099,75 (cinco milhões duzentos e cinquenta e sete mil noventa e nove reais e setenta e cinco centavos**) será

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.118-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

depositada na conta corrente nº **46900-9**, agência **3033-3**, de titularidade da **CONTRATADA**, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO ÚNICO

No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REPACTUAÇÃO

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO**, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

15.4 Na hipótese da cláusula 15.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**, conforme disposto no Art.10, inciso VI, da Lei nº 6.043/11.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARÁGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação dos imóveis, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 29 de dezembro de 2012.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha

Testemunha

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **032/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, PARA A PRORROGAÇÃO DO PRAZO E A REPACTUAÇÃO, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **Dr. SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA**, portador da Identidade nº 52.51210-6, emitida pelo CREMERJ e inscrito no CPF sob o nº 817.161.767-00, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e o **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Av. Automóvel Clube, s/nº., Lote 1745, Jardim José Bonifácio, São João de Meriti – RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0011-44, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo **SR. IOMAR PINHEIRO CANGUSSU**, na qualidade de Conselheiro, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG, portador da carteira de identidade nº. 10381, expedida pelo CREMEMG e CPF nº. 282.239.426-15, procurador regularmente constituído conforme instrumento de mandato outorgado pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447 SSP/MG e CPF nº. 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº. 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº. 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº. 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº. 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 013/2012**, conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/7841/2012**, especificados sob as cláusulas a seguir:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a **PRORROGAÇÃO** do prazo contratual por mais **24 (vinte e quatro) meses**, a contar de **28/12/2013 a 27/12/2015**, a **REPACTUAÇÃO** do valor do Contrato firmado entre as partes, nos termos previstos em sua Cláusula Nona, bem como inclusão do serviço da Rede Integrada de Transporte Inter Hospitalar conforme CI.SES/SUB/SUP nº. 565/2013 e a **ALTERAÇÃO** das Cláusulas 6.2.5, 6.2.6 encontradas no Termo de Referência, e do item 3, alínea b, constante na Transferência de Recursos Orçamentários, anexo XI, ambos do Edital de Seleção nº. 010/2012.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO TERMO ADITIVO

O valor total estimado do presente Termo Aditivo para cobrir as despesas relativas à repactuação do contrato, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses é de R$ 196.411.070,09 (cento e noventa e seis milhões, quatrocentos e onze mil, setenta reais e nove centavos), correspondendo o valor da parcela de custeio mensal R$ 8.142.127,92 (oito milhões, cento e quarenta e dois mil, cento e vinte e sete reais e noventa dois centavos) e parcela única de investimento no valor de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

CLÁUSULA TERCEIRA – DA REPACTUAÇÃO

O valor da parcela de custeio mensal passa a ser de R$ 8.142.127,92 (oito milhões, cento e quarenta e dois mil, cento e vinte e sete reais e noventa dois centavos).

Sendo certo que os efeitos financeiros decorrentes do acréscimo (ou supressão) vigoram a partir de 28/12/2013.

CLÁUSULA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO I) NA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS (ANEXO XI)

Tendo em vista o Termo de Referência, anexo I e Transferência de Recursos Orçamentários, anexo XI, ambos do Edital de Seleção nº. 010/2012, os quais deram causa a assinatura do presente

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONTRATO nº. 032/2012, serão realizadas alterações das cláusulas 6.2.5 e 6.2.6, bem como o item 3, alínea b, constantes no Termo de Referência e Transferência de Recursos e Orçamentários, respectivamente, na forma abaixo:

ONDE SE LIA:

6.2.5 - O Conceito Semestral de Desempenho pelo HMHS será obtido pela média aritmética dos pontos alcançados no período de seis meses, podendo situar-se em 3 faixas, conforme o Quadro 6:

Quadro 6. Conceitos de Desempenho

Média de Pontos Semestral	Conceito Semestral
0 – 69	C
70 – 89	B
90 – 100	A

6.2.6 - O Conceito Semestral de Desempenho obtido pelo HMHS será calculado pela média aritmética das pontuações mensais e ensejará as seguintes decorrências:

- Conceito Semestral A: O HMHS recebe o valor equivalente a 50% da folha de pagamentos (com encargos pertinentes a bônus) mensal, para ser repassado a título de bonificação aos colaboradores que estejam vinculados há 6 meses, pelo menos;
- Conceito Semestral B: O HMHS não fará jus ao recebimento de bônus;
- Conceito Semestral C: O HMHS será notificado, de acordo com os itens 6.2.3 e 6.2.4.

DEVERÁ SER LIDO:

6.2.5 - O Conceito Semestral de Desempenho pelo HMHS será obtido pela média aritmética dos pontos alcançados no período de seis meses, podendo situar-se em 2 faixas, conforme o Quadro 6:

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Média de Pontos Semestral	Conceito Semestral
70 - 100	A
0 – 69	B

6.2.6 - O Conceito Semestral de Desempenho obtido pelo HMHS será calculado pela média aritmética das pontuações mensais e ensejará as seguintes decorrências:

• Conceito Semestral A: A unidade hospitalar encontra-se dentro dos parâmetros esperados;

• Conceito Semestral B: A unidade hospitalar será notificada, de acordo com o item 6.2.3.

ONDE SE LIA:

3 - b. O relatório de Prestação de Contas deverá ser entregue à CONTRATANTE, até o quinto dia útil de cada mês subsequente ao mês de referência;

DEVERÁ SER LIDO:

3 - b. O Relatório de Prestação de Contas deverá ser entregue à CONTRATANTE, em até 15 (quinze) dias úteis do mês subsequente ao mês de referência;

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES DO CNPJ E DE CONTA CORRENTE PRÓPRIOS

Foram realizadas alterações no CNPJ e Conta Corrente próprios do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, ora **CONTRATADA**, qualificada como Organização Social na área de apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART**, na forma abaixo:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ONDE SE LIA:

- **Agência: 3033-3**
- **Conta corrente: 46900-9**
- **Favorecido: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
- **Endereço:** Rua da Assembleia, nº. 10, Sala 1422, Centro, Rio de Janeiro – RJ
- **CNPJ: 21.583.042/0009-20**

DEVERÁ SER LIDO:

- **Agência: 3033-3**
- **Conta Corrente: 44702-1**
- **Favorecido: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
- **Endereço:** Av. Automóvel Clube, s/nº., Lote 1745, Jardim José Bonifácio, São João de Meriti – RJ
- **CNPJ: 21.583.042/0011-44**

CLÁUSULA SEXTA – EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato, a Secretaria de Estado de Saúde, oportunamente.

CLÁUSULA SÉTIMA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato ora aditado.

CLÁUSULA OITAVA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATADA.**

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA NONA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 28 de dezembro de 2013.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO CÔRTES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **032/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, PARA **PRORROGAÇÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL**, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **CHARBEL KHOURI DUARTE**, Subsecretário de Unidades de Saúde, portador da carteira de identidade nº 06745332-4, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob nº 723.378.697-68, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e o **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Av. Automóvel Clube, s/nº., Lote 1745, Jardim José Bonifácio, São João de Meriti – RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0011-44, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo **SR. IOMAR PINHEIRO CANGUSSU**, na qualidade de Conselheiro, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG, portador da carteira de identidade nº. 10381, expedida pelo CREMEMG e CPF nº. 282.239.426-15, procurador regularmente constituído conforme instrumento de mandato outorgado pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447 SSP/MG e CPF nº. 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº 43.710 de 06 de agosto de 201, o **QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 032/2012** – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/7841/2012**, especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 - a PRORROGAÇÃO DO PRAZO CONTRATUAL pelo período de **12 (doze) meses**, a contar de **28/12/2016 a 27/12/2017**, nos termos do despacho da CI OP CCOS nº 661/2016 proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

1.2 – a ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA TERCEIRA, ITEM 3.12 DO CONTRATO DE GESTÃO N° 032/2012;

1.3 – das ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 010/2012.

PARÁGRAFO ÚNICO – A presente prorrogação, objeto deste termo aditivo, está condicionada à conclusão do Processo de Seleção, conforme despacho da CI OP/CCOS n° 661/2016 proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO TERMO ADITIVO

O valor total estimado do presente Termo Aditivo para cobrir as despesas relativas à prorrogação do contrato pelo período de 12 (doze) meses é de R$96.000.000,00 (noventa e seis milhões de reais), correspondendo o valor da parcela de custeio mensal R$8.000.000,00 (oito milhões de reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **Termo Aditivo** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/222/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0151.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA QUARTA – DA ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA TERCEIRA, ITEM 3.12 DO CONTRATO DE GESTÃO N° 032/2012

A Cláusula Terceira, item 3.12 do Contrato de Gestão n° 032/2012 passa a vigorar com a seguinte redação:

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
*Compromete-se a **CONTRATADA**:*

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

*3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva, transparente e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**, devendo o mesmo constar no sítio eletrônico da ora **CONTRATADA**, assim como a prévia divulgação das vagas, critérios e formas de avaliação.*

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 010/2012

Tendo em vista o Termo de Referência, o qual deu causa à assinatura do presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 032/2012 será alterada a Cláusula 4.1.30, na forma abaixo, bem como excluídos os itens 3.8.9; 4.3.2 (itens "p" e "q") e 4.3.3 do Termo de Referência, anexo ao Edital de Seleção n° 010/2012, consoante despacho proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde:

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

***4.1.30** Fornecer aos usuários todos os medicamentos que sejam necessários para a continuação em domicílio do tratamento do agravo em acompanhamento durante a internação hospitalar, por um período máximo de 03 (três) dias. A prescrição realizada pelos profissionais da unidade quanto aos medicamentos e insumos destinados ao usuário ambulatorial deverá estar contida nas listas padronizadas pelo SUS e nos protocolos clínicos preconizados. Se não for observado o trâmite acima descrito e a SES/RJ vier a ser compelida judicialmente a fornecer o medicamento/insumo não padronizado, poderá descontar a quantia paga do valor repassado mensalmente à Unidade.*

CLÁUSULA SEXTA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n° 032/2012, a Secretaria de Estado de Saúde empenhará oportunamente.

CLÁUSULA SÉTIMA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato de Gestão, ora aditado.

CLÁUSULA OITAVA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATANTE.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA NONA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 28 de dezembro de 2016

CHARBEL KHOURI DUARTE
SUBSECRETÁRIO DE UNIDADES DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 05/09/2023

CNES: 6518893 Nome Fantasia: SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART CNPJ: 42.498.717/0106-22

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE RIO DE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV AUTOMOVEL CLUBE Número: S/N Complemento: LT 1745

Bairro: JD JOSE BONIFACIO Município: 330510 - SAO JOAO DE MERITI UF: RJ

CEP: 25565-171 Telefone: (21)2651-9600 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: FERNANDA APARECIDA DA SILVA DE OLIVEIRA 08/12/2022

Cadastrado em: 05/06/2010 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 14/02/2013

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	LINK DEDICADO

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel
SIM	SIM

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão

1549

994

documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	1	1	SIM
AUDIOMETRO DE UM CANAL	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			

1550

995

O presente documento digital foi c... com o original e assin... gitalmente por AIDÊ MARIA ... NIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-0... CNS: 04.116-0 - CARTÓ... rmos da medida provisória N. 2.20... de 24 de agosto de 2001. Sua a... dade deverá ser confirm... o endereço eletrônico www.c... rg.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Mamografo com Comando Simples	1	1	SIM
Mamografo com Estereotaxia	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	2	2	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	3	3	SIM
Grupo Gerador	2	2	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	1	1	SIM
Caneta de Alta Rotacao	1	1	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	1	1	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	33	33	SIM

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04116-0- CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Bomba de Infusao	145	145	SIM
Desfibrilador	8	8	SIM
Equipamento de Fototerapia	40	40	SIM
Incubadora	20	20	SIM
Marcapasso Temporario	2	2	SIM
Monitor de ECG	35	35	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	35	35	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	35	35	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	100	100	SIM
Respirador/Ventilador	24	24	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	11	11	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopio Digestivo	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS

O presente documento original foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04116-0- CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	29	0
UNIDADE ISOLAMENTO	3	3
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
UTI NEONATAL - TIPO II	20	0
ESPEC - CIRURGICO		
GINECOLOGIA	6	6
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	6	6
NEONATOLOGIA	48	48
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	7	7
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	11	11
OBSTETRICIA CLINICA	48	48

Data desativação: -- Motivo desativação: --

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenapl.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
998

3. - FA3 — QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS COM SERVIÇO AMBULATORIAL POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Considerando que o Contrato de Gestão nº 002/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, possui por objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde no **Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher**;

Considerando que a referida Unidade Hospitalar estrutura-se com perfil de atendimento voltado para gestante de baixo e médio risco e seus recém-nascidos;

Seguem dados de produção realizada no período de Novembro/2016 a Abril/2017 (06 meses), atestados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão nº 002/2012:

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Procedimentos cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos e partos (Saídas).	620	726
UTI Neonatal Cuidados Intensivos (Saídas)	40	25
Outras Internações (pacientes para obstetrícia e ginecologia) Saídas	100	176

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Pré-Natal, Puerpério e Ginecologia	3.000	4.122
Multiprofissional	1.800	1.274
Planejamento Familiar	600	297

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SADT	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Ultrassonografia	1.020	1.027

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Isto posto, atesto para os devidos fins que a **Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus,** sediada na Rua da Assembleia, n° 10, sala 1422 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar das ações e serviços no **Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher,** localizado na Avenida Doutor Carvalhães, n° 400 – Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2017

LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/03/2022

CNES: 7011857 Nome Fantasia: SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA DOUTOR CARVALHAES Número: 400 Complemento: --

Bairro: ROCHA SOBRINHO Município: 330285 - MESQUITA UF: RJ

CEP: 26574-461 Telefone: 27976700 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RICARDO IANNARELLA 30/07/2015

Cadastrado em: 02/06/2012 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 10/01/2016

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1023 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	CABO MODEM

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31/08/2017 às 15:15:28 GMT-03:00, sob o CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SIM	SIM

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CERTIFICADO 2º OFÍCIO DE NOTAS, nos termos da medida provisória nº 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.[illegible]nad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADE MARIA GUARIERI PAULILLO em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por ANDRÉ MARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - 2º OFÍCIO DE NOTAS/MATRIZ, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá ser conferida em www.notariado.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por DEMARIA GUARNIERI PAULILLO em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por ANDRÉ MARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá ser conferida em www.notariado.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARIA GUARACIARI SAULO em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por MARIANGELA ARNIERI GALLL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - 0 2º OFÍCIO DE NOTAS/MANAUS/AM, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá ser feita no endereço eletrônico www.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADE MARIA GUARACIERI PAULILLO em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	4	4	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	1	1	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM

O presente documento digital foi conferido com o o[illegible] assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116.[illegible]RTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá [illegible]nfirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	20	20	SIM
Bomba de Infusao	15	15	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Equipamento de Fototerapia	1	1	SIM
Incubadora	6	6	SIM
Monitor de ECG	13	13	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	11	11	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	8	8	SIM
Respirador/Ventilador	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	8	8
ESPEC - CIRURGICO		
GINECOLOGIA	1	1
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	66	66
OBSTETRICIA CLINICA	2	2
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	1	1

Data desativação: -- Motivo desativação: --

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº002/2012, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL COM ÁREA DE ATUAÇÃO EM MATERNIDADE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO COMPLEXO REGIONAL DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, a

O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Av. Graça Aranha n° 182, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada por seu Secretário de Estado, Ilmo. Sr. Dr. Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, portador da carteira de identidade nº 52 - 512106, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 817.161.767-00, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e, de outro lado, o

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, inscrita no CNPJ sob o nº. 21.583.042/0003-34, com endereço à Rua Manoel Duarte, nº 140, sala 310 Centro – Três Rios - Rio de Janeiro, neste ato representado por José Mariano Soares de Moraes na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447/SSP-MG, CPF nº 209.721.726-53, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº.E-08/831/2012 tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção Nº 002/2012 e o correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E., de 03 de abril de 2012, inserido nos autos do Processo nº E-08/831/2012em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, localizado à Rua Doutor Carvalhães, Rocha Sobrinho - Mesquita – RJ, CNES nº 7011857, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência
(ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso
(iii) Anexo IX – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) o imóvel de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referente ao Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6243/11 e do Decreto 43.261/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

(v) Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 Responsabilizar-se exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao CONTRATANTE ou a terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A CONTRATADA também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

43.408 de 9 de janeiro de 2012, para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar o imóvel e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 11 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimônio pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 - É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE**.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE** se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência. A previsão de retenção engloba também qualquer ação que o Poder Público figure como réu por condutas ilícitas ou danosas praticadas pelos agentes da **CONTRATADA**.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por ADEMARIA GUARNIERI GAEL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.43 Consolidar a imagem do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.44 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

recuperação;

3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.46 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.48 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº 6.043/2011, desde que haja requerimento desta, autorização do Poder Público para a cessão e a concordância do funcionário;

4.7 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.10 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O CONTRATO DE GESTÃO vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 00

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0319.2745

Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R$53.826.575,59** (cinquenta e três milhões, oitocentos e vinte e seis mil, quinhentos e setenta e cinco reais e cinquenta e nove centavos).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de **R$ 4.249.057,78** (quatro milhões, duzentos e quarenta e nove mil cinquenta e sete reais e setenta e oito centavos) e cada parcela de Investimento terá o valor de R$ **2.837.882,18** (dois milhões, oitocentos e trinta e sete

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

mil, oitocentos e oitenta e dois reais) será depositada na conta corrente nº 42536-2, agência 3033-3, de titularidade da **CONTRATADA**, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus ao reajuste do valor contratual pelo IPCA acumulado no período, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

PARAGRAFO ÚNICO - O reajuste deverá ser requerido expressamente pela **CONTRATADA** até a data da renovação contratual, sob pena de preclusão, acompanhado da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual. Após a celebração da renovação prevista na **CLÁUSULA QUINTA**, presumir-se-á de modo absoluto a aceitação do valor do contrato, sem o reajuste requerido, para o respectivo período renovado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de conseqüências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores)

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

15.4 Na hipótese da cláusula 13.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**, conforme disposto no Art.10, inciso VI, da Lei nº 6.043/11.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

PARAGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação do imóvel, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2012.

SÉRGIO LUIZ CORTES DA SILVEIRA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha MG12571803.

Testemunha LFP; 06103

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **002/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ,** PARA A **PRORROGAÇÃO** DO PRAZO, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **Dr. SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA**, portador da Identidade nº 52.51210-6, emitida pelo CREMERJ e inscrito no C.P.F. sob o nº 817.161.767-00, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e a **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ** , situada na Av. Doutor Carvalhaes , s/n, Rocha Sobrinho – Mesquita /RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003-34, daqui por diante denominada CONTRATADA, representada neste ato pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, na qualidade de presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da cédula de identidade nº 591.447/SSP-MG e CPF nº 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2012**, conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/0831/2012,** especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a prorrogação do prazo contratual por mais **24 (vinte e quatro) meses**, a contar de 21/05/2013 a 20/05/2015.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O valor total estimado do presente termo aditivo é de R$ 103.030.945,80 (cinquenta e um milhões duzentos e oitenta e sete mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e setenta e dois centavos), correspondendo mensalmente o valor da parcela de custeio o valor de R$ 4.272.956,07 (quatro milhões duzentos e trinta e três mil, novecentos e setenta e um reais e seis centavos) e parcela única de investimento de R$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais) conforme proposta econômica constante às fls___

CLÁUSULA TERCEIRA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato, a Secretaria de Estado de Saúde, oportunamente.

CLÁUSULA QUARTA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato ora aditado.

CLÁUSULA QUINTA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA SEXTA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2013.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO CÔRTES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **002/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ,** PARA A **PRORROGAÇÃO DO PRAZO E REPACTUAÇÃO CONTRATUAL,** NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **SÉRGIO D'ABREU GAMA**, Subsecretário de Unidades de Saúde, portador da carteira de identidade nº 08167116-6, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob nº 023.297.217-65, doravante designada **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Rua Dr. Carvalhães, nº 400, Rocha Sobrinho, Mesquita - RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003.34, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo Sr. Iomar Pinheiro Cangussu, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG e inscrito no CPF nº. 282.239.426-15, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº. 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº. 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº. 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº. 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2012** – HOSPITAL ESTADUAL DA MÃE - conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/831/2012,** especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a prorrogação do prazo contratual por mais **12 (doze) meses**, a contar de 21/05/2016 a 20/05/2017, nos termos do Despacho da CI LG/SACG Nº 208/2016 exarado pela Subsecretaria de Unidades de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO

O valor total estimado do presente termo aditivo é de R$ 66.783.374,00 (sessenta e seis milhões setecentos e oitenta e três mil e trezentos e setenta e quatro reais), correspondendo mensalmente o valor da parcela de custeio o valor de R$5.333.332,00 (cinco milhões trezentos e trinta e três mil e trezentos e trinta e dois reais) e parcela de investimento no valor total de R$2.783.390,00 (dois milhões setecentos e oitenta e três mil e trezentos e noventa reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 002/2012.

Tendo em vista o Termo de Referência, o qual deu causa à assinatura do presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2012 serão alteradas as metas contratuais constantes nas Cláusulas 6.2 e 6.3 do Termo de Referência, anexo ao Edital de Seleção n° 002/2012, consoante despacho proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, na forma abaixo:

6.2 Assistência Ambulatorial

O Hospital Estadual da Mãe deverá realizar o número de atendimentos ambulatoriais, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2. Produção Assistencial Ambulatorial

Especialidade	*Meta*
Pré-natal, Puerpério e Ginecologia	*3.000*
Multiprofissional	*1.800*
Planejamento Familiar	*600*

6.3 Produção Assistencial de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT

O Hospital Estadual da Mãe deverá realizar os serviços de SADT ambulatorial, conforme apresentado no Quadro 3:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Quadro 3. Produção Assistencial no SADT Externo

SADT	*Meta*
Ultrassonografia	*1.020*

CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **Termo Aditivo** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/222/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0151.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA QUINTA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n° 002/2012, a Secretaria de Estado de Saúde empenhará oportunamente.

CLÁUSULA SEXTA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato de Gestão, ora aditado.

CLÁUSULA SÉTIMA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta do **CONTRATANTE.**

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, fundamento do ato e número do processo administrativo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1604

CLÁUSULA OITAVA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2016

SÉRGIO D'ABREU GAMA
SUBSECRETÁRIO DE UNIDADES DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 689 / 2016

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016

Ref.: OF. OP/CCOS Nº 568
Assunto: prorrogação contrato Hospital Estadual da Mãe – Contrato de gestão 002/2012

À Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

Ilma. Mary Virginian Northrup,

O **Hospital Maternidade Therezinha de Jesus**, em resposta ao oficio em referência, informa que há interesse na repactuação e encaminha os documentos solicitados em anexo.

Piétro Sidoti
Gerente Jurídico HMTJ- OSS RJ

Benedito Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ- OSS RJ

RECEBIDO SES / SAÚDE
Em: 31/10/16
às 10:43 hs.
Assinatura

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Data Atual	19/10/2016 12:35:25
Razão Social	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Nome Fantasia	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ/CPF	21.583.042/0003-34
N.º do Documento CRC	0007/2012- OSS UPA 24H/MAT.PUBL.
Data de Validade CRC	22/03/2017
Situação	Consta Ocorrência. Data de Documento ou Data de Validade CRC vencidas.

DOCUMENTOS DA EMPRESA

Documento	Vigência	Entregue	Data de Vigência
01 - Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ	Não	Sim	
02 - Registro Comercial, Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social, Decreto de Autorização	Não	Sim	
03 - Cédula de Identidade e CPF dos Diretores e/ou Sócios e Procuradores	Não	Sim	
04 - Certidão Negativa de Ilícitos Trabalhistas que Infringem a Legislação de Proteção à Criança e ao Adolescente	Sim	Sim	14/03/2017
05 - Certidão Negativa de Débito Trabalhista - CNDT	Sim	Sim	19/03/2017
06 - Declaração de atendimento NR 07 e NR 09 - Cap. V da CLT	Sim	Sim	30/08/2016
07 - Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal	Não	Sim	
08 - Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União	Sim	Sim	11/12/2016
09 - Regularidade com a Fazenda Estadual - ICMS	Sim	Sim	05/02/2017
10 - Certidão Negativa de Débito em Dívida Ativa da Procuradoria Geral do Estado	Sim	Sim	15/01/2017
11 - Regularidade com a Fazenda Municipal - ISSQN	Sim	Sim	19/12/2016
12 - Certidão Negativa de Débito em Dívida Ativa da Procuradoria Geral do Município	Sim	Sim	19/12/2016
14 - Certificado de Regularidade do FGTS - CRF	Sim	Sim	28/10/2016
15 - Certidão Negativa de Falência e Concordata (Ofícios FORUM)	Sim	Sim	29/12/2016

Imprimir

PROTOCOLO

18 OUT 2016

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, CNPJ: 21.583.042/0001-72, sediada à Rua Dirceu de Andrade nº 33, São Mateus, Juiz de Fora / MG e filial na cidade do Rio de Janeiro/RJ, na Rua da Assembleia, 10 sala 1422, Centro, inscrita no CNPJ sob o número 21.583.042/0009-20, neste ato representada pelo seu diretor financeiro **BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA,** portador da carteira de identidade M6649396SSPMG e inscrito no CPF sob o nº 261.429.297-49, **DECLARA**, pessoa jurídica acima nominada encontra-se em situação regular quanto ao cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

Por ser esta uma declaração da verdade, firmo o presente para os efeitos pretendidos.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016

BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA
Diretor Financeiro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta Orçamentaria - Ampliação Hospital da Mãe
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Descrição	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Total
PESSOAL								
Salários e Ordenados	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	10.703.150
Benefícios	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	150.500
Verbas Rescisórias - Provisões	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	2.288.191
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	980.665
Salários e Ordenados - Médicos	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	13.212.133
Verbas Rescisórias - Provisões Médicos	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	2.824.500
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições Médicos	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	1.210.496
TOTAL	4.481.445	4.481.445	4.481.445	4.481.445	4.481.445	4.481.445	4.481.445	31.370.118
MATERIAIS								
Drogas e Medicamentos	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	688.179
Materiais de Consumo Hospitalar	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	1.421.243
Gases Medicinais	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	107.956
Dieta Enteral e Parenteral	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	228.802
Material de Escritório/Papéis em Geral/Impressos	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	323.823
Peças e Materiais Manutenção	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	207.688
Material de Limpeza	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	14.042
Enxoval	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	28.014
Outras Despesas de Consumo	535	535	535	535	535	535	535	3.745
TOTAL	431.929	431.929	431.929	431.929	431.929	431.929	431.929	3.023.491
[illegible]RAIS								
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	450	450	450	450	450	450	450	3.150
Serviços Especializados	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	39.970
Serviços-Manutenção Predial	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	910.000
Serviços-Manutenção Equipamentos em Geral	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	135.436
Serviços-Manutenção Equipamentos Hospitalares	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	339.500
Serviços-Manutenção Equipamentos de Informática	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	298.144
Serviços Agência Transfusional	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	262.500
Serviços Laboratoriais	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	1.155.000
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	207.452
Locação Cilindros Gases Medicinais	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	42.112
Fornecimento de Alimentação	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	3.213.000
Serviços de Limpeza e Higienização	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	1.148.035
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	133.000
Segurança e Vigilância	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	525.000
Serviços de Esterilização	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	998.907
Serviços de Lavanderia	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	168.000
Cursos	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	40.577
Licenças de Software	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	76.398
Despesas com Hospedagem e Alimentação	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	16.800
Correio	200	200	200	200	200	200	200	1.400
Fretes, Carretos e Transportes	200	200	200	200	200	200	200	1.400
Rateio das Despesas da Sede da Contratada	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	703.700
[illegible]AL	1.488.497	1.488.497	1.488.497	1.488.497	1.488.497	1.488.497	1.488.497	10.419.481
INDIRETOS								
Água Ind.	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	112.000
Energia Elétrica Ind.	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	476.000
Telefonia Ind.	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	66.500
Seguros Ind.	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	17.500
Taxas/Impostos/Contribuições Ind.	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	32.200
TOTAL	100.600	100.600	100.600	100.600	100.600	100.600	100.600	704.200
TOTAL GERAL	6.502.471	6.502.471	6.502.471	6.502.471	6.502.471	6.502.471	6.502.471	45.517.299

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por MIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta Orçamentaria - Ampliação Hospital da Mãe
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FUNÇÃO	QUANTIDADE
Assistente Administrativo Senior	5
Assistente Social	5
Auxiliar Administrativo	30
Auxiliar Farmácia	6
Coordenador	1
Coordenador Administrativo	1
Coordenador Médico Especialidade	3
Coordenador Radiologia (RT)	1
Coordenador Serviços	1
Coordenadora de Enfermagem	8
Coordenadora de Qualidade	1
Copeira	4
Diretor Clínico	1
Diretor Geral	1
Diretor Tecnico	1
Enfermeira	2
Enfermeiro	75
Enfermeiro Obstetras	24
Farmaceutico	4
Farmaceutico RT	1
Fisioterapia	11
Fonoaudiologia	2
Gerencia MultiProfissional	1
Manicure	1
Maqueiro	4
Médico 6Hrs Semanais	68
Médico 12Hrs Semanais	29
Médico 24Hrs Semanais	93
Médico 30Hrs Semanais	4
Nutricionista	3
Ouvidoria	1
icólogo	3
Recepcionista	14
Supervisor Administrativo	1
Supervisor de DP	1
Supervisor de Enfermagem	6
Supervisor de Recursos Humanos	1
Téc. Radiologia	7
Téc. Seg. Trabalho	2
Técnico Enfermagem	232
Total	662

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão n° 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Claudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades de Saúde

CI OA/SUBUS Nº 709 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

Para: Controladoria de Contratos das Organizações Sociais/SES
De: Subsecretaria de Unidades de Saúde

Assunto: REPACTUAÇÃO HOSPITAL DA MÃE

Considerando a mudança de perfil do Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, que encerrará as atividades da Maternidade, dos leitos de UTI Neonatal e dos leitos de UI Neonatal a contar de 31 de outubro de 2016.

Considerando que Hospital Estadual da Mãe, recebeu os leitos da maternidade do Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, ampliando para 30(trinta) leitos de Maternidade, 07(sete) leitos de UI Neonatal e 10(dez) leitos de UTI Neonatal, a contar de 01 de novembro de 2016.

Solicitamos procedimentos administrativos junto a OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Contrato de Gestão nº 002/2012, que tem como objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde a ser executado no Hospital Estadual da Mãe, a repactuação no valor de custeio máximo por conta do aumento dos números de leitos de maternidade, UTI Neonatal e UI Neonatal, passando de R$ 5.333.332,00 (cinco milhões, trezentos e trinta e três mil, trezentos e trinta e dois reais) para R$ 6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil, quatrocentos e setenta e um reais) mensais.

Atenciosamente,

31/10/16
12:57

Charbel Khouri Duarte
Subsecretário de Unidades de Saúde
ID: 2664884-9

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão nº 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Luiz Claudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5062246-0

Atenciosamente,

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Recebido 24.01.17
Distribuído 24.01.17
Prazo

Luiz Cláudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão n° 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Cláudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

Barcelo 31/10

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades de Saúde

CI OA/SUBUS Nº 969

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

Para: Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
De: Subsecretaria de Unidades de Saúde/SES

Assunto: REPACTUAÇÃO HOSPITAL DA MÃE

Considerando a mudança de perfil do Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans, solicitamos procedimentos administrativos junto à OSS HMTJ para que encerre as atividades da Maternidade, dos leitos de UTI Neonatal e dos leitos de UI Neonatal no HEVMC a contar de 01 de novembro de 2016.

Considerando que o Hospital Estadual da Mãe recebeu os leitos da maternidade do Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans, ampliando para 30 (trinta) leitos de Maternidade, 07 (sete) leitos de UI Neonatal e 10 (dez) leitos de UTI Neonatal, a contar de 01 de novembro de 2016.

Solicitamos procedimentos administrativos junto a OSS Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, Contrato de Gestão nº 002/2012, que tem como objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde a ser executado no Hospital Estadual da Mãe, a repactuação no valor de custeio máximo por conta do aumento dos números de leitos de maternidade, UTI Neonatal e UI Neonatal, passando de R$5.333.332,00 (cinco milhões, trezentos e trinta e três mil, trezentos e trinta e dois reais) para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil, quatrocentos e setenta e um reais) mensais.

Atenciosamente,

Charbel Khouri Duarte.
Subsecretaria de Unidades de Saúde
ID. 2664884-9

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 469 / 2017

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2017

Ref.: OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 457 / 2017
Assunto: término do Contrato de Gestão nº 002/2012 – Hospital da Mãe de Mesquita

Ao Secretário Estadual de Saúde

Ilmo. Dr. Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior,

O **Hospital Maternidade e Therezinha de Jesus - HMTJ**, expõe o que segue.

Hoje, 26/6/2017, foi publicado o extrato de instrumento do Contrato de Gestão 002/2017, cujo objeto é a da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, com data de assinatura em 20/6/2017.

Considerando que o Contrato de Gestão 002/2012 encerrou-se em 20/5/2017, conforme consta na cláusula primeira do seu terceiro termo aditivo.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Considerando ainda que não houve interrupção da gestão da unidade por parte do Hospital Maternidade e Therezinha de Jesus entre o período de 20/5/2017 a 19/6/2017.

Considerando por fim que já expusemos a questão através do ofício GJurHMTJRJ Nº 457/2017 protocolado em 21/6/2017, sem termos qualquer resposta até o momento.

O HMTJ reitera o oficio em referência, requerendo posição da Pasta acerca do contrato referente ao período de 20/5/2016 a 19/6//2017.

Piétro Sìdoti
Gerente Jurídico HMTJ- OSS RJ

Benedito Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ- OSS RJ

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2017, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO EM HOSPITAL COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO COMPLEXO REGIONAL DA MÃE DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Rua México n° 128, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. Dr. **CHARBEL KHOURI DUARTE**, Subsecretário de Atenção à Saúde, portador da carteira de identidade n° 06745332-4, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob n° 723.378.697-68, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e de outro lado, após a conclusão do processo de seleção nº E-08/001/330/2017, a Organização Social de Saúde **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**, situada na Av. Doutor Carvalhães, n° 400, Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003-34, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato pelo Sr. **JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES**, na qualidade de Presidente, portador da cédula de identidade nº 591.447/SSP-MG e CPF nº 209.721.726-53, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção nº 001/2017 e o

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E.R.J., de 08/06/2017, inserido nos autos do Processo de Acompanhamento nº E-08/001/3734/2017, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **COMPLEXO REGIONAL DA MÃE DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER**, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, localizado à Av. Doutor Carvalhães, n° 400, Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência

(ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso

(iii) Anexo X – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) o imóvel de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referente Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6043/11 e do Decreto 43.261/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.7.1 A aquisição de medicamentos deverá ser praticada respeitando até o valor máximo estabelecida na Tabela CEMED, com relação as órteses/próteses e insumos deverá seguir o disposto na Tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

(v) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

dispensados nos protocolos terapêuticos indicados pelas SES/RJ;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva, transparente e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA,** devendo o mesmo constar no sítio eletrônico da ora **CONTRATADA**, assim como a prévia divulgação das vagas, critérios e formas de avaliação.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 A **CONTRATADA** será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao **CONTRATANTE** ou à terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A **CONTRATADA** também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº 43.408 de 9 de janeiro de 2012), para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis cedidos. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar o imóvel e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 8.4 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimonialização pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados;

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE.**

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.43 Consolidar a imagem do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.44 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação;

3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.46 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.48 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

3.52 Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.30 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O **CONTRATO DE GESTÃO** vigorará pelo prazo de 01 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, pelo mesmo prazo, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/122/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0149.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 100/122/225

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0149.8341

Natureza da Despesa: 3390.34.01

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R$65.541.569,00** (sessenta e cinco milhões, quinhentos e quarenta e um mil e quinhentos e sessenta e nove reais).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

As Transferências de Recursos referentes à parcela mensal de custeio terá o valor de **R$5.295.130,75** (cinco milhões, duzentos e noventa e cinco mil e cento e trinta reais e setenta e cinco centavos) e duas parcelas de investimento, cada uma no valor de R$1.000.000,00 (um milhão de reais), totalizando o valor de **R$2.000.000,00** (dois milhões de reais), nos termos da proposta orçamentária inserida nos autos do Processo de Seleção nº E-08/001/330/2017.

As Transferências de Recursos serão depositadas na **Conta-Corrente nº 26.456-3, agência 3033 de titularidade da** CONTRATADA, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO ÚNICO

No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REPACTUAÇÃO

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO**, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

15.4 Na hipótese da cláusula 15.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 Em caso de rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA**, no prazo de até 90 (noventa) dias, deverá prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE** quanto à incorporação do patrimônio, dos legados e doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, ao patrimônio do Estado ou ao de outra Organização Social qualificada, que vier a celebrar Contrato de Gestão com o Poder Público, ressalvados o patrimônio, bens e recursos pré-existentes ao Contrato de Gestão, conforme disposto no Artigo10, inciso IV, da Lei nº 6.043/11.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os diretores da CONTRATADA serão responsabilizados pessoalmente, no caso de eventual aplicação de penalidade de cunho pecuniário, incidindo as penas sobre o seu patrimônio, considerando que Organização Social é uma entidade sem fins lucrativos.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

PARÁGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação do imóvel, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 20 de junho de 2017

CHARBEL KHOURI DUARTE
SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE POLICLINICAS/AME/CLINICA ESPECIALIZADA OU SIMILAR.

EXPERIENCIA 01

EXPERIÊNCIA 01

Policlínica Rio Vermelho

Contrato 90/2023 /SES

AJUSTE DE PARCERIA NA FORMA DE CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO, inscrito no CPF sob o nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás por meio do Decreto estadual nº 10.260, de 11/05/2023, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, Setor São Mateus, Juiz de Fora - MG, neste ato representado por seu Diretor Presidente, Sr. MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA, brasileiro, casado, advogado, portador da CI/RG M3040499/SSP/MG, inscrito no CPF nº 485.399.966-34, residente e domiciliado em Juiz de Fora - MG.

RESOLVEM, com fundamento no art. 12, inciso I, da Lei estadual nº 21.740/2022, no Despacho nº 5866/2023/GAB (53196590), no Ofício nº 61196/2023/SES (53487009), no Ofício GJurHMTJ000 OSS/HMTJ Nº 64 (53509877), no Termo de Referência (53530797), nos Anexos I a V (53205462), na Requisição de Despesa nº 44/2023/SES/SUPECC (53530853), no Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em conformidade com o processo administrativo nº 202300010063733, mediante as cláusulas e condições seguintes**:**

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, na **Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho - Goiás**, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 21.740/2022, e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e as políticas públicas nas áreas de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO;**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos Lei estadual nº 21.740/2022:

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência e Anexos Técnicos;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma da Lei estadual nº 21.740/2022, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo dar ciência à Controladoria-Geral do Estado para manifestação posterior;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. As Organizações Sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para as atividades meio e fim do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde;

2.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta Técnica, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pela Lei estadual nº 21.740/2022;

2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional;

2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto na Lei estadual nº 21.740/2022, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:
a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;
c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.32. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas;

2.33. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta Técnica;

2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários a regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.35.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO,** contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do
Tribunal de Contas do Estado de Goiás –TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, com envio de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução, atinentes às atividades realizadas, ao final da vigência contratual;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papeis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observado o disposto na Lei estadual nº 21.740/2022;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras;

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência;

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e às atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias;

2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 21.740/2022;

2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento;

2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada;

2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago;

2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº 21.740/2022;

2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9;

2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei estadual nº 21.740/2022, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.80. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pela Lei estadual nº 21.740/2022;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e ao recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.9. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme o ANEXO I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contendo, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº 21.740/2022;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas, os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

4.1.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.1.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude a Lei estadual nº 21.740/2022 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final da vigência contratual a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53;

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: 1) salários e benefícios previstos em norma coletiva; 2) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e 3) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos ou até a finalização de novo chamamento, o que ocorrer primeiro, contados a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente instrumento, assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** parcelas mensais estimadas em R$1.844.516,28 (um milhão, oitocentos e quarenta e quatro mil, quinhentos e dezesseis reais e vinte e oito centavos), totalizando R$ 11.067.097,68 (onze milhões, sessenta e sete mil, noventa e sete reais e sessenta e oito centavos), durante a vigência deste contrato, observadas as disposições do item 8.1, da Cláusula Oitava deste instrumento.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas.

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros.

c) venda de espaço publicitário.

d) exploração comercial das instalações.

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar.

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos.

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos.

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº 21.740/2022.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. Para o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de R$ 11.067.097,68 (onze milhões, sessenta e sete mil, noventa e sete reais e sessenta e oito centavos), em 06 (seis) parcelas mensais de R$1.844.516,28 (um milhão, oitocentos e quarenta e quatro mil, quinhentos e dezesseis reais e vinte e oito centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do início da vigência do ajuste e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.1.1. Será de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP;

8.1.2. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demando judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

8.1.3. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

8.1.4. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

8.2. As despesas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

SEQUENCIAL : 098	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	15000100	Recursos não Vinculados de Impostos - Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	50	Transferência a Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do **PARCEIRO PÚBLICO** e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74;

9.2. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade;

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este;

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

9.6. **O PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados;

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual;

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos;

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas, poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico;

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário;

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa;

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a
menor, a maior ou em duplicidade;

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar à disposição, os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso;

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei;

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir a apuração dos fatos praticados pelo referido profissional;

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.7 e 9.8, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS;** autorização governamental, conforme disposto na segunda parte do caput e parágrafo único do art. 84-A da Lei estadual nº 17.928/2012; aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, sendo esta última, somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades, conforme disposto no art. 79-A da Lei estadual nº 20.491/2019.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos, conforme Lei estadual nº 21.740/2022.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos da Lei estadual nº 21.740/2022.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** que perder, por qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás, respeitadas as formalidades previstas na Lei estadual nº 21.740, de 29 de dezembro de 2022.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações.

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO.**

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Termo de Referência;

b) Anexos I, II, III, IV e V;

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e,

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, que contemplam, inclusive, os bens objeto do Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO. I – De Entrega de Bens Móveis e Imóveis, serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto na Lei estadual nº 21.740/2022;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, será providenciada imediatamente, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO Nº I/2023 - SES/SUPECC-03082

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2023 - POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS

Este anexo constitui parte integrante do Contrato de Gestão e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

1. **ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS**

1.1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO – GOIÁS

Endereço: Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO

Tipo de Unidade: Policlínica

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: de segunda a sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

1.2. **Introdução**

A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

1.3. **Justificativa**

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos na qualidade de vida e nos gastos com saúde tem preocupado os gestores em saúde pública. Nesse sentido, é necessário realizar a mudança no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas no sistema único de saúde – SUS. E ainda qualificar os profissionais de saúde a adotarem práticas de cuidado contínuo e compartilhado entre os profissionais especializados e equipes da atenção primária, com ênfase em mudança de hábitos que afetem a saúde e a qualidade de vida da população.

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

1.4. **Objetivo**

I - Elaborar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde;

II - Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo;

III - Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecida pela SPAIS/SES-GO.

Referência da Policlínica Estadual – Unidade Goiás: A área de abrangência é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde e 72 Municípios: Regiões de Saúde Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de Goiás possui uma população de 22.381 habitantes, está inserido na Região de Saúde Rio Vermelho, com 199.734 habitantes e pertence à Macrorregião Centro-Oeste com 2.366.072 habitantes.

O quadro abaixo mostra a população dos municípios da Macrorregião Centro-Oeste, separados por Regiões, as quais serão atendidas pela Policlínica e a cobertura da atenção primária, bem como à distância de Goiás até os municípios:

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde*
Central	Abadia de Goiás	151	8.958	100,00%	100,00%
	Anicuns	99	21.981	92,77%	100,00%
	Araçu	124	3.486	100,00%	100,00%
	Avelinópolis	123	2.409	100,00%	100,00%
	Brazabrantes	117	3.746	100,00%	100,00%
	Campestre de Goiás	164	3.649	100,00%	100,00%
	Caturaí	107	5.101	100,00%	100,00%
	Damolândia	114	2.944	100,00%	100,00%
	Goiânia	143	1.555.626	50,76%	43,69%
	Goianira	113	46.278	100,00%	100,00%
	Guapó	165	14.207	100,00%	100,00%
	Inhumas	97	53.655	100,00%	100,00%
	Itaguari	69,5	4.684	100,00%	100,00%
	Itauçu	73,1	8.968	100,00%	100,00%
	Jesúpolis	104	2.497	100,00%	100,00%
	Nazário	117	9.375	100,00%	0,00%
	Nerópolis	126	30931	100,00%	100,00%
	Nova Veneza	114	10193	100,00%	100,00%
	Ouro Verde de Goiás	137	3679	100,00%	100,00%
	Petrolina de Goiás	114	10.240	100,00%	100,00%
	Santa Bárbara de Goiás	132	6.701	97,98%	100,00%
	Santa Rosa de Goiás	93,9	2.200	100,00%	100,00%
	Santo Antônio de Goiás	131	6.593	100,00%	100,00%
	São Francisco de Goiás	119	6.265	100,00%	100,00%
	Taquaral de Goiás	72,5	3.506	100,00%	100,00%
	Trindade	136	132006	78,18%	83,82%
Total – Região de Saúde Central			**1.935.887**	**94,17%**	**93,37**

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitár Saúde*
Rio Vermelho	Americano do Brasil	73	6.220	83,89%	56,46
	Araguapaz	119	7.795	94,48%	100,00%
	Aruanã	174	10.340	80,28%	69,87%
	Britânia	187	5.815	100,00%	100,00%
	Faina	84,7	6.527	90,3%	100,00%
	Goiás	0	22.381	100,00%	100,00%
	Guaraíta	55,4	1.951	100,00%	100,00%
	Heitoraí	79	3.742	100,00%	92,64%
	Itaberaí	43	44329	86,37%	80,42%
	Itapirapuã	58,1	4.685	100,00%	100,00%

	Itapuranga	89,6	25597	100,00%	100,00%
	Jussara	86	18.266	100,00%	100,00%
	Matrinchã	114	4.321	100,00%	100,00%
	Mossâmedes	41,9	4.120	100,00%	100,00%
	Mozarlândia	162	16077	100,00%	88,13%
	Nova Crixás	238	13020	100,00%	100,00%
	Santa Fé de Goiás	123	5585	81,07%	63,20%
Total – Região de Saúde Rio Vermelho			**199.734**	**91,92%**	**91,22%**

Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitá Saúde
Oeste I	Amorinópolis	205	3.011	100,00%	100,00%
	Aragarças	243	20.410	94,42%	68,60%
	Arenópolis	243	2462	100,00%	100,00%
	Baliza	320	5.418	76,65%	100,00%
	Bom Jardim de Goiás	276	8.912	100,00%	100,00%
	Diorama	185	2.477	96,32%	0,00%
	Fazenda Nova	122	5.471	100,00%	100,00%
	Iporá	182	31.471	100%	87,53%
	Israelândia	154	2.772	100,00%	100,00%
	Ivolândia	155	2.295	100,00%	100,00%
	Jaupaci	133	2.843	100,00%	100,00%
	Moiporá	145	1.471	100,00%	100,00%
	Montes Claros de Goiás	151	8.037	100,00%	100,00%
	Novo Brasil	113	2.775	100,00%	100,00%
	Palestina de Goiás	248	3.470	92,88%	99,60%
	Piranhas	254	10.161	100,00%	100,00%
Total – Região de Saúde Oeste I			**113.668**	**90,98%**	**90,98%**

Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitá Saúde*
Oeste II	Adelândia	115	2.515	100,00%	100,00%
	Aurilândia	116	3.000	100,00%	100,00%
	Buriti de Goiás	72,8	2.464	100,00%	100,00%
	Cachoeira de Goiás	142	1.336	100,00%	100,00%
	Córrego do Ouro	94,9	2.254	100,00%	100,00%
	Firminópolis	108	13.604	82,41%	100,00%
	Palmeiras de Goiás	158	29.915	92,26%	100,00%
	Palminópolis	147	3.578	100%	96,23%
	Paraúna	158	10.988	100,00%	100,00%
	Sanclerlândia	56,1	7.630	100,00%	100,00%
	São João da Paraúna	142	1.312	100,00%	100,00%

	São Luís de Montes Belos	126	34.488	100,00%	100,00%
	Turvânia	126	4.526	100,00%	100,00%
Total – Região de Saúde Oeste II			**116.783**	**99,71%**	**99,71%**

Fonte: http://www.entrecidadesdistancia.com.br/ (acesso em 13/05/2020)

A Policlínica, na sua concepção, está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesta concepção, a Policlínica Estadual - Goiás será uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possuirá todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Por meio da Policlínica, o Governo do Estado de Goiás promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas.

A Rede de Policlínicas Regionais será estruturada através da implantação das Unidades Especializadas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico que atenderão as Regiões de Saúde de Goiás, proporcionando atendimento acessível e resolutivo aos cidadãos do Estado.

Visam fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhoram o prognóstico, reduzem os custos da assistência médica hospitalar, ampliam os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual, com dia e horário agendado.

2. PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA – GOIÁS

2.1. Alta Resolutividade

Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com as linhas de cuidado estabelecidas pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS)/SES;

Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviço de patologia clínica contratada com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado;

A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo;

A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.2. A Forma de Encaminhamento

As solicitações de consultas especializadas e de serviços da Policlínica serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião que a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

A marcação de consultas e de exames se dará por meio de um sistema informatizado – "online", facilitando o melhor agendamento de dia e horário para o paciente. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

2.3. Acompanhamento dos Pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SPAIS/SES.

Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.4. Perfil do Atendimento da Policlínica

Para início das atividades da unidade procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstas na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as equipes multiprofissionais e médicas, bem como o quantitativo das consultas e exames que serão ofertados.

De forma ideal, o perfil assistencial da unidade será definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde e será especificado através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SPAIS/SES e o **PARCEIRO PRIVADO**. Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

2.5. Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária

Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde -UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família -UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças.

2.6. Caracterização da Policlínica Estadual - Goiás

A Unidade está localizada nas Quadras 04, 05 e 09 - Loteamento Santa Bárbara - Goiás - GO. Funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

A Policlínica Estadual – Unidade Goiás possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

A estrutura física poderá ser aproveitada conforme a demanda de serviços local, bem como as especialidades médicas e multiprofissionais a serem definidas. Ademais, a possibilidade de inclusão de serviços poderá exigir a adequação dos dias e horários de funcionamento da unidade.

A definição do modelo assistencial e dos sistemas de referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado que a Policlínica adotará é de responsabilidade e de competência da equipe técnica da SPAIS/SES, tomando como base o atendimento exclusivo SUS, assim como os indicadores de desempenho assistencial.

Os serviços devem observar as Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Primária.

A Policlínica é um Ponto de Atenção das Linhas de Cuidado de Alta Resolubilidade. O Serviço deve ser estruturado como ponto de atenção nas linhas de cuidado definidas de acordo com as prioridades regionais.

As Linhas de Cuidado devem abranger a definição de ações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, itinerários, parâmetros de atenção e recursos necessários a sua estruturação. A implantação da linha de cuidado em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

O acolhimento do paciente deve ser efetuado de forma humanizada já na recepção do paciente, incluindo a garantia de agendamentos nos seguimentos dos casos diagnosticados.

Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados – como consultas médicas e consultas com a equipe multiprofissional, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

3. DEFINIÇÃO DO PERFIL E DOS SERVIÇOS

3.1. Recursos Humanos

Gerencial: A unidade deve ter, pelo menos, um gestor que tenha conhecimento técnico-administrativo amplo que permita uma gestão eficaz e eficiente. Ressalta-se que a unidade deve ter em seu quadro de pessoal todos os Responsáveis Técnicos (RT) exigidos pelas legislações vigentes.

Equipe Assistencial

Equipe Multiprofissional e Equipe Médica Especializada: o objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde-doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

I - Desta forma a Policlínica trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que tem como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos".

II - Com isso, a equipe multiprofissional e equipe médica especializada que irão compor o quadro clínico da Policlínica deverão ter abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

III - O quantitativo de especialidades poderá e deverá sofrer mudanças de quantitativo para mais ou para menos, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consulta não ultrapassará o limite de consultas totais propostas pelo contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

IV - A equipe médica e multiprofissional deverão realizar interconsultas no serviço, ou seja, realizar atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade, devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, integrando seus conhecimentos através de discussões de casos e compartilhando o cuidado do paciente entre todos os componentes da equipe. Esses profissionais deverão ter condutas específicas de suas áreas de atuação, mas com interlocuções de seus conhecimentos, preconizando uma atenção holística, integral e resolutiva.

V - A especificação das especialidades médicas e da equipe multiprofissional ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SPAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

VI - As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

VII - Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicos e/ou exclusivos para fins de habilitação no Ministério da Saúde devem estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

3.2. Proposta de Serviços

Para a POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS, serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), procedimentos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional)

I - Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e não médica.

II - Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

III - Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

A especificação do quantitativo dos tipos de consultas (primeira/interconsulta/retorno) das especialidades médicas e da equipe multiprofissional ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SPAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

3.3. Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA)

As cirurgias menores ambulatoriais (CMA) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de CMA: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

3.4. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Região de abrangência da Policlínica.

SADT inicial:

Audiometria	Doppler Vascular		Mapa	Radiologia simples
Biopsias gerais	Ecocardiografia	Emissões otoacústica	Nasofibroscopia	Teste Ergométrico
Cistoscopia	Eletrocardiografia	Espirometria	Patologia clínica	Tomografia Computadorizada
Colonoscopia	Eletroencefalografia	Holter	Punção Aspirativa por Agulha Fina (paaf)	Ultrassonografia
Colposcopia	Eletroneuromiografia	Mamografia	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	Urodinâmica
Exames oftalmológicos* (tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho dentre outros).				

Destaca-se que todo o escopo de SADT da Policlínica deverá ser disponibilizado durante o atendimento do paciente na Policlínica e deverá ser realizado imediatamente após sua prescrição e/ou assim que possível, levando em consideração que alguns exames necessitam de preparo prévio para sua execução. A entrega do resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

Os tipos de exames aqui descritos poderá sofrer mudanças, dependendo da avaliação dos mesmos, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da região de saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 (trinta) dias para realizar a modificação solicitada com relação aos exames ofertados. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de exames não ultrapassará o limite de exames totais propostas no contrato de gestão, e ocorrerá somente um ajuste de tipos de exames.

Caso haja necessidade de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias para implantação de exames, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo Máximo de 01 (um) mês (após a solicitação de inclusão do exame), incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário e o cronograma de implantação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, a qual será analisada. Caso a solicitação seja somente de equipamento e/ou adequação estrutural, esta será realizada a título de investimento. Contudo, se houver acréscimo no custeio geral do SADT do contrato de gestão, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

A especificação da carteira de serviços dos exames ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SPAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

4. SERVIÇOS / PROGRAMA ESPECIAIS

4.1. Práticas Integrativas e Complementares-PIC nas Policlínicas

As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria GM/MS Nº 849/2017 e pela Portaria GM/MS Nº 702/2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas, como mostra o quadro abaixo:

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Quiropraxia

Aromaterapia	Dança Circular	Meditação	Reflexoterapia
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	Reiki
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	Shantala
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	Terapia Comunitária Integrativa
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	Terapia de Florais
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia
Yoga			

A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC na carteira de serviços disponíveis. Ressalta-se que os profissionais da equipe multiprofissional e/ou médica deverão apresentar formação ou especialização específica na área em que forem atuar. As PIC são indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças crônicas não transmissíveis e outras condições assim como, especialmente, na promoção da saúde.

4.2. **Serviço de Telemedicina**

Telemedicina, em sentido amplo, pode ser definida como o uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde, viabilizando a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde (ampliação da atenção e da cobertura). De acordo com as leis em vigência, a Telemedicina pode ser aplicada em todas as especialidades médicas. O importante é que seja mantida a responsabilidade médica, além do sigilo e da segurança do paciente – e isso vale para todas as especialidades. Diante disto, a Policlínica Estadual deverá ofertar dentro do serviço de Telemedicina, a teleconsulta de retorno, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento dos médicos da Atenção Primária, dentre outros serviços que a telemedicina permite.

4.3. **Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I**

Ostomias ou estomias são procedimentos cirúrgicos transitórias ou permanentes, que consistem na criação de uma abertura artificial entre os órgãos internos e o meio externo, podendo ser: traqueostomia, gastrostomia e jejunostomia, urostomia, ileostomia e colostomia. As pessoas ostomizadas são consideradas pessoas com deficiência física, pertencendo à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793/2012/MS) e, devido à complexidade de seus cuidados, requerem uma abordagem integral, multidisciplinar e individualizada, e a precocidade no processo de reabilitação, para prevenir sequelas e realizar a inclusão dessas pessoas.

O serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I (Portaria MS nº400/2009) presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional com médico, enfermeiro e assistente social, equipamentos e instalações físicas adequadas, incorporados a estrutura física das policlínicas.

Será realizada a indicação e prescrição dos seguintes equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (sendo estimado inicialmente 05 pacientes para cada tipo de equipamento):

Bolsa De Colostomia Fechada C/ Adesivo Microporoso (no máximo 60 por mês).

Bolsa De Colostomia Com Adesivo Microporo Drenável (no máximo 30 por mês).

Conjunto De Placa E Bolsa P/ Estomia Intestinal (no máximo de 10 por mês).

Barreiras Protetoras De Pele Sintética E/Ou Mista Em Forma De Pó / Pasta E/Ou Placa (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

Bolsa Coletora P/ Urostomizados (no máximo 30 por mês).

Coletor Urinário De Perna Ou De Cama (no máximo 4 por mês).

Conjunto De Placa E Bolsa P/ Urostomizados (no máximo de 15 por mês).

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para o Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I, com médico, enfermeiro e assistente social.

4.4. **Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)**

SAE e um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar., com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença e realizará as seguintes atividades:

Prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologista, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

Fornecer os medicamentos padronizados pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais - MS, conforme solicitações médicas, obedecendo ao Consenso Brasileiro de Terapia Antirretroviral, à logística de insumos e à otimização de recursos;

Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;

Oferecer aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares;

Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

Constituir em referência para multiplicação de conhecimentos em IST/HIV/AIDS, sobretudo para a rede básica de saúde.

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

4.5. **Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT / EMAESM- TIPO 2**

A equipe foi instituída no SUS pela Portaria MS/GM nº 3588/2017, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, visando o fortalecimento do tratamento de base comunitária, amparados nos comandos da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter profissionais exclusivos para Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (TIPO 2), com: 01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais).

Importante: O sistema CNES aceita a inserção de apenas um profissional médico e um profissional assistente social para o cumprimento do total de horas estipuladas para cada categoria. No entanto, possibilita a repartição da carga horária de 60 horas entre dois psicólogos.

4.6. **Inclusão de Novos Serviços: Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) e Centro Especializado em Odontologia (CEO I)**

Considerando a necessidade da região o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação dos serviços de Hemodiálise e de Odontologia, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

Após aprovação dos projetos pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Centro de Especializado em Odontológicas (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria n°599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

O CEO Tipo I deve possuir três consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, no mínimo, as seguintes atividades: Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal. Ela inclui: hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal.

A TRS a ser implantada na Policlínica deverá contar com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnostico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico.

Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado das 7h00 as 19h00, com equipe multiprofissional composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista e 1 (um) psicólogo, 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno e 1 ((um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes. Deverão ser ofertados os tratamentos por Hemodiálise – HD e Dialise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pre Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Diálise Peritoneal	É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar.
Hemodiálise	Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rim artificial;
Tratamento Conservador	Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da progressão ou a estabilização da doença.

A Equipe Técnica da SPAIS/SES participará em conjunto com a equipe técnica do **PARCEIRO PRIVADO** para elaborar e organizar o protocolo da Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) para que a mesma ofereça o melhor serviço de saúde para a população da região de saúde.

A Policlínica também deve fornecer atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágios de riscos de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos.

Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária, com elevador rodoviário (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), com no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar-condicionado e rede wifi, que circularão pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise.

Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações das Equipes Técnicas da SES, esta equipe será a responsável por elaborar e organizar o protocolo clínico de utilização dos micro-ônibus e a mesma disponibilizará para o **PARCEIRO PRIVADO**.

4.7. **Situações de Urgência/Emergência**

As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente, os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

Todas as policlínicas devem manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pelas portarias vigentes da Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente.

4.8. **Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento**

Caso ao longo da vigência do contrato, em comum acordo entre as partes, a contratada, ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de serviços/programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES/GO. Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Policlínica, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao contrato de gestão.

4.9. **Plano Operativo da Policlínica**

O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e **PARCEIRO PRIVADO**, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas.

O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Policlínica, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Policlínica. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e **PARCEIRO PRIVADO**.

5. **GERENCIAMENTO E ATENDIMENTO DA POLICLÍNICA**

5.1. Tendo em vista que a POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS funcionará com o perfil descrito sob Contrato de Gestão, cabe a SES/GO definir o perfil assistencial da unidade, planejar metas assistenciais e de qualidade, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e econômico financeiros definidos no Contrato de Gestão.

5.2. A contratada deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, e quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

5.3. A Policlínica Estadual deverá possuir um Responsável Técnico (RT) médico, com registro no respectivo conselho de classe. O médico designado como Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

5.4. As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato.

5.5. A unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas abordarão todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

5.6. O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

5.7. A Policlínica disporá de serviços de informática com sistemas que permitam a integração com a rede assistencial de referência e contra referência, por meio eletrônico, favorecendo o processo de agendamento de consultas e procedimentos a serem realizados na unidade. O referido sistema de informação contemplará, no mínimo, o registro dos atendimentos realizados, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam o acesso via Internet (WEB) pela SES/GO e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios para a SES-GO.

5.8. Havendo a disponibilização pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.

5.9. A unidade desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE. A gestão da POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS respeitará a Legislação Ambiental, incluindo a posse de toda a documentação exigida.

5.10. AUDITORIA DE QUALIDADE E PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS: o **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados na Policlínica, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

5.11. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

5.12. O Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde, será obrigatório.

5.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

5.14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

5.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

5.16. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

I - Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

II - Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 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.

III - Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

IV - Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

V - RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

VI - Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

VII - RDC ANVISA Nº 330, de 20 de dezembro de 2019, estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista.

VIII - Portaria Nº264, de 17 de fevereiro de 2020, Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

IX - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

X - RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

XI - Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

XII - RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

XIII - PT MS Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

XIV - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

XV - Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

XVI - Portaria Nº 189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

XVII - Portaria nº-971, DE 3 DE MAIO DE 2006 Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

XVIII - Portaria Nº-849, DE 27 DE MARÇO DE 2017 Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

XIX - Portaria N° 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018, Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.

XX - Portaria Nº 1.988, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018 Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

XXI - RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

XXII - Resolução CFM nº 1.886, de 26 de agosto de 2002, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

XXIII - Resolução CFM nº 1.643, de 21 de novembro de 2008, que define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

XXIV - Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

XXV - Portaria nº 3.415, de 22 de outubro de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

XXVI - Portaria Nº 599/GM DE 23 DE MARÇO DE 2006. - Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

XXVII - Portaria Nº 600, DE 23 DE MARÇO DE 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

XXVIII - Portaria Nº 1.341, DE 13 DE JUNHO DE 2012 – Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências.

XXIX - Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011 – Altera o anexo da Portaria nº600/GM/MS de 23 de março de 2006 que Institui o financiamento do Centro de Especialidades Odontológicas;

XXX - Resolução nº 672, de 18 de setembro de 2019 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos serviços de diálise.

XXXI - Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014-Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica

XXXII - Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.

XXXIII - Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde.

XXXIV - Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO X – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

XXXV - Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, que altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento;

XXXVI - Portaria MS/SAS nº 400, de 16 DE novembro de 2009, que Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS;

XXXVII - Portaria MS/GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

5.17. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos de saúde, que são:

I - Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;

II - Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial;

III - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

IV - Comissão de Revisão de Prontuários;

V - Comissão de Farmácia e Terapêutica;

VI - Comissão de Proteção Radiológica;

VII - Comissão de Biossegurança;

VIII - Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

IX - Comissão de Avaliação e Qualidade – instituída pela Portaria Nº20/SMS/GAB/2018

X - Núcleo de Segurança do Paciente.

II-METAS DE PRODUÇÃO

6. ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

6.1. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

I - Consulta Médicas especializadas

II - Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

III - Práticas Integrativas e Complementares – PIC

IV - Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

V - Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

VI - Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

VII - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

VIII - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

IX - Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

X - Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

Consulta Médicas especializadas

Consulta Médica	Meta Mensal
Total	5.748

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)(excetuando o atendimento odontológico)

Consulta da Equipe Multiprofissional	Meta Mensal
Total	2.064

Odontologia* tem meta específica de consultas e procedimentos

Práticas Integrativas e Complementares – PIC

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens 4.3.3., 4.3.3.1., 4.3.3.2., 4.3.3.3., 4.3.3.4., 4.3.3.5., 4.3.3.6. e 4.3.3.7.

Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Cirurgias Ambulatoriais -Cirurgia Menor Ambulatorial (CMA)	**Meta Mensal**
Total	120

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT inicial

SADT Externo	**Meta Mensal**
Audiometria	200
Cistoscopia	40
Colonoscopia	100
Colposcopia	80
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200
Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Emissões Otoacústica	40
Endoscopia	200
Espirometria	200
Holter	60
Mamografia	100
MAPA	60
Nasofibroscopia	60
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Punção aspirativa por agulha grossa	20
Radiologia	600
Teste Ergométrico	80
Tomografia	600
Ultrassonografia*	360
Urodinâmica	20
Total	**3310**

Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida.
Exames Oftalmológicos – deverão ser em quantidade equivalente ao número de consulta oftalmológica;
****Biopsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;***
*****Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.***

Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), de acordo com as Portarias 599/GM, 600/GM, e 1.464/GM.

Consultas odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	192
Consultas Subsequente	288
Total	**480**

Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade:

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	----
**** Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.*** ***Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.*** ***** Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.***	

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS após implantado na Policlínica, deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na portaria 1675 de, 07 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

XI - **Meta inicial**:

Terapia Renal Substitutiva	**Meta Mensal**
Sessões HemodiáliseConsiderando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal Considerando o 9 dias de treinamento para cada paciente	6

6.2. **Detalhamento das especificações referentes à Produção da Policlínica**

Todas as primeiras consultas do SADT ofertadas para pacientes externos e as vagas para a Clínica de serviços dialíticos, devem ser ofertadas 100% para o Complexo Regulador do Estado de Goiás.

O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

As especificações citadas no parágrafo anterior ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SPAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas e/ou exclusivas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

III-INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO

7. **INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/ DESEMPENHO**

7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
1 – Razão da Opinião e Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento na Unidade	≥ 90%
2 – Percentual de reclamações recebidas na ouvidoria da SES	< 5%
3 – Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
4 – Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
5 – Percentual de Exames de Imagem com resultado em até 72 horas	≥ 70%
6 – Percentual de Exames Laboratoriais liberados em até 2 horas*	≥ 70%
Fonte: CAE-GAE-SPAIS/SESGO	

Escala de pontuação

a) Se o resultado for ≥ 90% considera-se excelente,
b) Se o resultado for < 90% e ≥ 80 considera-se ótimo,
c) Se o resultado < 80% e ≥ 65% considera-se bom,
d) Se o resultado < 65% e ≥ 50% considera-se regular,
e) Se o resultado < 50% e ≥ 35% e considera-se ruim,
f) Se o resultado ≤ 35% considera-se péssimo.

1 – Razão da Opinião e Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento na Unidade

Conceituação: Nº de atendimentos realizados para avaliar a satisfação do paciente em determinada unidade de policlínica em um dado período (mês).

Método do Cálculo: Quantitativo de satisfações classificadas como excelente, ótimo, bom, regular, ruim e péssimo pelo nº de atendimentos na policlínica.

2 – Percentual de reclamações recebidas na Ouvidoria da SES

Conceituação: Proporção de reclamações recebidas na Ouvidoria da SES da referida policlínica

Método do Cálculo: Número de reclamações recebidas divididas pelo total de atendimentos realizados mensalmente multiplicado por 100.

3 – Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

Método do Cálculo: Número de consultas ofertadas dividido pelo número de consultas propostas nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

4 – Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas

Conceituação: Nº de SADT Ofertado em relação ao número de exames propostos nas metas da unidade de policlínica por um dado período (mês).

Método do Cálculo: Número de exames (SADT) ofertados dividido pelo número de exames propostos nas metas da unidade de Policlínica multiplicado por 100.

5 – Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 72 horas

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Método do Cálculo: Número de exames de imagem entregues em até 72 horas divididos pelo total de exames de imagem realizados no período multiplicado por 100.

6 – Percentual de exames Laboratoriais liberados em até 2 horas

Conceituação: Proporção de exames laboratoriais com resultado liberado em até 2 horas (tempo entre a realização do exame laboratorial e a liberação do resultado).

Método do Cálculo: Número de exames laboratoriais entregues em até 2 horas divididos pelo Total de exames laboratoriais realizados no período multiplicado por 100.

*excetuando os exames que tem necessidade de um período maior para execução e/ou preparo.

ANEXO Nº II/2023 - SES/SESG-03776

8. **ENSINO E PESQUISA**

8.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

8.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

8.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

8.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

8.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

8.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

8.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

8.8. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

8.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

8.10. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SES-GO.

8.11. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SESG.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

8.12. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

8.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SES-GO e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SES-GO em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

Existindo CEP institucional na Unidade SES-GO, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

8.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

8.15. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

8.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SES-GO com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

8.17. Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO**, este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SES-GO e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SES-GO e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará as atividades após a análise documental da CONEP e SES-GO.

Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SES-GO.

8.18. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

8.19. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

8.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

8.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

8.22. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

8.23. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

8.24. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

8.25. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

8.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar, as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantadas, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

9. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

9.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

9.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

9.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

9.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

9.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

9.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

9.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

9.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo.

9.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

O valor a que se refere o item anterior será acompanhado pela Gerência de Gestão de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

9.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item anterior, em razão da equidade.

9.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO atualmente tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em Portaria Interministerial (MEC/MS).

9.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

9.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos programas de residência médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

10. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

10.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, as Resoluções das Matrizes de Competências, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

10.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

10.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

10.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

10.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 DE 30 DE SETEMBRO DE 2022).

O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

10.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

10.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

10.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

10.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

10.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRMs e das atribuições da COREME.

10.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.

10.12. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

11. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

11.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

11.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

11.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

11.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

11.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

11.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

11.9. O Tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/PRMS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.
b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS/PRMS.

11.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS/PRMS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhá-lo.

Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes.

11.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.

11.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

11.13. A seleção de Preceptores , Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

11.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e, preferencialmente, como profissional em

exercício na instituição.

11.15. Nos PRAPS e PRMS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

11.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

11.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

11.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

11.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

11.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

11.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

12. DOS RECURSOS FINANCEIROS

12.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

12.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

12.3. Ocorrendo a situação descrita no item anterior, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

12.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

12.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

12.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

12.7. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.

Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

12.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

13. ESTÁGIOS CURRICULARES

13.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

13.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.

13.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na

legislação regulamentadora dos estágios.

13.4. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESG, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SES-GO, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

13.5. O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

13.6. O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

13.7. Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

13.8. A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

13.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

14. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde (PAEPS/US) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAEPS/US deve ser validado e aprovado pela SESG.

14.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

14.3. A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

14.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2023 - SES/GGP-SGI-03087

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da Parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes: **Especificações Técnicas**, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **Quadro de Servidores cedidos**.

15. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DOS SERVIDORES CEDIDOS

15.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;

Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;

Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;

Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;

Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;

Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;

Considerar que a dedução de que trata o item 15.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);

Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;

Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora pactuados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;

Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;

Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S-2240;

Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

15.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;

15.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;

15.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;

15.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

15.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

15.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;

15.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

15.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;

15.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

15.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SES-GO;

16. **QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS**

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos a POLICLÍNICA ESTADUAL - GOIÁS - Setembro/ 2023.

CARGOS	TOTAL DE SERVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
A UNIDADE NÃO POSSUI SERVIDORES CEDIDOS		R$ -
TOTAL GERAL ESTIMADO*	-	R$ -
MÉDIA CUSTO ESTIMADO MENSAL**	-	R$ -

Fonte: RHNet Ref: Setembro/2023.

**** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.***
***** Média calculada com base nos valores mensais dos últimos 12 meses (Ref. Setembro de 2022 a Agosto de 2023).***

No ano de 2023 tiveram os seguintes reajustes:
Portaria Nº 1.011, de 04 de março de 2023, que concede evolução funcional aos servidores;
Lei nº 21.960, de 25 de março de 2023, que concede a revisão geral anual dos vencimentos, dos subsídios e dos proventos do pessoal civil e militar, ativo, inativo e pensionista, inclusive empregados públicos, do Poder Executivo estadual.

ANEXO Nº IV/2023 - SES/CECES-21759

17. **ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DA POLICLÍNICA ESTADUAL - GOIÁS**

17.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa do custeio operacional do POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS, o qual será objeto de seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS) e, posterior, celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde com funcionamento de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual, conforme mencione no ANEXO I - GAE.

17.2. A metodologia empregada para cálculo dos mencionados custos utiliza o Custeio por Absorção, um método que consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Na abordagem utilizada para o processo de operação dos custos hospitalares foi feita uma adaptação desta versão básica e estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente da classificação de custos e despesas de cada serviço ou produto comercializado ou consumido na unidade.

17.3. O perfil assistencial da unidade quanto à capacidade instalada, possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração, como consta no ANEXO I - GERAS.

17.4. Para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pelas Superintendências da SES, conforme ANEXO I - GERAS, Especificações Técnicas GERAS (Gerência de Atenção Secundária). Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também à comparações com unidades prévias do Estado de Goiás com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste contrato, seguindo os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH) da própria unidade e de outras unidades, em caso de inserção de serviços que a unidade não realizava; e da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC);

c) Tempo Médio de Permanência, por clínica e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento praticado da própria unidade hospitalar e de outras unidades, em caso de inserção de atendimentos que a unidade não realizava;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

17.5. O modelo de gestão das Policlínicas será por meio da contratualização com Organizações Sociais, que visa fomentar a descentralização de atividades e serviços desempenhados por órgãos ou entidades públicas estaduais para pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos.

17.6. Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria.

17.7. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

17.8. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas prefixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

17.9. Os principais benefícios da gestão de Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

I - Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

II - Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

III - Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quanti e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

IV - Agilidade na tomada de decisões.

17.10. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançados, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e

avaliação.

17.11. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

O administrativista **contemporâneo** em consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas.** O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (*ênfase acrescida*).[1]

17.12. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

17.13. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

17.14. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

17.15. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

17.16. **Descrição da Unidade**

A POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica. A unidade está localizada na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO.

18. PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS:

18.1. Alta Resolutividade

Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia.

Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

I - Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

II - Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III - A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo.

IV - A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

18.2. A forma de encaminhamento

As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) composta das 04 (quatro) Regiões de Saúde e 72 Municípios: Regiões de Saúde Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II. ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado – "online", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

18.3. Acompanhamento dos pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

Para a referência e contra referência do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

18.4. **Perfil do atendimento da Policlínica**

De forma ideal, o perfil assistencial da unidade foi definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde.

Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde – SPAIS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

18.5. **Integração dos especialistas com a atenção primária**

Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde- UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família- UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

19. **LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS**

19.1. A POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica. A Unidade está localizada Quadras 04, 05 e 09 - Loteamento Santa Bárbara - à Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO . É uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, aptos a realizar procedimentos de média complexidade, através de serviços de atendimento médico especializado em consultas médicas, cirurgias ambulatoriais e serviço de apoio e diagnóstico.

19.2. O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, 12 horas por dia, de segunda a sexta-feira.

19.3. A estimativa dos custos operacionais do POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS foi segmentada conforme linhas de contratação estabelecidas no Anexo I do Contrato de Gestão. O **PARCEIRO PRIVADO** informará mensalmente os resultados dos indicadores de Produção, que estão relacionados à Quantidade de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

I - Consulta Médicas especializadas.

II - Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos).

III - Práticas Integrativas e Complementares – PIC

IV - Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

V - Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

VI - Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

VII - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

VIII - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

IX - Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

X - Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

20. **MÉTODO DE CÁLCULO**

20.1. **Percentis (25, 50 e 75)**

A metodologia do Custeio por Absorção, consiste ainda no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Trata-se do custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. É este o único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para o cálculo, a consultora *Planisa* forneceu percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema **Key Performace Indicators for Health (KPIH),** ano 2021.

Os hospitais pertencentes à base de dados da *Planisa* utilizam-se da metodologia de custeio por absorção plena, com padronização no processo de coleta e apuração e periodicidade mensal. Sabendo-se disso, ressalta-se que o Percentil 25 (P25) se refere à posição 25; enquanto que o Percentil 50 (P50) refere à mediana de custo unitário para a mesma distribuição de frequência e o Percentil 75 (P75) faz referência à posição 75 dos custos unitários, considerando uma distribuição de 100 (cem) unidades. Sendo assim, o P50 constitui medida intermediária para precificação.

O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobre preço.

Ressalte-se ainda, que quando tratamos de Policlínicas, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convenciona-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados.

Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pela região do estado de Goiás. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização.

20.2. **Memória de cálculo**

O critério usado para o custeio das meta de produção, são conforme **linhas de contratação** estabelecidas no ANEXO I GERAS.

Consultas Médicas Especializadas:

Consulta Médica	Meta Mensal
Total	5748

Referência: Relatório de Produção do Sistema(KPIH), de janeiro a dezembro 2020.

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos).

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)	Meta Mensal
Total	2.064

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2020.

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PICS serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I: Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens 4.3.3; 4.3.3.1; 4.3.3.2;4.3.3.3;4.3.3.4; 4.3.3.5; 4.3.3.6 e 4.3.3.7 ANEXO I.

Serviço De Assistência Especializada – SAE – (**GRUPO 12)** Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta de equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2 : Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Procedimento Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais	Meta Mensal
Total	120 procedimentos - equivalente à 80 horas mês

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2020.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico –SADT

SADT Externo	Meta Mensal
Audiometria	200
Cistoscopia	40
Colonoscopia	100
Colposcopia	80
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200

Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Emissões Otoacústica	40
Endoscopia	200
Espirometria	200
Holter	60
Mamografia	100
MAPA	60
Nasofibroscopia	60
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Punção aspirativa por agulha grossa	20
Radiologia	600
Teste Ergométrico	80
Tomografia	600
Ultrassonografia*	360
Urodinâmica	20
Total	**3310**
Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.	

Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Consultas odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	192
Consultas Subsequente	288
Total	**480**

Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	----

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal):

I - **Meta Inicial**:

Terapia Renal Substitutiva	**Meta Mensal**
Sessões Hemodiálise Considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal Considerando 9 dias de treinamento para cada paciente	6

Serviço de Atenção as Pessoas Ostomizadas I:

Estimado inicialmente 05 pacientes para cada equipamento	Quantidade
Bolsa de Colostomia Fechada C/Adesivo Microporoso	No máximo 60 por mês
Bolsa de Colostomia C/ Adesivo Microporo Drenável	No máximo 30 por mês
Conjunto de Placa e Bolsa P/ Estomia Intestinal	No máximo 10 por mês
Barreiras Protetoras de Pele Sintética e/ou Mista em forma de Pó/Pasta e/ou Placa	01 tubo/frasco ou 01 kit por mês
Bolsa Coletora p/ Urostomizados	No máximo 30 por mês
Coletor Urinário de Perna ou de Cama	No máximo 4 por mês
Conjunto de Placa e Bolsa para Urostomizados	No máximo 15 por mês

21. ATUALIZAÇÃO FINANCEIRA DA BASE DE DADOS

21.1. Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos de todas as linhas de serviços, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo (dado o déficit inflacionário considerável). Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2020. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

21.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pois o ano de 2020 reflete um ano atípico de pandemia com dados que podem sobrepor ao que se espera para o desempenho da unidade.

21.3. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

22. VALOR MENSAL ESTIMADO

22.1. Considerando a metodologia utilizada, os serviços ofertados e verificados *in loco*, e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização da **Policlínica de Goiás**, na metodologia acima apresentada, é de **R$ 1.844.521,44** (um milhão, oitocentos e quarenta e quatro mil quinhentos e vinte e um reais e quarenta e quatro centavos) no **Percentil 50**, considerando a aplicação da FIPE Saúde, de 3,67% (acumulado de janeiro a dezembro de 2020) sobre cada um dos custos unitários utilizados.

22.2. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

POLICLÍNICA: GOIÁS

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	Custo unitário P25	Custo unitário P50	Custo total P25	Custo total P50
1. SERVIÇOS AMBULATORIAIS (c/HM e c/ Mat/Med)						
1.1 Consultas médicas	Consultas	5.748	116,26	116,26	**668.262,48**	**668.262,48**
1.2 Consultas não médicas	Consultas	2.064	93,47	93,47	**192.922,08**	**192.922,08**
1.3 Cirurgia menor ambulatorial	Horas	80,0	969,50	1.409,10	**77.560,00**	**112.728,00**
1.4 Consultas/procedimentos (odontológicos)						
1.4.1 Consultas odontológicas	Quantidade	480	93,10	133,12	44.688,00	63.897,60
1.4.2 Procedimentos básicos	Quantidade	80	93,10	133,12	7.448,00	10.649,60
1.4.3 Periodontia especializada	Quantidade	60	93,10	133,12	5.586,00	7.987,20
1.4.4 Endodontia	Quantidade	35	93,10	133,12	3.258,50	4.659,20
1.4.5 Cirurgia oral menor	Quantidade	80	93,10	133,12	7.448,00	10.649,60
					68.428,50	**97.843,20**
1.5 Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas						
1.5.1 Bolsa de colostomia fechada com adesivo microporoso	Quantidade	300	22,40	22,40	6.720,00	6.720,00
1.5.2 Bolsa de colostomia com adesivo microporoso drenável	Quantidade	150	22,40	22,40	3.360,00	3.360,00
1.5.3 Conjunto de placa e bolsa para estomia intestinal	Quantidade	50	22,40	22,40	1.120,00	1.120,00
1.5.4 Barreiras protetoras de pele sintética e/ou mista em forma de pó/ pasta/ e/ou placa	Quantidade	5	146,94	146,94	734,70	734,70
1.5.5 Bolsa coletora para urostomizados	Quantidade	150	22,40	22,40	3.360,00	3.360,00
1.5.6 Coletor urinário de perna ou de cama	Quantidade	20	22,40	22,40	448,00	448,00
1.5.7 Conjunto de placa e bolsa para urostomizado	Quantidade	75	22,40	22,40	1.680,00	1.680,00
		750			**17.422,70**	**17.422,70**

2. SERVIÇOS DE SADT	**SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)**						
	2.1.1 Audiometria	Exame	200	26,38	48,02	5.275,39	9.603,50
	2.1.2 Eletrocardiograma	Exame	200	28,66	34,33	5.731,92	6.866,33
	2.1.3 Ultrassongrafia	Exame	360	66,33	86,18	23.880,45	31.024,20
	2.1.4 Ecocardiograma	Exame	60	87,79	109,86	5.267,30	6.591,45
	2.1.5 Endoscopia	Exame	200	340,97	349,26	68.194,00	69.852,83
	2.1.6 Colonoscopia	Exame	100	428,65	526,46	42.865,00	52.645,75
	2.1.7 Colposcopia	Exame	80	127,28	213,15	10.182,27	17.052,33
	2.1.8 Eletroencefalografia	Exame	100	102,35	127,86	10.235,38	12.785,92
	2.1.9 Eletroneuromiografia	Exame	50	136,67	162,40	6.833,60	8.120,21
	2.1.10 Holter	Exame	60	80,03	108,61	4.801,65	6.516,50
	2.1.11 Raio x	Exame	600	43,29	58,71	25.976,50	35.228,25
	2.1.12 Teste ergométrico	Exame	80	115,07	142,31	9.025,53	11.385,03
	2.1.13 Tomografia	Exame	600	59,22	175,05	35.529,50	105.032,25
	2.1.14 Mamografia	Exame	100	75,43	101,84	7.542,94	10.183,50
	2.1.15 Urodinâmica	Exame	20	247,26	361,00	4.945,16	7.219,97
	2.1.16 Espirometria	Exame	200	69,87	89,20	13.973,93	17.840,67
	2.1.17 Punção aspirativa PAAF	Exame	20	153,36	210,31	3.067,10	4.206,29
	2.1.18 Punção aspirativa por agulha grossa	Exame	20	153,36	210,31	3.067,20	4.206,20
	2.1.19 Nasofibroscopia	Exame	60	77,34	107,64	4.640,40	6.458,40
	2.1.20 Citoscopia	Exame	40	227,18	444,47	9.087,20	17.778,80
	2.1.21 Doppler Vascular	Exame	60	87,79	109,86	5.267,40	6.591,60
	2.1.22 MAPA	Exame	60	80,03	108,61	4.801,80	6.516,60
	2.1.23 Emissões Otoacústicas	Exame	40	26,38	48,02	1.055,20	1.920,80
			3.310			**311.246,82**	**455.627,38**
	2.2 SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med) - com observações pertinentes						
	2.2.1 Biópsias Gerais		520	44,47	44,47	23.124,40	23.124,40
	2.2.2 Análises clínicas / Anatomia patológica		1.724	7,02	9,04	12.102,48	15.584,96
						35.226,88	**38.709,36**
3.	**TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (c/HM e c/ Mat/Med)**						
	3.1 Hemodiálise	Sessão	480	266,17	299,08	127.761,60	143.558,40
	3.2 Pacotes de treinamento de diálise peritonial	Quantidade	54	266,17	299,08	14.373,18	16.150,32
						142.134,78	**159.708,72**
4. SERVIÇOS DE SADT	**MICRO-ÔNIBUS**						
	4.1 Locação de micro-ônibus	Unidade	2	18.000,00	18.000,00	**36.000,00**	**36.000,00**
	Subtotal					**1.549.204,24**	**1.779.223,92**
	Aplicação de FIPE de 3,67%					**56.855,80**	**65.297,52**
	CUSTEIO MENSAL TOTAL ESTIMADO					**1.606.060,04**	**1.844.521,44**

Referência Bibliográfica:

RASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

ANEXO Nº V/2023 - SES/CECES-21759

23. **REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE**

23.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

A atividade assistencial do **PARCEIRO PRIVADO** a ser contratada subdivide-se em 11 (onze) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAS:

Para o funcionamento da **POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS,** serão consideradas as **seguintes linhas de serviços e produção estimada, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios**:

Atividades Mínimas a Realizar de acordo com os critérios estabelecidos no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAS

I - Consulta Médicas especializadas

II - Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

III - Práticas Integrativas e Complementares – PIC

IV - Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

V - Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

VI - Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

VII - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

VIII - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

IX - Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

X - Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

23.2. **Consultas Médicas especializadas**

Consulta Médica	**Meta Mensal**
Total	5.748

23.3. **Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)(excetuando o atendimento odontológico)**

Consulta da Equipe Multiprofissional	Meta Mensal
Total	2.064

Odontologia* tem meta específica de consultas e procedimentos

23.4. **Práticas Integrativas e Complementares – PIC**

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

23.5. **Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I**

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. **Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens** 4.3.3; 4.3.3.1; 4.3.3.2;4.3.3.3;4.3.3.4; 4.3.3.5; 4.3.3.6 e 4.3.3.7 de acordo com ANEXO TÉCNICO I GERAS, Especificações Técnicas GERAS.

23.6. **Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12**

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

23.7. **Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2**

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

23.8. **Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.**

Cirurgias Ambulatoriais -Cirurgia Menor Ambulatorial (CMA)	Meta Mensal
Total	120

23.9. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT**

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT inicial:

SADT Externo	Meta Mensal
Audiometria	200
Cistoscopia	40
Colonoscopia	100
Colposcopia	80
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200
Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Emissões Otoacústica	40
Endoscopia	200
Espirometria	200
Holter	60
Mamografia	100
MAPA	60
Nasofibroscopia	60

Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Punção aspirativa por agulha grossa	20
Radiologia	600
Teste Ergométrico	80
Tomografia	600
Ultrassonografia*	360
Urodinâmica	20
Total	**3310**

Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida.
****Exames Oftalmológicos – deverão ser em quantidade equivalente ao número de consulta oftalmológica;***
*****Biopsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;***
******Patologia Clínica – o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.***

Os exames para apoio diagnóstico e terapêuticos aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

23.10. **Centro Especializado em Odontologia (CEO I)**

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), de acordo com as Portarias 599/GM, 600/GM, e 1.464/GM.

Consultas odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	192
Consultas Subsequente	288
Total	**480**

Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade:

Especialidades Mínimas	**Meta Mensal**
Procedimentos Básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	----

**** Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.***
Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.
****** Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.***

23.11. **Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)**

O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS, após implantado na Policlínica, deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias. Conforme descrito na portaria 1675 de, 07 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde. Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

I - Meta inicial:

Terapia Renal Substitutiva	**Meta Mensal**
Sessões HemodiáliseConsiderando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480

23.12. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO.**

23.13. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

24. **DETALHAMENTO DAS ESPECIFICAÇÕES REFERENTES À PRODUÇÃO DA POLICLÍNICA**

24.1. Todas as primeiras consultas do SADT ofertadas para pacientes externos e as vagas para a Clínica de serviços dialíticos, devem ser ofertadas 100% para o Complexo Regulador do Estado de Goiás.

24.2. O quantitativo de especialidades (médicas e multiprofissionais), tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta) e tipos de exames, poderão sofrer mudanças de quantitativo, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

24.3. As especificações citadas no paragrafo anterior ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SPAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

24.4. Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicas e/ou exclusivas para fins de habilitação no Ministério da Saúde, deverão estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

24.5. As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado, e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

24.6. A produção de todas os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados deverão ser informados mensalmente ou sempre que solicitados.

24.7. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO.**

24.8. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

24.9. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE POLICLÍNICA GOIÁS.**

24.10. De acordo os seguintes documentos abaixo citados as metas estão suspensas, entretanto o número de pacientes dia e as situações onde houver necessidade de ampliação ou redução de serviços deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**. Reiteramos que a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão - GMAE-CG, permanecerá realizando os serviços de monitoramento, fiscalização e avaliação das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

24.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

24.12. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

24.13. As informações deverão ser enviadas até o dia 05 (cinco) dos mês subsequente a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

24.14. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** semanalmente.

24.15. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGUS) disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

24.16. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

24.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

24.18. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela.

24.19. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais estimadas ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, acordada entre as partes nas respectivas reuniões de ajustes do Contrato de Gestão.

24.20. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

25. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

25.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

25.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Chamamento ao novo Contrato de Gestão.

25.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **SES/GO, Portaria nº 253/2020** ou outra norma vigente.

25.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO.**

25.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

25.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

25.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Especificações Técnicas GERAS**.**

25.8. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA ESTADUAL – UNIDADE GOIÁS é estimado repasse mensal para o período de **06 (seis)** meses que corresponde ao Percentil 50 em **R$ 1.844.521,44** (um milhão, oitocentos e quarenta e quatro mil quinhentos e vinte e um reais e quarenta e quatro centavos), **com adequação da tabela FIPE 3,67%.** Para tanto, está sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção,** consta então do montante de 90% da parte fixa mensal o valor **R$ 1.600.069,30** (um milhão, seiscentos mil sessenta e nove reais e trinta centavos) corresponde ao custeio da parte assistencial estabelecida no **Anexo Técnico I**. Os 10% mensais restantes (dez por cento) correspondem a **R$ 184.452,14** (cento e oitenta e quatro mil quatrocentos e cinquenta e dois reais e quatorze centavos), correspondem ao custeio da parte dos indicadores de desempenho e serão repassados mensalmente junto com as parcelas da parte assistencial mensal.

25.9. Sendo o montante total no valor de **R$ 11.067.128,64** (onze milhões, sessenta e sete mil cento e vinte e oito reais e sessenta e quatro centavos).

26. ATUALIZAÇÃO FINANCEIRA DA BASE DE DADOS

26.1. Foi aplicado índice FIPE-Saúde (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%) para atualização dos custos de todas as linhas de serviços, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo (dado o Déficit inflacionário considerável). Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019.

26.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pois o ano de 2020 reflete um ano atípico de pandemia com dados que podem sobrepor ao que se espera para o desempenho da unidade.

26.3. A utilização do ano de 2019, visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

26.4. Os recursos estimados estão adstritos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que não haja excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, bem como que o montante pecuniário estimado foi calculado obedecendo às necessidades de custeio dos serviços a serem prestados, estando, portanto, limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO - POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)	VALOR R$
Consulta Médicas especializadas	38,33%	707.005,07

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)(excetuando o atendimento odontológico)	11,07%	204.188,52
Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas	1,00%	18.445,21
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6,47%	119.340,54
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	28,36%	523.106,28
Centro Especializado em Odontologia (CEO I) - (inclui Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade)	5,61%	103.477,65
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)	9,16%	168.958,17
TOTAL (Mensal) 100%	**100,00%**	**1.844.521,44**

26.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 23.1.1. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no Anexo IV.

26.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio,** podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela **POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS.**

26.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o mesmo **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS.**

26.8. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

26.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

26.10. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e, em caso de não cumprimento, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto neste **Anexo Técnico V, ou ser alterado conforme portaria ou decreto vigente.**

26.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

26.12. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGUS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pela **Policlínica Estadual - Goiás***,* e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

26.13. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

26.14. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores,** na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

26.15. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

26.16. A cada período de 06 (seis) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

26.17. A cada 06 (seis) meses, **ou antes,** diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas** pelo **PARCEIRO PRIVADO**, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

26.18. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho:

26.19. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas,** a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

26.20. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios e convalidação do Gestor da Pasta.

26.21. O **PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.**

26.22. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

26.23. **A análise referida deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

26.24. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa,** o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

26.25. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

26.26. O **PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente,** o desconto financeiro integral referente a gastos como: energia, telefonia, segurança armada, água e outros quando houver.

27. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

27.1. Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I -*Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento da* **POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo I** onde irá gerar uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico V.**

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO POLICLÍNICA ESTADUAL - UNIDADE GOIÁS

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Consultas médicas especializadas **Peso 38,33%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Consultas da equipe multiprofissional e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamento) (excetuando o atendimento odontológico) **Peso 11,07%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Serviço de atenção às pessoas ostomizadas **Peso 1,00 %**	Acima do volume contratado	Acima do volume contratado
	Entre 90% e 100% do volume contratado	Entre 90% e 100% do volume contratado
	Entre 80 e 89,99% do volume contratado	Entre 80 e 89,99% do volume contratado
	Menos que 80% do volume contratado	Menos que 80% do volume contratado
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais **Peso 6,47 %**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial

	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT **Peso 28,36 %**	Acima do volume contratado	Acima do volume contratado
	Entre 90% e 100% do volume contratado	Entre 90% e 100% do volume contratado
	Entre 80 e 89,99% do volume contratado	Entre 80 e 89,99% do volume contratado
	Menos que 80% do volume contratado	Menos que 80% do volume contratado
Centro Especializado em Odontologia (CEO I) - inclui procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade **Peso 5,61 %**	Acima do volume contratado	Acima do volume contratado
	Entre 90% e 100% do volume contratado	Entre 90% e 100% do volume contratado
	Entre 80 e 89,99% do volume contratado	Entre 80 e 89,99% do volume contratado
	Menos que 80% do volume contratado	Menos que 80% do volume contratado
Clínica de serviços dialíticos (Hemodiálise e diálise peritoneal) **Peso 9,16 %**	Acima do volume contratado	Acima do volume contratado
	Entre 90% e 100% do volume contratado	Entre 90% e 100% do volume contratado
	Entre 80 e 89,99% do volume contratado	Entre 80 e 89,99% do volume contratado
	Menos que 80% do volume contratado	Menos que 80% do volume contratado

28. **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% DO CONTRATO DE GESTÃO)**

28.1. 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, conforme especificado no item 25.9 deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos período de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

28.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM}=\frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM}= Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A= Valor Atingido;

V_M= 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:

$$P_{CM}= \{1 – [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

28.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7

60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

28.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

28.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia da Controladoria-Geral do Estado para Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100 %
9 a 9,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão de Pessoas/Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos/Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

ANEXO - VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO, inscrito no CPF sob o nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás por meio do Decreto estadual nº 10.260, de 11/05/2023, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, Setor São Mateus, Juiz de Fora - MG, neste ato representado por seu Diretor Presidente, Sr. Marco Antônio Guimarães de Almeida, brasileiro, casado, advogado, portador da CI/RG M3040499/SSP/MG, inscrito no CPF nº 485.399.966-34, residente e domiciliado em Juiz de Fora - MG., doravante denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202300010063733, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão emergencial e antes do início da gestão na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás, somente podendo remanejá-los com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos.

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação**.**

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 21.740/2022, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante.*

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SÉRGIO ALBERTO CUNHA VENCIO, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 1639988-1604589/SSP-GO, inscrito no CPF sob o nº 599.380.721-00, residente e domiciliado nesta Capital., doravante denominado **PERMITENTE**.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás por meio do Decreto estadual nº 10.260, de 11/05/2023, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, Setor São Mateus, Juiz de Fora - MG, neste ato representado por seu Diretor Presidente, Sr. Marco Antônio Guimarães de Almeida, brasileiro, casado, advogado, portador da CI/RG M3040499/SSP/MG, inscrito no CPF nº 485.399.966-34, residente e domiciliado em Juiz de Fora - MG., doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**

Considerando o Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202300010063733, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, onde funciona a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás..

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 90/2023-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder a vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação**.**

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 21.740/2022, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 36/2022-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante.*

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia - GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Marco Antonio Guimaraes de Almeida**, **Usuário Externo**, em 09/11/2023, às 16:59, 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 **SERGIO ALBERTO CUNHA VENCIO**, **Secretário (a) de Estado**, em 09/11/2023, às 17:18, 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 **53585969** e o código CRC **130CAEA4**.

Procuradoria-Geral do Estado via do Despacho nº 1738/2023/GAB (52782745), determino a imediata suspensão da execução do Contrato de Gestão nº 38/2022-SES/GO (000029681416) firmado com o Instituto Gênnesis para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, fixando a data de efetiva desmobilização para o dia 09/11/2023.

19. Em complemento, dada a essencialidade do serviço de saúde, é necessário que a prestação das ações e dos serviços não seja descontinuada em nenhum dos Hospitais, em prejuízo à população assistida, razão pela qual, autorizo a contratação Emergencial da entidade Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.

20. Como forma de garantir a efetivação da transição de gestão na unidade, autorizo desde já a entrada de representantes da entidade Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, os quais deverão, obrigatoriamente, se apresentarem a (os) membro (s) da Comissão Especial de Transição desta Secretaria antes de adentrarem.

21. Determino, ademais, que a Comissão Especial de Transição designada, acompanhe todo o procedimento, visando resguardar a continuidade dos serviços assistenciais.

22. Ressalta-se, por fim, que este Gabinete editará Portaria para a instauração do Processo de Responsabilização de Organização Sociais por descumprimento contratual, em autos apartados e relacionados a este, destinado à apuração / confirmação da inadimplência perpetrada pelo Parceiro Privado, com posterior aplicação das penalidades cabíveis, respeitados os princípios do contraditório (diferido) e da ampla defesa, em conformidade com o disposto na Portaria nº 991 - SES, de 14 de fevereiro de 2023.

23. Dê-se publicidade a este expediente, com urgência.

Goiânia, 09 de novembro 2023.

SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 418730

EXTRATO DO CONTRATO Nº 90/2023-SES/GO. Processo nº: 202300010063733. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus**. Objeto:** A formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho - Goiás. **Valor do contrato:** R$ 11.067.097,68. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50**.** Vigência: A vigência terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos ou até a finalização de novo chamamento, o que ocorrer primeiro, contados a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Marco Antônio Guimarães de Almeida - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Protocolo 418743

EXTRATO DO CONTRATO Nº 91/2023-SES/GO. Processo nº: 202300010063734. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Fundação Universitária Evangélica - FUNEV**. Objeto:** A formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Policlínica Estadual Ismael Alexandrino Pinto - São Luís de Montes Belos. **Valor do contrato:** R$ 11.067.128,64 **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50**.** Vigência: A vigência terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos ou até a finalização de novo chamamento, o que ocorrer primeiro, contados a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. João Pedro dos Santos Pereira - Fundação Universitária Evangélica - FUNEV.

Protocolo 418748

EXTRATO DO CONTRATO Nº 92/2023-SES/GO. Processo nº: 202300010063735. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus**. Objeto:** A formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim (HEJA). **Valor do contrato:** R$ 21.394.829,10. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50**.** Vigência: A vigência terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos ou até a finalização de novo chamamento, o que ocorrer primeiro, contados a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Marco Antônio Guimarães de Almeida - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Protocolo 418750

EXTRATO DO CONTRATO Nº 93/2023-SES/GO. Processo nº: 202300010063736. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus**. Objeto:** A formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos. **Valor do contrato:** R$ 83.655.091,20. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50**.** Vigência: A vigência terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos ou até a finalização de novo chamamento, o que ocorrer primeiro, contados a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. Marco Antônio Guimarães de Almeida - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Protocolo 418755

EXTRATO DO CONTRATO Nº 94/2023-SES/GO. Processo nº: 202300010063737. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Fundação Universitária Evangélica - FUNEV**. Objeto:** A formação de parceria para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó. **Valor do contrato:** R$ 22.129.807,62 **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.15000100.50**.** Vigência: A vigência terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos ou até a finalização de novo chamamento, o que ocorrer primeiro, contados a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial. Signatários: Sérgio Alberto Cunha Vencio - Secretário de Estado da Saúde. João Pedro dos Santos Pereira - Fundação Universitária Evangélica - FUNEV.

Protocolo 418757

RATIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 217/2023
RE-RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202300010063737, **RATIFICO** a Declaração de Dispensa de Chamamento Público para a Contratação da **FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 07.776.237/0001-08, em caráter excepcional e transitório, enquanto durarem as medidas acautelatórias, para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de 24 horas / dia no **Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Lando**, com prazo de vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro, retificando sua fundamentação, devendo ocorrer no art. 12, inciso I, da Lei Estadual nº 21.740/2022, cujo valor mensal estimado é de R$ 3.688.301,27 (três milhões, seiscentos e oitenta e oito mil trezentos e um reais e vinte e sete centavos), e valor total estimado de R$ 22.129.807,62 (vinte e dois milhões, cento e vinte e nove mil oitocentos e sete reais e sessenta e dois centavos).

Publique-se.

SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 418725

RATIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 218/2023
RE-RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202300010063736, RATIFICO a Declaração de Dispensa de Chamamento Público para a Contratação do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, qualificado como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 21.583.042/0001-72, em caráter excepcional e transitório, enquanto durarem as medidas acautelatórias, para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de 24 horas / dia no **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos**, com prazo de vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro, retificando sua fundamentação, devendo ocorrer no art. 12, inciso I, da Lei Estadual nº 21.740/2022, cujo valor mensal estimado é de R$ 13.942.515,20 (treze milhões, novecentos e quarenta e dois mil quinhentos e quinze reais e vinte centavos), e valor total estimado de R$ 83.655.091,20 (oitenta e três milhões, seiscentos e cinquenta e cinco mil noventa e um reais e vinte centavos).
Publique-se.
SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 418737

RATIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 219/2023
RE-RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202300010063734, RATIFICO a Declaração de Dispensa de Chamamento Público para a Contratação da **FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA EVANGÉLICA**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 07.776.237/0001-08, em caráter excepcional e transitório, enquanto durarem as medidas acautelatórias, para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde na **Policlínica Estadual Ismael Alexandrino Pinto - São Luís de Montes Belos**, com prazo de vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro, retificando sua fundamentação, devendo ocorrer no art. 12, inciso I, da Lei Estadual nº 21.740/2022, cujo valor mensal estimado é de R$ 1.844.521,44 (um milhão, oitocentos e quarenta e quatro mil quinhentos e vinte e um reais e quarenta e quatro centavos), e valor total estimado de R$ 11.067.128,64 (onze milhões, sessenta e sete mil cento e vinte e oito reais e sessenta e quatro centavos).
Publique-se.
SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 418752

RATIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 220/2023
RE-RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202300010063733, RATIFICO a Declaração de Dispensa de Chamamento Público para a Contratação do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, qualificado como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 21.583.042/0001-72, em caráter excepcional e transitório, enquanto durarem as medidas acautelatórias, para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde na **Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho - Goiás**, com prazo de vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro, retificando sua fundamentação, devendo ocorrer no art. 12, inciso I, da Lei Estadual nº 21.740/2022, cujo valor mensal estimado é de R$ 1.844.516,28 (um milhão, oitocentos e quarenta e quatro mil quinhentos e dezesseis reais e vinte e oito centavos), e valor total estimado de R$ 11.067.097,68 (onze milhões, sessenta e sete mil noventa e sete reais e sessenta e oito centavos).
Publique-se.
SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 418754

RATIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 221/2023
RE-RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

Em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202300010063735, RATIFICO a Declaração de Dispensa de Chamamento Público para a Contratação do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, qualificado como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 21.583.042/0001-72, em caráter excepcional e transitório, enquanto durarem as medidas acautelatórias, para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em regime de 24 horas / dia no **Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim (HEJA)**, com prazo de vigência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da publicação de seu extrato na imprensa oficial, ou até a conclusão de chamamento público, o que ocorrer primeiro, retificando sua fundamentação, devendo ocorrer no art. 12, inciso I, da Lei Estadual nº 21.740/2022, cujo valor mensal estimado é de R$ 3.544.121,65 (três milhões, quinhentos e quarenta e quatro mil cento e vinte e um reais e sessenta e cinco centavos), e ainda, Aporte de Recursos Financeiros referente aos servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III (53205359), cujo valor mensal estimado é de R$ 21.683,20 (vinte e um mil seiscentos e oitenta e três reais e vinte centavos), e valor total estimado de R$ 21.394.829,10 (vinte e um milhões, trezentos e noventa e quatro mil oitocentos e vinte e nove reais e dez centavos).
Publique-se.
SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 418756

EXPERIÊNCIA 02

Ambulatório de Especialidades Sul

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

ESTADO DE SÃO PAULO

CONTRATO Nº 599/2023

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, OBJETIVANDO A ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA, UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL E UNIDADE DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS PARQUE INDUSTRIAL, E ATIVIDADES CORRELATAS DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓPRIOS PÚBLICOS PERMISSIONADOS.

PROCESSO ADMINISTRATIVO DIGITAL Nº 103115/2023

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de São José dos Campos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 46.643.466.0001-06 com sede nesta cidade na Rua José de Alencar, nº 123, neste ato representado pela Dra. Margarete Carlos da Silva Correia, brasileira, casada, por força da Delegação de Competência expressa do Decreto nº 18838/2021, de 16 de junho de 2021, CPF nº 127.738.878-40, RG nº 13.389.469 SSP/SP, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro E HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, com endereço na Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, na cidade de Juiz de Fora - MG, inscrita no CNPJ/MF sob nº 21.583.042/0001-72, qualificada como organização social pelo Município de São José dos Campos por meio do Decreto Municipal nº 15.857, de 23 de abril de 2014, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Marco Antônio Guimarães de Almeida, brasileiro, casado, contador e advogado, CPF/MF nº 485.399.966-34 e RG nº M3040499 SSP/MG, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 10.447/2021, de 17 de dezembro de 2021, Lei Municipal nº 9.784, de 24/07/2018, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 18.188, de 27 de junho de 2019, e ainda, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11 e Lei nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial nos seus artigos 196 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO visando a ADMINISTRAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL DE CLINICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA, UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL E UNIDADE DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS PARQUE INDUSTRIAL E ATIVIDADES CORRELATAS DE CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PRÓPRIOS PÚBLICOS PERMISSIONADOS, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO E DA FINALIDADE

1. O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a administração, gerenciamento e operacionalização, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no HOSPITAL DE CLINICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA, UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL E UNIDADE DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS PARQUE INDUSTRIAL, apresentado pelo HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, conforme folhas 903 a 7334 do processo administrativo nº 103115/2023.

1.1.1. Para o alcance de sua finalidade, o presente CONTRATO DE GESTÃO especifica, como parte desta avença, um PLANO DE TRABALHO, conforme folhas 903 a 7334 do processo administrativo nº 103115/2023, a ser executado pela CONTRATADA, com metas a atingir, a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a utilizar, indicadores de verificação e as atividades a realizar, com respectivos cronogramas e orçamentos pertinentes.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Para cumprimento do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes na legislação referente ao SUS, nos Códigos de Ética dos profissionais de saúde, bem como nos diplomas legais que regem a presente contratação, as seguintes:

2.1. Executar o PLANO DE TRABALHO, que integra o CONTRATO DE GESTÃO, conforme as folhas 903 a 7334 do processo administrativo **nº 103.115/2023.**

2.2. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, e apenas nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

2.3. Restituir, em caso de desqualificação ou ao término do presente CONTRATO DE GESTÃO, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos não utilizados para os fins deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como os bens móveis e imóveis cujo uso lhe sejam permitidos nos termos previstos no CONTRATO DE GESTÃO.

2.4. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto no CONTRATO DE GESTÃO até sua restituição ao Poder Público.

2.4.1. A CONTRATADA poderá, desde que previamente avaliado e autorizado pela CONTRATANTE, permutar os bens móveis públicos permitidos para uso por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio da CONTRATANTE.

2.5. Responsabilizar-se pela conservação, manutenção preventiva e corretiva dos bens móveis e imóveis, inclusive equipamento, disponibilizados para o desenvolvimento das atividades previstas no PLANO DE TRABALHO, e também pelos serviços de conservação, manutenção e reparo do espaço público correspondente ao bem público imóvel permissionado, indicado na subcláusula 3.3.2, deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.6. Comunicar à CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência.

2.6.1. Eventual aquisição de bem NÃO prevista no PLANO DE TRABALHO somente poderá ser efetuada mediante anuência prévia da CONTRATANTE e após aditamento ao contrato.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.6.2. Todas as obras e ampliações da área física deverão ser previamente aprovadas pela CONTRATANTE e, caso NÃO previstas no PLANO DE TRABALHO, somente poderão ser realizadas após o devido aditamento do CONTRATO DE GESTÃO.

2.7. Transferir, integralmente, à CONTRATANTE, em caso de sua desqualificação como Organização Social de Saúde no âmbito do Município de São José dos Campos, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços ora contratados.

2.8. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste CONTRATO DE GESTÃO, responsabilizando-se em aplicar os recursos públicos repassados no atendimento das despesas e encargos trabalhistas, civis, tributários, previdenciários e quaisquer outros que sejam necessários para a execução do PLANO DE TRABALHO.

2.8.1. Será admitida a terceirização de mão de obra de atividades meio do presente CONTRATO DE GESTÃO; será admitida, ainda, a subcontratação parcial do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO desde que haja prévia anuência da CONTRATADA.

2.9. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, salvo para os casos devidamente autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

2.10. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

2.11. Afixar aviso nas recepções das unidades de Saúde, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

2.12. Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste CONTRATO DE GESTÃO.

2.13. Assegurar aos pacientes o direito de assistência religiosa e espiritual por ministro de qualquer culto religioso, em conformidade com a Portaria n° 010/SMS/05, de 09 de novembro de 2005 e legislação regente.

2.14. Comunicar de imediato à CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.

2.15. Manter a documentação concernente à prestação de contas, relacionada ao presente CONTRATO DE GESTÃO, arquivada por 10 (dez) anos, contados a partir da apresentação à CONTRATADA, ficando a mesma disponível, sempre que solicitado, para atendimento da legislação vigente e auditorias da CONTRATANTE e demais órgãos de controle externo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.16. Fornecer à CONTRATANTE as informações, relatórios e documentos específicos, quando necessários para o atendimento de requisições e determinações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, no prazo estabelecido.

2.17. Cumprir as normas legais e regulamentares pertinentes ao objeto do ajuste, inclusive as Instruções nº 01/2020, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, ou aquelas que lhes venham a substituir.

2.18. Na hipótese de se tratar de entidade que não o possua quando da celebração do presente CONTRATO DE GESTÃO, o seu regulamento próprio contendo os procedimentos que a Organização Social adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, deverá ser elaborado no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados a partir da data da assinatura do Contrato de Gestão.

2.18.1. O Regulamento de Compras e Aquisições de Bens e Serviços deverá ser publicado no Boletim do Município e deverá ser disponibilizado na página eletrônica da entidade CONTRATADA, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados a partir da data da assinatura do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução, pela CONTRATADA, dos serviços objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE obriga-se a:

3.1. Fiscalizar a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO e seu respectivo PLANO DE TRABALHO, nos termos do artigo 10 da Lei Municipal nº 9.784/2018, acompanhando e avaliando o cumprimento de suas metas, por meio de comissão específica, devidamente designada na forma da subcláusula 5.1.

3.2. Promover o repasse dos recursos financeiros à CONTRATADA necessários para a execução do CONTRATO DE GESTÃO, de acordo com o orçamento e consoante as cláusulas sétima e oitava deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.3. Permitir o uso dos bens móveis, inclusive os que guarnecem a unidade de saúde, e imóveis, conforme segue:

3.3.1. Fica permitido o uso dos bens móveis indicados no ANEXO IV DO EDITAL DE CHAMAMENTO: LEVANTAMENTO PATRIMONIAL - BENS MÓVEIS PERMISSIONADOS, deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.3.2. Fica permitido o uso dos bens imóveis correspondentes aos espaços físicos indicados no ANEXO III DO EDITAL DE CHAMAMENTO: PLANTAS FÍSICAS - BENS IMÓVEIS PERMISSIONADOS, a ser utilizado na execução de atividades conforme

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

previsto no PLANO DE TRABALHO.

3.4. Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se esta ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA: DA CESSÃO DE SERVIDORES

4.1. A CONTRATANTE poderá ceder servidores públicos municipais para prestar seus serviços junto à CONTRATADA, ficando garantido a esses servidores o vínculo original com a CONTRATANTE, bem como todos os direitos daí decorrentes, não ensejando, portanto, vínculo trabalhista com a CONTRATADA ou solidariedade, mesmo sob subordinação desta.

4.1.1. A cessão, caso venha a ocorrer, será regida pelas disposições contidas no Decreto Municipal nº 18.188, de 28 de junho de 2019, artigos 43 a 48, ou outras disposições que venham a substituí-las.

CLÁUSULA QUINTA: DA FISCALIZAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação constituída em conformidade com o disposto no artigo 10, da Lei Municipal nº 9.784/2018, procederá à verificação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e dos resultados obtidos pela CONTRATADA com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando para tanto relatório circunstanciado, a partir da análise de relatórios apresentados pela CONTRATADA e da avaliação do custo-benefício da execução de cada uma das metas propostas, sem prejuízo da análise dos impactos imateriais.

5.1.1. A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo do desempenho da CONTRATADA, em até 30 (trinta) dias, após a última apresentação quadrimestral (setembro a dezembro) pela CONTRATADA.

5.2. Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Saúde para subsidiar a decisão do Prefeito acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

5.3. Sem prejuízo da fiscalização prevista na Cláusula 5.1 acima, fica assegurado à CONTRATANTE o direito de realizar auditoria da gestão do HOSPITAL DE CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL E UNIDADE DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS PARQUE INDUSTRIAL, seja por servidores próprios ou terceiros contratados pela CONTRATANTE para tal fim, garantido o acesso dos auditores a todas as dependências das unidades de saúde acima descritas, independentemente de prévia notificação ou agendamento.

5.4. A Secretaria de Saúde, na qualidade de órgão supervisor, independentemente da constituição da Comissão referida na

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

subcláusula 5.1 e observado o disposto no artigo 10, da Lei Municipal 9.784/2018, será responsável pela fiscalização, acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos na execução do CONTRATO DE GESTÃO, com base em todo o conteúdo do PLANO DE TRABALHO.

CLÁUSULA SEXTA: DA VIGÊNCIA

6.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO terá vigência de 60 (sessenta) meses e é passível de alteração contratual conforme dispõe a legislação em vigor.

6.2. O início da execução contratual dar-se-á a partir da data estabelecida na ordem de serviço, e é passível de renovação mediante o cumprimento do PLANO DE TRABALHO e nos termos da lei, facultada a repactuação de metas e indicadores da execução contratual, para melhor atendimento do interesse público e adaptação do CONTRATO DE GESTÃO às variações de demanda, a fim de alcançar maior eficiência.

CLÁUSULA SÉTIMA: DOS RECURSOS FINANCEIROS E ECONÔMICOS

7.1. Para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO ficará estipulado o valor de R$ 351.268.344,00 (trezentos e cinquenta e um milhões, duzentos e sessenta e oito mil, trezentos e quarenta e quatro reais) sendo que os recursos serão transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA nos termos do estabelecidos na cláusula oitava deste Contrato.

7.1.1. Do montante global mencionado no “caput” desta cláusula, o correspondente ao exercício financeiro de 2023 e subsequentes, onerará as seguintes rubricas orçamentárias: 60.70.3.3.50.39.10.302.0006.2.059.01.302000 e 60.50.3.3.50.39.10.301.0006.2.034.01.301000, destinadas a custear o presente CONTRATO DE GESTÃO, podendo ser suplementada, se necessário for, em particular na ocorrência de eventos não previstos, devidamente justificados, que levarem ao desequilíbrio econômico e financeiro deste CONTRATO DE GESTÃO ou suprimido se necessário for.

7.2. Os recursos repassados à CONTRATADA pela CONTRATANTE, disponíveis em conta corrente **específica e exclusiva**, deverão ser aplicados no mercado financeiro, e os resultados dessa aplicação reverter-se-ão exclusivamente aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.3. Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão, também, ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da CONTRATADA e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da CONTRATADA.

7.4. A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, sob sua gestão, de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da CONTRATADA e tampouco com recursos decorrentes de outros contratos de gestão em que figure como parte. A CONTRATADA, poderá,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

outrossim, providenciar abertura de conta específica em separado para movimentação de recursos provenientes de doações, contribuições e receitas complementares. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

7.5. Para atender ao disposto no inciso IV, do artigo 21, e inciso IV, do artigo 32, do Decreto Municipal nº 18.188/2019, somente será admitida a remuneração dos dirigentes que tenham atuação efetiva na gestão executiva, não podendo exceder a remuneração salarial do Prefeito.

7.6. Os membros do Conselho de Administração da CONTRATADA não devem receber pela remuneração dos serviços que, nesta condição, prestarem à CONTRATADA, ressalvada a ajuda de custo por reunião que participarem. As despesas de pessoal no seu montante global não poderão superar o limite de 70% (setenta por cento) do valor dos recursos repassados.

7.7. Os membros do Conselho de Administração não poderão exercer qualquer função executiva nas atividades deste CONTRATO DE GESTÃO e, tampouco, ter qualquer vínculo com fornecedores da CONTRATADA.

7.8. A ocorrência de alteração de valores poderá implicar revisão das metas pactuadas, assim como a alteração das metas poderá implicar a revisão do valor global pactuado, nos termos da legislação aplicável.

7.9. Os bens móveis e imóveis permissionados à CONTRATADA de acordo com a subcláusula 3.3 são considerados como valor econômico aportado pela CONTRATANTE a este CONTRATO DE GESTÃO.

7.10. Após um ano de vigência contratual, poderá ser aplicado o reajuste com base no índice econômico IPC-FIPE para fins de correção de seu valor.

CLÁUSULA OITAVA: DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1. O valor anual devido à CONTRATADA, nos termos do “caput” da cláusula sexta, será transferido conforme CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO integrante do ANEXO I.

8.1.1. O primeiro repasse mensal deverá ser transferido pela CONTRATANTE até o 5º dia útil do mês subsequente à assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO.

8.1.2. As demais parcelas deverão ser transferidas pela CONTRATANTE até o 5º dia útil dos meses subsequentes conforme cronograma de desembolso ANEXO I.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

8.1.3. O valor total mensal estimado, correspondente à importância de até R$ 5.854.472,40 (cinco milhões, oitocentos e cinquenta e quatro mil, quatrocentos e setenta e dois reais e quarenta centavos) é passível de ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas após análise dos indicadores estabelecidos, conforme previsto no ANEXO XII – SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO do PROCESSO DE SELEÇÃO Nº 001/SS/2023 - EDITAL Nº 257/SS/2023.

8.2. Deverá ser encaminhado, à Secretaria de Gestão Administrativa e Finanças/Tesouraria, comprovante de pagamento de obrigações do INSS e FGTS/GFIP/SEFIP, imediatamente após o cumprimento da obrigação, observando-se os prazos legais, sob pena de retenção dos pagamentos devidos pela CONTRATANTE.

CLÁUSULA NONA: DA RESCISÃO

9.1. A rescisão do presente CONTRATO DE GESTÃO, que não se encontra subordinado à Lei Federal nº 14.133/2021, e sim, à norma especial derivada das leis das organizações sociais, obedecerá às disposições contidas nos artigos 137 a 139 da mencionada Lei, ora adotada por analogia.

9.2. Em caso de rescisão unilateral decorrente da iniciativa da CONTRATADA, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis, esta se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

9.3. A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data do encerramento de suas atividades, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

9.4. Verificada qualquer hipótese ensejadora de rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a revogação da permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos que tenham sido colocados à disposição da CONTRATADA nos termos da cláusula quarta, não cabendo à CONTRATADA direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 138, da Lei Federal nº 14.133/2021.

9.5. Se a CONTRATANTE vier a descumprir injustificadamente a cláusula 3.2 deste contrato, a CONTRATADA poderá considerar rescindido o presente contrato e cessar a prestação dos serviços após 90 (noventa) dias da ocorrência da interrupção dos repasses pactuados, hipótese em que, sem prejuízo das sanções aplicáveis pela legislação vigente, ficará a CONTRATANTE responsável pelo pagamento de encargos trabalhistas, previdenciários e civis, decorrentes da execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

9.5.1. Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE ou rescisão amigável, a CONTRATANTE arcará com as despesas trabalhistas, previdenciárias e civis da execução deste contrato até então devidas, salvo as decorrentes de culpa ou dolo.

CLÁUSULA DÉCIMA: DAS PENALIDADES CABÍVEIS E DOS VALORES DAS MULTAS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.1. Com fulcro nos artigos 155 ao 163, da Lei nº 14.133/2021, a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

10.1.1. Advertência;

10.1.2. Multa, a ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, a contar da comunicação oficial, nas seguintes hipóteses e condições:

10.1.2.1. De 0,3% (zero vírgula três por cento) por dia de atraso injustificado e por descumprimento das obrigações estabelecidas neste Contrato, até o máximo de 10% (dez por cento), sobre o valor relativo à parcela do cronograma físico financeiro não cumprida, ou do previsto neste contrato quando não houver cronograma.

10.1.2.2. De 10% (dez por cento) sobre o valor total do Contrato, no caso de inexecução total, ou 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela do cronograma físico financeiro não cumprida, no caso de inexecução parcial, ou do previsto neste contrato quando não houver cronograma.

10.1.2.3. Até o limite de 5,0% (cinco por cento) do valor do contrato como penalidade para o descumprimento da obrigação contida nos artigos 21, inciso V, e 51, §§ 1º e 2º, do Decreto Municipal nº 18.188/2019.

10.1.3. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até 2 (dois) anos;

10.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2. As sanções previstas nos subitens 10.1.1., 10.1.3. e 10.1.4. poderão ser aplicadas cumulativamente com as do subitem 10.1.2., nos termos do artigo 156, da Lei nº 14.133/2021.

10.3. Será aplicada a sanção de advertência nas seguintes condições:

a. Descumprimento parcial das obrigações e responsabilidades assumidas contratualmente, e nas situações que ameacem a qualidade do produto ou serviço, ou a integridade patrimonial ou humana;
b. Outras ocorrências que possam acarretar transtornos ao desenvolvimento dos serviços da Administração Pública, a critério da Fiscalização, desde que não caiba a aplicação de sanção mais grave;
c. Na primeira ocorrência de quaisquer dos itens relacionados na tabela 2 a seguir.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.4. Além das multas previstas no subitem 10.1.2., poderão ser aplicadas multas, segundo os graus e eventos descritos nas tabelas 1 e 2 a seguir:

TABELA 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	R$ 1.320,00
2	R$ 2.640,00
3	R$ 5.280,00
4	R$ 10.560,00
5	R$ 21.120,00
6	R$ 42.240,00

TABELA 2

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Permitir a presença de empregado sem uniforme; por empregado e por ocorrência.	01
2	Executar serviço sem a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), quando necessários; por empregado e por ocorrência.	03
3	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais; por dia e por tarefa designada.	03
4	Destruir ou danificar os documentos por culpa ou dolo de seus agentes; por ocorrência.	03
5	Deixar de requerer à Secretaria de Saúde autorização para utilização de eventuais saldos quando do encerramento do exercício; por ocorrência.	02
6	Banheiros em condições irregulares, por ocorrência.	2
7	Medicamentos vencidos; por ocorrência.	4
8	Manutenção e limpeza Geral da Unidade Irregular; por ocorrência.	2
9	Utilizar as dependências da CONTRATANTE para fins diversos do objeto do contrato; por ocorrência.	04
10	Recusar-se a executar serviço determinado pela FISCALIZAÇAO, sem motivo justificado; por ocorrência.	04
11	Permitir situação que crie a possibilidade de causar ou cause dano físico, lesão corporal ou consequências letais; por ocorrência.	06

10.4.1. Para os itens a seguir, deixar de:

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Apresentar a Anotação de Responsabilidade Técnica – ART dos serviços para início da execução destes nos prazos de até 10 (dez) dias após a emissão da ordem de serviço; por dia de atraso.	01
2	Atender requerimento da ACIT/Gestão de Contratos/TCESP/Secretaria de Saúde; por ocorrência.	04
3	Entregar prestação de contas mensais no prazo estabelecido; por ocorrência.	03
4	Entregar prestação de contas anual conforme Instrução 001/2020 do TCESP; por ocorrência.	05
	Supervisionar horários de trabalho dos funcionários, prestadores de serviços, inclusive dos médicos.	03

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5		
6	Substituir empregado que tenha conduta inconveniente ou incompatível com suas atribuições; por empregado e por dia.	01
7	Manter a documentação de habilitação atualizada; por item e por ocorrência.	01
8	Cumprir horário estabelecido pelo contrato ou determinado pela FISCALIZAÇAO; por ocorrência.	01
9	Cumprir determinação da FISCALIZAÇAO para controle de acesso de seus funcionários; por ocorrência.	01
10	Fornecer EPI, quando exigido, aos seus empregados e de impor penalidades àqueles que se negarem a usá-los; por empregado e por ocorrência.	02
11	Cumprir determinação formal ou instrução complementar da FISCALIZAÇAO; por ocorrência.	02
12	Iniciar execução de serviço nos prazos estabelecidos pela FISCALIZAÇAO, observados os limites mínimos estabelecidos por este contrato; por serviço, por dia.	02
13	Refazer serviço não aceito pela FISCALIZAÇAO, nos prazos estabelecidos no contrato ou determinado pela FISCALIZAÇÃO; por ocorrência.	03
14	Indicar, manter durante a execução do contrato o responsável técnico pela unidade; por dia.	04
15	Efetuar o pagamento de salários, vale-transporte, tíquetes-refeição, seguros, encargos fiscais e sociais, bem como arcar com quaisquer despesas diretas ou indiretas relacionadas à execução do contrato nas datas avençadas; por dia e por ocorrência.	05
16	Provisionar recursos relativos aos encargos, férias e 13º salário vincendos no decorrer da vigência do contrato de gestão.	05

10.5. A aplicação de multas, ou de outras penalidades, deverá obedecer ao seguinte procedimento:

I. Deverá o representante da CONTRATANTE responsável pela execução deste Contrato, elaborar Comunicado de Infração, o qual deverá:

a. Descrever a infração observada, indicando todos os elementos necessários para identificá-la e individualizá-la; e

b. Indicar o dispositivo legal, regulamentar ou contratual violado.

II. O Comunicado de Infração será autuado em apenso ao processo administrativo referente a este Contrato e, imediatamente, submetido ao Diretor do Departamento responsável pelo acompanhamento do contrato;

III. Por despacho, deverá o Diretor do Departamento responsável receber ou arquivar o expediente de Comunicado de Infração;

IV. No caso de recebê-lo, deverá, também, determinar que seja a CONTRATADA notificada para, em até cinco dias úteis, exercer o seu amplo direito à defesa e ao contraditório (conf. artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal);

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

V. Deverá acompanhar a notificação cópia do Comunicado de Infração e do despacho que o recebeu, além de obrigatoriamente, nela constar que "no caso de não ser oferecida defesa no prazo fixado, presumir-se-ão verdadeiros e aceitos os termos do Comunicado de Infração";

VI. Recebida a defesa, que deverá estar acompanhada de todos os documentos que a CONTRATADA julgar oportunos para a sua defesa, o Diretor do Departamento responsável a apreciará, deferindo as provas que forem solicitadas e que, por ele, forem consideradas pertinentes;

VII. Caso tenham sido deferidas provas, serão estas produzidas às custas da CONTRATADA;

VIII. Após a instrução, ou não havendo esta, ou ainda, no caso de não ser oferecida defesa, elaborará o Diretor do Departamento responsável, despacho/manifestação, onde concluirá pela aplicação da pena ou pela improcedência da imputação feita pelo Comunicado de Infração;

IX. Para os casos onde a penalidade cabível for aquela disposta pelo artigo 156, inciso IV da Lei Federal nº 14.133/2021, a competência para sua aplicação é exclusiva do Secretário Municipal (artigo 156, § 6º da mesma Lei Federal);

X. Se a decisão for pela aplicação da pena, será a CONTRATADA disto notificada para, em 15 (quinze) dias úteis, efetuar o pagamento da multa ou, querendo, requerer reconsideração do despacho, nos prazos legalmente estabelecidos (artigo 158, da Lei Federal nº 14.133/2021,);

XI. Havendo requerimento de reconsideração do despacho, serão os autos novamente remetidos à autoridade que emitiu a decisão, que o opinará pelo acolhimento ou não do pedido e, em seguida, serão eles remetidos à autoridade administrativa imediata e superior, para reforma ou manutenção da decisão anterior;

XII. Caso a CONTRATADA não efetue o pagamento da multa no prazo assinalado, será a multa glosada dos repasses mensais ou de qualquer eventual pagamento a ser realizado.

XIII. Não havendo pagamento a ser realizado, será a multa inscrita na Dívida Ativa, para cobrança executiva.

10.6. Os prazos mencionados nesta cláusula terão o seu início no dia útil seguinte ao do recebimento da notificação.

10.7. A aplicação das penalidades previstas neste contrato não prejudicará a aplicação de outras penas previstas na lei ou em regulamento, especialmente a de rescisão do contrato, bem como a responsabilidade administrativa, cível ou criminal que no caso

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

couber.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

11.1. Durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATADA apresentará, à CONTRATANTE, relatórios administrativos de desempenho e produção, com dados suficientes para o seu acompanhamento e avaliação, com ênfase na comparação dos resultados alcançados com as metas previstas, acompanhados de demonstrações documentadas do uso adequado dos recursos públicos pela CONTRATADA e de análises gerenciais referentes ao desempenho, em até 10 (dez) dias úteis após o encerramento de cada quadrimestre do ano. No presente exercício, o primeiro relatório será correspondente ao mês de dezembro e os subsequentes emitidos em períodos coincidentes com cada quadrimestre do ano civil, observadas as exigências do TCESP, por meio das Instruções nº 01/2020.

11.2. A CONTRATADA deverá apresentar à CONTRATANTE, ao término de cada exercício e de cada quadrimestre do ano civil, um relatório detalhado de atividades e, sempre que possível, instruído com o respectivo custo unitário efetivo para cada meta alcontemplada, além da indicação dos custos unitários e globais, fixos e variáveis, de cada procedimento, atividade, ação, programa ou projeto da meta do Plano de Trabalho, bem como relatório de fluxo de caixa mensal.

11.3. A CONTRATADA deve apresentar à CONTRATANTE, no prazo de 20 (vinte) dias, contados do término de execução de cada mês, prestação de contas, conforme modelo e/ou sistema a ser definido pela CONTRATANTE, através de envio de arquivo digitalizado e pesquisável onde constarão as seguintes informações:

I. Planilha de prestação de contas, relacionando todos os pagamentos efetuados no período;

II. Notas fiscais de serviços, recibos e outros comprovantes legais de pagamentos efetuados com as despesas realizadas. Todos os comprovantes legais devem ser emitidos em nome da CONTRATADA e fazer expressa menção ao presente CONTRATO DE GESTÃO, inclusive nas notas fiscais eletrônicas;

III. Planilha com dados quanto à aquisição de bens permanentes no período;

IV. Planilha com dados do CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados;

V. Extrato bancário da conta específica do CONTRATO DE GESTÃO (conta corrente e aplicação);

VI. Conciliação bancária;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

VII. Relatório completo da folha de pagamento da CONTRATADA, incluindo valor com folha de pagamento, PIS, FGTS e INSS patronal efetuados no período;

VIII. Relatório quantitativo e dos custos por procedimentos;

IX. Arquivo digital dos contratos PJ – Pessoa Jurídica, acompanhado de planilha de controle;

X. Arquivo com as metas e indicadores realizados, com comparativo com o previsto no ajuste.

11.3.1 A CONTRATADA deve apresentar à CONTRATANTE, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados do término de execução de cada quadrimestre, prestação de contas, referente às despesas, conforme modelo e/ou sistema a ser definido pela CONTRATANTE, através de envio de arquivo digitalizado e pesquisável onde constarão os documentos mencionados no item **11.3**.

11.4. A CONTRATADA deverá manter, em perfeitas condições, os originais dos documentos acima mencionados, devendo ser disponibilizados à CONTRATANTE pelo prazo de 10 (dez) anos, contados a partir da correspondente prestação de contas.

11.5. As despesas realizadas devem ser apresentadas segundo os elementos constantes do PLANO ORÇAMENTÁRIO E DE CUSTEIO, conforme folhas 7336 a 7372, do processo administrativo nº 103115/2023.

11.6 No caso de rateio administrativo, o Plano de Trabalho conterá o detalhamento específico de despesas e a CONTRATADA deve cumprir integralmente as disposições do Comunicado SDG nº 25/2023, na prestação de contas.

11.7. Fica estabelecida como data limite para apresentação das comprovações das despesas anuais a data de 30 de abril do exercício seguinte.

11.8. As prestações de contas mensais se sujeitam à análise financeira pela CONTRATANTE, bem como à análise de pertinência com o PLANO DE TRABALHO vigente, pela Secretaria de Saúde/Comissão de Avaliação, determinando eventuais providências.

11.8.1. As glosas eventualmente efetuadas na prestação de contas serão objetos de desconto do repasse correspondente aos meses posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA: DA PUBLICAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

12.1. O CONTRATO DE GESTÃO será publicado pela CONTRATANTE no Diário do Município, no prazo determinado nos termos da legislação vigente, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA: DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

13.1 A CONTRATANTE e a CONTRATADA se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, garantindo que:

a. O tratamento de dados pessoais dar-se-á de acordo com as bases legais previstas nas hipóteses dos artigos 7º e/ou 11 da Lei Federal nº 13.709/2018 às quais se submeterão os serviços, e para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular;
b. O tratamento seja limitado às atividades necessárias ao atingimento das finalidades de execução do contrato e do serviço contratado, utilizando-os, quando seja o caso, em cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD;
c. Em caso de necessidade de coleta de dados pessoais indispensáveis à própria prestação do serviço, esta será realizada mediante prévia aprovação da CONTRATANTE, responsabilizando-se a CONTRATADA por obter o consentimento dos titulares (salvo nos casos em que opere outra hipótese legal de tratamento). Os dados assim coletados só poderão ser utilizados na execução dos serviços especificados neste contrato, e em hipótese alguma poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins;

    c.1) Eventualmente, as partes podem ajustar que a CONTRATANTE será responsável por obter o consentimento dos titulares, observadas as demais condicionantes da alínea 'c' acima;

d. Os sistemas que servirão de base para armazenamento dos dados pessoais coletados, seguem um conjunto de premissas, políticas e especificações técnicas que regulamentam a utilização da tecnologia de informação e comunicação com a CONTRATANTE;
e. Encerrada a vigência do contrato ou não havendo mais necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a CONTRATADA interromperá o tratamento dos dados pessoais disponibilizados pelo CONTRATANTE e, em no máximo trinta dias, sob instruções e na medida do determinado, eliminará completamente os Dados Pessoais e todas as cópias porventura existentes (seja em formato digital ou físico), salvo quando a CONTRATADA tenha que manter os dados para cumprimento de obrigação legal ou outra hipótese da Lei Federal nº 13.709/2018.

2. A CONTRATADA dará conhecimento formal aos seus empregados das obrigações e condições acordadas nesta sub cláusula, inclusive no tocante à Política de Privacidade do CONTRATANTE, cujos princípios deverão ser aplicados à coleta e tratamento dos dados pessoais de que trata a presente cláusula.

13.3. O eventual acesso, pela CONTRATADA, às bases de dados que contenham ou possam conter dados pessoais implicará para a CONTRATADA e para seus prepostos – devida e formalmente instruídos nesse sentido – o mais absoluto dever de sigilo, no curso do presente contrato e pelo prazo de até 10 (dez) anos contados de seu termo final.

13.3. O eventual acesso, pela CONTRATADA, às bases de dados que contenham ou possam conter dados pessoais implicará

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

para a CONTRATADA e para seus prepostos – devida e formalmente instruídos nesse sentido – o mais absoluto dever de sigilo no curso do presente contrato e pelo prazo de até 10 (dez) anos contados de seu termo final.

13.4. A CONTRATADA cooperará com a CONTRATANTE no cumprimento das obrigações referentes ao exercício dos direitos dos titulares previstos na Lei Federal nº 13.709/2018 e nas Leis e Regulamentos de Proteção de Dados em vigor e também no atendimento de requisições e determinações do Poder Judiciário, Ministério Público e órgãos de controle administrativo.

13.5. A CONTRATADA deverá informar imediatamente a CONTRATANTE quando receber uma solicitação de um titular de dados a respeito dos seus dados pessoais e abster-se de responder qualquer solicitação em relação aos dados pessoais do solicitante, exceto nas instruções documentadas da CONTRATANTE ou conforme exigido pela Lei Federal nº 13.709/2018 e Leis e Regulamentos de Proteção de Dados em vigor.

13.6. O "Encarregado" da CONTRATADA manterá contato formal com o Encarregado da CONTRATANTE, no prazo de até vinte e quatro horas da ocorrência de qualquer incidente que implique violação ou risco de violação de dados pessoais, para que este possa adotar as providências devidas, na hipótese de questionamento das autoridades competentes.

13.7. A critério do Encarregado da CONTRATANTE, a CONTRATADA poderá ser provocada a colaborar na elaboração do relatório de impacto, conforme a sensibilidade e o risco inerente dos serviços objeto deste contrato, no tocante a dados pessoais.

13.8. Eventuais responsabilidades das partes serão apuradas conforme estabelecido neste contrato e também de acordo com o que dispõe a Seção III, Capítulo VI, da Lei Federal nº 13.709/2018.

1. DÉCIMA-QUARTA: DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1. É vedada a cobrança, do paciente, por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida.

14.2. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela CONTRATANTE sobre a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

14.3. A fim de assegurar a regularidade e a continuidade dos serviços, e a atuação conjunta entre a CONTRATADA e a sua sucessora, fica estabelecido que será nomeada, pela CONTRATANTE, uma Comissão de Transição para administrar a transferência da gestão ora CONTRATADA para sua sucessora, quando do encerramento da vigência ou rescisão deste CONTRATO DE GESTÃO.

14.3.1. Durante o período de transição, que se dará a partir da Homologação do Chamamento Público ou do recebimento da ordem de serviço pela nova CONTRATADA, as organizações sociais – a ora CONTRATADA e sua sucessora - atuarão em

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conjunto para assegurar a regularidade e a continuidade dos serviços.

14.3.2. O prazo de atuação da Comissão de Transição será de 30 (trinta) dias a contar da data em que se inicie a sucessão contratual, podendo ser prorrogado a critério da CONTRATANTE.

14.3.3. A ora CONTRATADA deverá nomear pelo menos 02 (dois) integrantes de sua equipe para integrar a Comissão de Transição e a Secretaria de Governança poderá designar representantes para participar das reuniões da comissão de transição sempre que achar necessário.

14.3.4. Os custos relativos aos membros da Comissão de Transição integrantes da equipe da CONTRATADA deverão ser por ela suportados.

14.4. A sucessão de uma organização social por outra, quando do advento do termo final do CONTRATO DE GESTÃO, sub-roga à sucessora os haveres e deveres da sucedida, relativamente às atividades especificadas no PLANO DE TRABALHO, a partir da assinatura do novo CONTRATO DE GESTÃO, independentemente da expedição de qualquer notificação específica.

14.4.1. Havendo sucessão, serão transferidas, à sucessora da CONTRATADA, as obrigações trabalhistas decorrentes do CONTRATO DE GESTÃO findo que sejam relativas a férias, décimo terceiro salário e seus reflexos, que se refiram aos empregados da sucedida que tenham aderido, na sucessão, à sucessora.

14.5. Na hipótese de encerramento do Contrato de Gestão, em razão do advento do prazo de vigência contratual, sem a ocorrência de sucessão por outra organização social:

a. O custo de desmobilização, incluindo aquele relativo à dispensa de pessoal contratado pela contratada para execução do Contrato de Gestão, será pago pela contratante num prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, mediante a prestação de contas final; e
b. Após novo chamamento público, em havendo a continuidade da prestação dos serviços pela mesma entidade contratada não caberá a realização de repasse de recursos financeiros destinados à rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA: DO FORO

15.1. Fica eleito o Foro desta Comarca, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente CONTRATO DE GESTÃO em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

São José dos Campos, 12/12/2023

P S J C
DIVISÃO DE
FORMALIZAÇÃO E ATOS
12/12/2023
Data da Formalização do Contrato

MARGARETE CARLOS DA SILVA CORREIA
SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE

PREFBOOK ASSINATURA ELETRÔNICA

Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL GONÇALVES CAMPELO DA CONCEIÇÃO, CPF 052.XXX.X56-63, RG 12XXXX00**, Cargo GERENCIA FINANCEIRA, Telefone institucional: 3240092336 E-mail institucional: LEANDROBONOTO@HMTJ.ORG.BR, empresa HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - 21.583.042/0001-72, em 12/12/2023, às 17:10, conforme o Decreto 17.620/2017.

TESTEMUNHAS:

ANA PAULA DO NASCIMENTO ALEIXO CORREA
CHEFE DE CONTRATOS
Matricula: 527520

RENATA LUIZA SILVA DE OLIVEIRA
CHEFE DE CONTRATOS
Matricula: 508178

A veracidade do documento pode ser conferida no site https://servicos.sjc.sp.gov.br/ConsultaAssinaturaContrato/Consulta.aspx?p=103115&a2023&c100022173 ou informando os seguintes dados: NÂº Processo: **103115** Ano: **2023** Identificador: **100022173**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em segunda-feira, 22 de janeiro de 2024 11:05:17 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL (UES III)

1. DESCRIÇÃO

A assistência à saúde prestada na Unidade de Especialidades de Saúde III (UES) compreende o conjunto de serviços, desde seu acolhimento inicial, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapias necessárias, com a realização de consultas médicas especializadas, procedimentos com finalidade diagnóstica e pequena cirurgia geral para atendimento de pacientes SUS encaminhados pela Secretaria de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Inaugurado em 15 de março de 2021, o ambulatório de especialidades do Hospital de Clínicas Sul (UES III) realiza consultas médicas e exames de média complexidade para atendimento de pacientes SUS encaminhados pela Secretaria de Saúde.
A Secretaria de Saúde implantou um novo modelo de atenção à saúde caracterizada por uma metodologia pautada na linha de cuidado do paciente, com a integralidade em seu atendimento, composto de consulta, procedimentos com finalidade diagnóstica e retorno, todos realizados pela Contratada em um prazo máximo de 60 dias.

A unidade ambulatorial será referenciada, atendendo às normas e diretrizes vigentes por meio do Departamento de Regulação e Controle (DRC) e Departamento de Atenção Secundária à Saúde (DASS).

3. PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A Contratada deverá realizar consultas médicas especializadas, procedimentos com finalidade diagnóstica, pequena cirurgia geral e consultas de enfermagem, conforme descrito abaixo:

3.1. Gastroenterologia
3.2. Otorrinolaringologia
3.3. Urologia
3.4. Cardiologia
3.5. Ortopedia
3.6. Reumatologia
3.7. Pequena cirurgia Geral
3.8. Consultas de Enfermagem

As consultas médicas, procedimentos com finalidade diagnóstica e a pequena cirurgia geral deverão ser realizadas por profissionais médicos com título de especialista ou comprovação de residência médica na área da especialidade e os demais procedimentos deverão ser realizados por profissional habilitado com respectivo registro no Conselho.

As consultas clínicas de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior, na atenção especializada, somente poderão ser realizadas por enfermeiros (as) com o devido COREN ativo.

Deverá disponibilizar equipes administrativas e de apoio para realizar a recepção, o gerenciamento do serviço, serviços de limpeza, vigilância e pessoal de apoio "posso te ajudar", bem como todos os demais serviços de apoio necessários para a prestação do serviço contratado.

Os serviços serão prestados no município de São José dos Campos, na Unidade de Especialidades Sul (UES III), sito à Rua Goiânia, 463 - Parque Industrial.

Atendimentos previstos de segunda a sexta feira, podendo a Contratante, de acordo com a necessidade, solicitar abertura aos sábados para melhorar o fluxo de atendimento aos munícipes.

A recepção da unidade deverá ser realizada pela Contratada, utilizando, obrigatoriamente, o Sistema de Atendimento Municipal de Saúde - SAMS ou qualquer outro que venha substituí-lo ou ser indicado pela Secretaria de Saúde.

A quantidade de consultas de primeira vez é a prevista no item **10. META DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL** e os retornos serão determinados pelo médico, de acordo com a indicação clínica, desde que ocorram no prazo máximo previsto de sessenta (60) dias.

O quantitativo financeiro mensal não deverá ultrapassar o estimado no contrato.

A Secretaria de Saúde, através do Departamento de Atenção Secundária à Saúde (DASS) e/ou Departamento de Regulação e Controle (DRC), poderá solicitar alteração dos quantitativos previstos na linha de cuidado em virtude das demandas que se alteram e alternam de tempos em tempos, bem como, avaliar solicitação de alteração dos quantitativos feita pela Contratada mediante justificativa fundamentada.

A Contratante, através do Departamento de Atenção Secundária à Saúde (DASS), será responsável por acompanhar a execução dos serviços, bem como interferir e direcionar a Contratada na gestão das vagas.

Fica facultada a Secretaria de Saúde, em virtude da demanda, solicitar alteração nas especialidades médicas e respectivos exames, desde que comunicadas com, no mínimo, 30 dias de antecedência.

A Contratada deverá utilizar, integralmente, em todos os atendimentos, o Sistema de Atendimento Municipal de Saúde (SAMS) para registros no prontuário eletrônico, receituário, solicitações de exames, ou qualquer outra funcionalidade que a Secretaria de Saúde considere necessária para a execução dos serviços.

A Contratada deverá demonstrar toda a produção ambulatorial (consultas, procedimentos e pequena cirurgia geral) no sistema SAMS e todos os atendimentos deverão ser apontados na agenda, de acordo com o status do paciente (falta, presença, não realizado, etc.) na data do atendimento.

Na ocorrência de impedimento do cumprimento da agenda de consultas e de procedimentos, a que a Contratada der causa, o reagendamento do paciente deverá ser garantido imediatamente para data não superior a 15 dias da data inicialmente agendada.

A Contratada será responsável, ainda, por, no prazo mínimo de 24 horas do atendimento, avisar ao paciente que o atendimento não irá ocorrer, evitando assim o deslocamento desnecessário deste.

A Contratada deverá realizar o serviço nas dependências da Contratante e realizar todos os procedimentos contratados conforme este TERMO DE REFERÊNCIA, disponibilizando número suficiente de profissionais

qualificados, todo e qualquer insumo em quantidade suficiente para atendimento à demanda, atendendo as legislações vigentes.

Todos os profissionais deverão constar do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) da Unidade.

4. ESTRUTURA FÍSICA - UES SUL

QUANTIDADE	TIPO		
15	Consultório – maca simples		
0	Consultório – maca ginecológica		
1	Consultório com banheiro		
0	Cadeiras odontológicas		
1	Sala de espera	Qtde de assentos:	40
1	Recepção	Qtde de computadores:	3
0	Farmácia	Qtde balcão de atend.:	
0	Hipodermia		
0	Sala exclusiva para inalação		
0	Sala de curativo		
1	Sala de Expurgo		
1	Sala de Esterilização		
0	Sala de vacina		
1	Sala de observação		
2	Banheiro para paciente		
2	Banheiro	2	Vestiário funcionário
1	Cozinha ou copa		
0	DML		
1	Sala de reunião		
1	Sala de gerência		
0	Almoxarifado		
0	Local para depósito de resíduos		
1	Sala pré exame		
2	Acolhimento de enfermagem	Qtde de computadores: 3	
1	Sala de Audiometria		
1	Sala de teste ergométrico		
1	Sala de ultrassom		
0	Sala de Endoscopia e colonoscopia		
1	Sala de Urodinâmica		

5. DAS CONSULTAS E EXAMES DA LINHA DE CUIDADO

A Contratada deverá formatar e gerar a agenda das consultas de 1ª vez disponibilizando-a integralmente no sistema SAMS até o dia 15 do mês anterior, impreterivelmente.

As consultas de 1ª vez serão agendadas pela Central de Agendamentos da Secretaria de Saúde, assim como os retornos. A critério da Contratante, o agendamento dos retornos poderá ser realizado pela Contratada. Os procedimentos com finalidade diagnóstica, ofertados na linha de cuidado, deverão ser obrigatoriamente agendados pela Contratada.

Após a realização da 1ª consulta, a Contratada deverá inserir no sistema SAMS todos os procedimentos, com finalidade diagnóstica, necessários aos pacientes e previstos na linha de cuidado da respectiva especialidade, bem como seu respectivo agendamento.

Nenhum procedimento que consta na linha de cuidado do item **10. META DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL** deverá constar/permanecer no sistema com status de "pendente/ aguardando", devendo ser realizado, no prazo máximo, de 45 dias após a 1ª consulta/retorno.

O prazo máximo entre a 1ª consulta e 1º retorno é de até 60 (sessenta) dias, assim como o prazo entre o 1º e 2º retorno, caso necessário.

Os laudos com os resultados dos exames deverão ser disponibilizados eletronicamente para a Secretaria de Saúde, devidamente associados às solicitações de exames geradas no SAMS, no formato/layout definido pelo Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação, para visualização em toda rede de saúde, via SAMS ou qualquer outro sistema a ser indicado pela Secretaria de Saúde.

O laudo do exame deverá ser redigido com clareza em papel timbrado, devidamente assinado pelo médico responsável e conter identificação do profissional solicitante, da unidade de saúde solicitante e do paciente.

Para o paciente, a Contratada deverá entregar os laudos e/ou imagens dos exames mediante protocolo que deverá ser fornecido com prazo de entrega, sendo de responsabilidade do paciente a retirada do resultado nas dependências da Contratada em data pré-estabelecida pela mesma.

Os prazos para entrega dos exames deverão ser previamente acordados com a Secretaria de Saúde para posterior padronização nos protocolos. Excepcionalmente, havendo urgência, a Secretaria de Saúde poderá solicitar a entrega do exame em menor tempo.

Os procedimentos com finalidade diagnóstica que não estiverem previstos na Linha de Cuidado da respectiva especialidade deverão ser solicitados no SAMS, e seguirão os fluxos estabelecidos pela Secretaria de Saúde.

A Contratada deverá, semanalmente, consultar os protocolos devolvidos ao solicitante, através de relatório disponível no SAMS, para que providencie as correções necessárias e não haja prejuízo ao tratamento dos pacientes.

Caso não haja demanda interna da Contratada para atendimento integral dos quantitativos dos exames previstos no item 10 - Meta da Unidade de Especialidades Sul, estes poderão ser ofertados à rede de saúde mediante tratativa prévia com a Contratante.

A Contratada poderá utilizar até 10% das consultas médicas especializadas e procedimentos com finalidade diagnóstica, previstos na linha de cuidado, para atendimento de demanda hospitalar de pacientes internados na Clínica Médica do Hospital de Clínicas Sul, devendo formatar a vaga especificamente como Reserva Hospitalar e realizar o devido agendamento e apontamento.

As prescrições de medicamentos deverão seguir a padronização estabelecida pela Secretaria de Saúde, incluindo os de alto custo do Estado com preenchimento do Laudo de Solicitação de Medicamentos Especializados LME.

As altas deverão ser registradas no SAMS com o preenchimento obrigatório da contra referência e plano terapêutico, para orientação do médico clínico e manutenção da assistência do paciente na atenção primária.

É obrigatório o preenchimento de todos os formulários de forma legível, tanto para a dispensação de medicamentos de alto custo, encaminhamentos ou outros, bem como aquelas que fazem parte da rotina do próprio atendimento médico.

Será ainda de obrigação da Contratada manter equipe de enfermagem compatível com o número de atendimentos previstos no item **10. META DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL**, para fins de pré-consultas ou atendimentos de enfermagem que se fizerem necessários para eventual estabilização do paciente.

As consultas clínicas de profissionais de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada somente poderão ser realizadas por enfermeiros, com o respectivo apontamento no SAMS.

A Contratada deverá garantir que o tempo de consulta e exame seja compatível com as normas dos Conselhos de Medicina, de Enfermagem e demais conselhos pertinentes, visando à garantia do bom atendimento ao paciente, devendo obedecer e atender aos protocolos da Secretaria de Saúde.
A Secretaria de Saúde poderá intervir a qualquer momento, caso entenda ser necessário o aumento do tempo de agenda para realização de consultas, exames e retornos.

A Contratada deverá garantir que a equipe atenda todas as convocações da Secretaria de Saúde para capacitações e atualização dos protocolos, sempre que necessário.

6. DOS PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA SOLICITADOS PELA REDE

A Contratada deverá formatar e gerar a agenda dos procedimentos com finalidade diagnóstica disponibilizando-a integralmente no sistema até o dia 15 do mês anterior, impreterivelmente.

Os procedimentos não previstos na linha de cuidado serão agendados pela Central de Agendamentos.

A Contratada deverá ofertar 100% dos procedimentos com finalidade diagnóstica previstos no item **10. META DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL** para atendimento das solicitações da rede de saúde, não devendo subtrair destes os exames previstos na Linha de Cuidado.

Os laudos com os resultados dos exames deverão ser disponibilizados eletronicamente para a Secretaria de Saúde, devidamente associados às solicitações de exames geradas no SAMS, no formato/layout definido pelo Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação, para visualização em toda rede de saúde via SAMS ou qualquer outro sistema a ser indicado pela Secretaria de Saúde.

O laudo do exame deverá ser redigido com clareza em papel timbrado, devidamente assinado pelo médico responsável e conter identificação do profissional solicitante, da unidade de saúde solicitante e do paciente.

Para o paciente, a Contratada deverá entregar os laudos e/ou imagens dos exames mediante protocolo que deverá ser fornecido com prazo de entrega, sendo de responsabilidade do paciente a retirada do resultado nas dependências da Contratada em data pré-estabelecida pela mesma.

Os prazos para entrega dos exames deverão ser previamente acordados com a Secretaria de Saúde para posterior padronização nos protocolos. Excepcionalmente, havendo urgência, a Secretaria de Saúde poderá solicitar a entrega do exame em menor tempo.

7. DA PEQUENA CIRURGIA GERAL

A Contratada deverá formatar e gerar a agenda dos procedimentos disponibilizando-a integralmente no sistema até o dia 15 do mês anterior, impreterivelmente.

Os procedimentos serão agendados pela Central de Agendamentos da Secretaria de Saúde, assim como os retornos. A critério da Contratante, o agendamento dos retornos poderá ser realizado pela Contratada.

A Contratada deverá ofertar 100% do quantitativo previsto no item **10. META DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL** para atendimento das solicitações da rede de saúde.

8. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

8.1. Responsabilizar-se por todas as despesas oriundas de gastos com recursos humanos, materiais, equipamentos médicos e de informática, com os respectivos insumos, manutenção, assim como investimentos estruturais e demais equipamentos necessários à realização do objeto ora contratado e toda gestão da unidade.

8.2. Em caso de obrigatoriedade de uso de máscaras nas dependências das unidades de saúde, deverá ainda responsabilizar-se pelo fornecimento ao paciente que comparecer aos atendimentos sem máscara.

8.3. Responsabilizar-se integralmente pela instalação, manutenção, reposição e a guarda dos equipamentos. Uma vez que estes permaneçam nas dependências da Administração é facultativo a Contratada providenciar, para os equipamentos, seguro contra danos, roubo ou furto, ficando a Secretaria de Saúde isenta de qualquer responsabilidade pelos mesmos.

8.4. Pagar despesas que, direta ou indiretamente, decorram do uso do bem cedido.

8.5. Manter atualizadas todas as licenças, certificado de responsabilidade técnica e alvarás junto aos órgãos competentes.

8.6. Administrar, manter e providenciar a manutenção dos bens imóveis e móveis, assim como instrumentos e equipamentos médicos, de enfermagem e de informática, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto neste respectivo termo do contrato até sua restituição a esta Secretaria.

8.7. Em relação aos bens imóveis conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-los ao final do contrato de gestão em perfeito estado de conservação, sob pena de, a critério da Contratante, pagar os prejuízos ou consertar os danos.

8.8. Providenciar seguro contra incêndio, responsabilidade civil e patrimonial dos bens móveis e imóveis cedidos pela Secretaria, após a assinatura do contrato.

8.9. Dar conhecimento imediato, à Gestão de Contratos e ao Departamento de Atenção Secundária à Saúde, de vícios ocultos, problemas na estrutura ou funcionamento dos bens móveis e imóveis, sob pena de responsabilização pelo dano e obrigatoriedade de reparação.

8.10. Realizar cronograma de dedetização e desratização do prédio de acordo com as normas vigentes.

8.11. Responsabilizar-se pela iluminação da área externa do prédio.

8.12. Arcar com as despesas concernentes ao uso e conservação da unidade, assim como à manutenção predial, elétrica e hidráulica preventiva e corretiva.

8.13. Responder por eventuais ações judiciais provenientes da utilização do imóvel cedido que, por ventura vier a sofrer durante a vigência deste contrato de gestão.

8.14. Manter vigilância desarmada durante 24 horas.

8.15. Responsabilizar-se pela coleta de resíduos.

8.16. Realizar a manutenção preventiva, mantendo em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela Secretaria de Saúde e caso necessário substitui-los por outros.

8.17. Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos da Secretaria de Saúde ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

8.18. Manter, permanentemente, o contingente laborativo na quantidade necessária, promovendo, para tanto, as substituições de profissionais que se fizerem necessários ao atendimento.

8.19. Fornecer, a seus funcionários, uniformes, crachás de identificação, nos quais constem: o nome da empresa e do profissional, o número da matrícula, o registro geral e fotografia, a serem fixados no uniforme durante o horário de trabalho quando da prestação de serviços à Secretaria de Saúde.

8.20. Orientar seus profissionais sobre a não utilização das instalações da Secretaria de Saúde por terceiros estranhos ao contrato.

8.21. Fornecer todos e quaisquer recursos necessários para a perfeita execução dos serviços, sem qualquer ônus adicional à Contratante e ao paciente.

8.22. Identificar todos os equipamentos de sua propriedade, de forma a não serem confundidos com os equipamentos similares de propriedade da Contratante.

8.23. Substituir profissional contratado cuja conduta seja considerada inadequada.

8.24. Comunicar à Secretaria de Saúde, por escrito, toda e qualquer ocorrência de acidentes e ou intercorrências que afetem ou impeçam a execução do contrato.

8.25. Designar RSO – Responsável pelo Serviço no Órgão para atender e responder, com presteza, dentro do prazo estipulado, as solicitações/reclamações no Sistema 156 ou da Ouvidoria da Saúde, de acordo com os prazos determinados pela Secretaria de Saúde.

8.26. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados.

8.27. Manter atualizado o cadastro de seus profissionais no CNES/Datasus.

8.28. Informar à Secretaria de Saúde as eventuais alterações na capacidade instalada do serviço, bem como a alteração do corpo clínico e responsável técnico.

9. DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA

9.1. Atestado de capacidade técnica;

9.2. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no município de São José dos Campos, devidamente atualizado;

9.3. Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina (CRM);

9.4. Registro do responsável técnico da empresa no CRM.

10. META DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES SUL

ITEM	CÓDIGO SUS	ESPECIALIDADE	QTD MENSAL
1	301010072	GASTROENTEROLOGIA (1ª consulta)	200
		GASTROENTEROLOGIA (retorno)	300
	205020046	USG ABDÔMEN TOTAL	72
2	301010072	OTORRINOLARINGOLOGIA (1ª consulta)	400
		OTORRINOLARINGOLOGIA (retorno)	600
	211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA/OSSEA)	243
	211070211	AUDIOMETRIA VOCAL/LOGOAUDIOMETRIA (LDV - IRF - LRF)	243
	211070203	IMITANCIOMETRIA (TIMPANOMETRIA, COMPLACÊNCIA ESTÁTICA E REFLEXO ESTAPEDIANO)	244
	209040025	NASOFIBROSCOPIA	112
	209040041	VIDEOLARINGOSCOPIA	58
3	301010072	UROLOGIA (1ª consulta)	400
		UROLOGIA (retorno)	600
	205020100	USG DE PROSTATA VIA ABDOMINAL	156
	205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	53
	201010410 205020119 417010060	BIOPSIA DE PROSTATA via transretal (12 fragmentos) (guiada por ultrassonografia de próstata via transretal) com sedação	40
	211090018	URODINÂMICA PARA MULHER	18
		URODINÂMICA PARA HOMEM	11
	205010040	USG COM DOPPLER BOLSA ESCROTAL	10

ITEM	CÓDIGO SUS	ESPECIALIDADE	QTD MENSAL
4	301010072	CARDIOLOGIA (1ª consulta)	300
		CARDIOLOGIA (retorno)	450
	205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	249
	211020060	TESTE DE ESFORÇO/ TESTE ERGOMÉTRICO	192
	211020052	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A.)	241
	211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HS	242
5	301010072	ORTOPEDIA (1ª consulta)	800
		ORTOPEDIA (retorno)	1200
	205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	400
	211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA 2 MEMBROS	124
	211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA 4 MEMBROS	8
	*205010040	USG COM DOPPLER COLORIDO VENOSO DE 2 MEMBROS	21
		USG COM DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE 2 MEMBROS	8
6	301010072	REUMATOLOGIA (1ª consulta)	400
		REUMATOLOGIA (retorno)	600
	205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	472
7	301010072	PEQUENA CIRURGIA – GERAL	200
		PEQUENA CIRURGIA - GERAL (retorno)	200
GRUPO DE EXAMES – REDE			
	211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA (POR MEMBROS)	100
	211090018	URODINAMICA PARA MULHER	30
		URODINAMICA PARA HOMEM	10
	0205	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	280
		ULTRASSONOGRAFIA SEM DOPPLER	3850

Tabela: Meta Mensal – Unidade de Especialidades SUL

11. INDICADORES DE DESEMPENHO

A avaliação dos indicadores de desempenho ocorrerá no mês subsequente ao quadrimestre–avaliado, e assim sucessivamente. E seus efeitos financeiros incidirão no quadrimestre seguinte, conforme tabela a seguir:

Indicador	Meta	% Total finaceiro relativo as metas físicas	Fonte de informação	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida
Percentual de consultas de 1ª vez ofertadas	Disponibilizar agenda de 100% de consultas em cada especialidade, conforme quantitativos previstos.	100% da meta - 10 pontos 80 a 99% da meta - 08 pontos 60 a 79% da meta - 06 pontos menor de 60% - não pontua	Depto de Regulação e Controle/SAMS	10	
Percentual de procedimentos diagnósticos ofertados	Disponibilizar agenda de 100% dos procedimentos diagnósticos solicitados pela rede, conforme quantitativos previstos.	100% da meta - 10 pontos 80 a 99% da meta - 08 pontos 60 a 79% da meta - 06 pontos menor de 60% - não pontua	Depto de Regulação e Controle/SAMS	10	
Percentual de procedimentos de pequena cirurgia geral ofertados	Disponibilizar agenda de 100% dos procedimentos de pequena cirurgia geral, conforme quantitativos previstos.	100% da meta - 10 pontos 80 a 99% da meta - 08 pontos 60 a 79% da meta - 06 pontos menor de 60% - não pontua	Depto de Regulação e Controle/SAMS	10	
Percentual de apontamento no SAMS do status de atendimento (presença, falta, transferência, não realizado etc..)	Realizar apontamento em 100% dos atendimentos no mês em que foram realizados (respeitando o prazo de até 72h após o atendimento)	100% da meta - 10 pontos 95 a 99% da meta - 08 pontos 90% a 94% da meta - 6 pontos menor de 90% - não pontua	Depto de Regulação e Controle/SAMS	10	
Reclamações registradas na Ouvidoria e no 156	Responder todas as reclamações dos usuários no prazo determinado pelo sistema 156 e ouvidoria.	de 90% a 100% da meta - 5 pontos 80 a 89% da meta - 03 pontos 60 a 79% da meta - 01 pontos menor de 60% - não pontua	Relatórios mensais da Ouvidoria e do 156	5	
Pesquisa de satisfação do usuário	Aplicar e apresentar, mensalmente, pesquisa de avaliação do nível de satisfação de no mínimo 2% dos usuários SUS (entregar até o dia 05 do mês subsequente ao DRC)	80 a 100% satisfação (ótima/boa) - 5 pontos 70 a 79% satisfação (ótima/boa) - 3 pontos Menor 70% satisfação (ótima/boa) - não pontua	Relatório do prestador	5	
		TOTAL		50	

PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL	
TOTAL	**50**

TABELA PONTUAÇÃO DE DESEMPENHO	
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS	PERCENTUAL DE DESCONTO
de 45 a 50 pontos	0%
de 35 a 44 pontos	10%
de 26 a 34 pontos	20%
de 0 a 25 pontos	30%

Tabela: Indicadores de Desempenho Quadrimestral– Unidade de Especialidades SUL

A soma dos pontos obtidos na avaliação quadrimestral corresponderá a um percentual que será aplicado como desconto financeiro a ser realizado nos quatro meses do quadrimestre seguinte.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Contratada deverá prestar o serviço de acordo com exposto neste Termo de Referência, mantendo os recursos humanos compatíveis com o atendimento ambulatorial, segundo o grau de complexidade da patologia do usuário.

A Contratada deverá seguir os protocolos estabelecidos pela Secretaria de Saúde bem como todos os fluxos e rotinas já existentes, ou aqueles que, por ventura, venham ser criados para padronização e otimização dos serviços.

Não poderá ser exigido qualquer tipo de cobrança ou contribuição financeira do paciente ou familiar.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO DE COMPRAS E LICITAÇÕES DA SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Prefeitura Municipal de São José dos Campos, de acordo com o requerido pela empresa: **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, estabelecida na cidade de Juiz de Fora – MG, sito à Rua Dr. Dirceu De Andrade, 33 – São Mateus, inscrita no CNPJ 21.583.042/0001-72, conforme Processo Interno nº 104744/2024, atesta, para fins de apresentação em Órgãos Públicos e em Concorrências Públicas, que a requerente está prestando para esta municipalidade os serviços abaixo descritos, conforme Autorização de Fornecimento (AF), dentro das especificações. Atesta ainda que os serviços estão sendo efetuados com eficácia, comprovando sua capacidade técnica, não havendo até a presente data qualquer fato que desabone sua conduta como prestadora.

Nº AF	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
15127/2023	CONTRATACAO DE ORGANIZACAO SOCIAL PARA A PRESTACAO DE SERVICOS TECNICOS ESPECIALIZADOS DE OPERACIONALIZACAO, GERENCIAMENTO E EXECUCAO DAS ACOES E SERVICOS DE SAUDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. ATENDIMENTO À POPULAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS SUL DR.IVAN DA SILVA TEIXEIRA E UBS PARQUE INDUSTRIAL, ATRAVÉS DO CHAMAMENTO PÚBLICO 001/SS/2023, PI 103115/23 PELO PRAZO DE 60 MESES - MICRORREGIÃO SUL - UES III.	SV	1

São José dos Campos, 10 de setembro de 2024.

RICARDO SIMÃO
Divisão de Compras e Licitações da Saúde

EXPERIÊNCIA 03

Saúde indígena

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Rio Tapajós

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA Nº 1/2024

Processo nº 25054.000456/2023-70

Interessado: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

O **Distrito Sanitário Especial Indígena - Rio Tapajós**, por intermédio do **Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, CNPJ 00.530.493/0001-71**, **ATESTA** que o **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, bairro São Mateus, Juiz de Fora/MG *CEP: 36.025-330*, **CNPJ 21.583.042/0001-72**, possui capacidade gerencial, operacional e técnica para a prestação de serviços complementares na área de atenção à saúde, tendo firmado o **convênio 878448** para realização de ações de saúde com assistência específica e diferenciada, a partir das percepções e práticas tradicionais de saúde dos povos indígenas no âmbito do Distrito Sanitário Especial Saúde Indígena Rio Tapajós.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós – DSEI/RT, no âmbito de suas atribuições, presta assistência à saúde de 14.802 (quatorze mil e oitocentos e dois reais) indígenas, de 09 (nove) grupos étnicos diferentes, sendo eles: **Munduruku, Kayapó, Munduruku Cara Preta e Apiaká, além de diminutos grupos das etnias Maytapú, Kayabi, Cumaruara, Tembé e Wai Wai**, distribuídos em 167 aldeias que ocupam uma área com extensão territorial de 231.906,74 km², abrangendo os municípios de Itaituba, Jacareacanga, Trairão, Altamira, Novo Progresso, Aveiro e Santarém.

Por ser um território muito amplo, com muitas áreas de difícil acesso, a organização assistencial do DSEI foi dividida geograficamente, considerando os meios de acesso, as etnias e cultura dos povos tradicionais, em 11 (onze) Polos Base: **Caroçal Rio das Tropas, Itaituba, Jacareacanga, Katõ, Missão Cururu, Novo Progresso, Restinga, Sai Cinza, Santa Maria, Teles Pires e Waro Apompõ.**

Para realizar os atendimentos de saúde o DSEI conta com 32 estabelecimentos de saúde, sendo 28 (vinte e oito) UBSIs localizadas nas sedes dos Polos base e estrategicamente nas aldeias de referência que realizaram atendimento primário, e 04 (quatro) Casas de Saúde Indígena – CASAIs localizadas nos municípios de Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso e Santarém, que acolhem os pacientes referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção de média e alta complexidade.

O **HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS** realiza em caráter complementar, ações de vigilância e assistência à saúde aos povos indígenas, que é composta por um conjunto de ações para a implementação da Atenção Primária à Saúde nos territórios indígenas. Estas ações visam promover a proteção, a promoção e a recuperação da saúde desses povos de maneira participativa e diferenciada, respeitando-se as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos indígenas, articulando saberes no âmbito da atenção e atuando especialmente nos determinantes de saúde relacionados às questões ambientais e socioculturais.

A atenção à saúde também engloba ações de articulação com os serviços de média e alta complexidade de modo a atender integralmente as necessidades de saúde dos povos indígenas, assim como o apoio para o acesso desses povos à referida rede de serviços e as ações:

a) Atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno;

b) Atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes da infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil;

c) Atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida 2 para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais;

d) Atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal;

e) Vigilância à saúde indígena;

f) Apoio ao funcionamento das Casas de Saúde Indígena (CASAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do SasiSUS para atendimento no âmbito do SUS junto aos Estados e Municípios;

g) Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS;

h) Apoio as ações de saneamento e educação ambiental, visando garantir as condições sanitárias adequadas para prevenção de doenças evitáveis e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, por meio da implementação de infraestrutura e acompanhamento dos programas de monitoramento da qualidade da água e da Política de resíduos sólidos nas aldeias;

i) Ações de apoio a estruturação da rede de equipamentos de saúde do SasiSUS e a melhoria do acesso as ações de saúde;

j) Apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena;

k) Promover o processo à educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS;

l) Apoio ao desenvolvimento e valorização das práticas e saberes tradicionais relacionados à saúde e sustentabilidade dos povos indígenas;

m) Ações de apoio ao planejamento e gestão dos serviços e insumos necessários para a qualificação da assistência básica prestada no âmbito SasiSUS.

Ante o exposto, por ser verdade, **atestamos** que a referida instituição cumpre com o convênio 878448 desde sua assinatura ocorrida em **17/09/2018 até a presente data**, com qualidade e de forma eficiente, não havendo fatos que desabonem sua conduta.

Atenciosamente,

(Assinatura Eletrônica)
HAROLDO SAW MUNDURUKU
Coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena - Rio Tapajós
Portaria nº 1.101, de 28/06/2023, DOU Nº 123, de 30/06/2023

Documento assinado eletronicamente por **Haroldo Saw Munduruku**, **Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena**, em 10/01/2024, às 16:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0038329968** e o código CRC **B8CE448B**.

Referência: Processo nº 25054.000456/2023-70 SEI nº 0038329968

Distrito Sanitário Especial Indígena - Rio Tapajós - DSEI/RT
Avenida Santa Catarina, nº 96 - Bairro Bela Vista, Itaituba/PA, CEP 68180-210
Site - www.saude.gov.br

CONVÊNIO N. 878448 QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS/MG, VISANDO FORTALECER O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

A **UNIÃO**, por intermédio do **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, inscrito no CNPJ sob o n. 00.530.493/0001-71, doravante denominado simplesmente **CONCEDENTE**, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, em Brasília/DF, neste ato representado pelo(a) MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, GILBERTO MAGALHAES OCCHI, nomeado pelo Decreto de 02 de abril de 2018, publicado no DOU nº 62-A, de 02 de abril de 2018 - Edição Extra, portador(a) do RG n. 34349553, expedido pela SSP/SE, e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 518.478.847-68 e a(o) o(a) HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS/MG, inscrito(a) no CNPJ/MF sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado(a) simplesmente CONVENENTE, situado no(a) RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 SAO MATEUS, neste ato representado por seu(ua) DIRETOR PRESIDENTE, RICARDO CAMPELO DA CONCEICAO, portador(a) do RG nº. MG-1.154.360, expedido pelo(a) Policia C, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 209.543.796-91, resolvem celebrar o presente Convênio, registrado no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse - SICONV, sob o n. 878448/2018, regendo-se pelo disposto na Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, na Lei no nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, na Lei de Diretrizes Orçamentárias do corrente exercício (Lei n. 13.473, de 8 de agosto de 2017), no Decreto Federal no nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, no Decreto Federal nº 6.170, de 25 de julho de 2007, regulamentado pela Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações posteriores, consoante o processo administrativo nº 25000.160411/2018-11, e mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto "PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE, VISANDO O ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTABELECIDOS PELA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI EM CONSONÂNCIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - PNASPI E AS ESPECIFICIDADES SÓCIO-CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS, NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - SASISUS (CHAMADA PÚBLICA 11/2018)", visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme detalhado no Plano de Trabalho, que passa a integrar o presente instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VINCULAÇÃO DAS PEÇAS DOCUMENTAIS

Integram este instrumento, independentemente de transcrição, o Plano de Trabalho e o Termo de Referência/Projeto Básico, quando aplicável, propostos pelo **CONVENENTE** e aprovados pelo **CONCEDENTE**, bem como toda documentação técnica que deles resultem, cujos termos os partícipes acatam integralmente.

Subcláusula Única. Eventuais ajustes realizados durante a execução do objeto integrarão o Plano de Trabalho, desde que não haja alteração do objeto e sejam submetidos e aprovados previamente pela autoridade competente do **CONCEDENTE**.

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

CLÁUSULA TERCEIRA - DA CONDIÇÃO SUSPENSIVA

A eficácia do presente Convênio fica condicionada à apresentação tempestiva do (s) seguinte (s) documento

(s) pelo **CONVENENTE** e à respectiva aprovação pelo setor técnico do **CONCEDENTE**:

I - Termo de Referência: documento apresentado quando o objeto do instrumento envolver aquisição de bens ou prestação de serviços, que deverá conter elementos capazes de propiciar a avaliação do custo pela Administração, diante de orçamento detalhado, considerando os preços praticados no mercado da região onde será executado o objeto, a definição dos métodos e o prazo de execução do objeto; e

II – Plano de Ação: documento de referência para a mensuração e avaliação da produtividade das equipes de atenção à saúde e do alcance dos resultados das ações complementares de saúde, tendo por base as ações de saúde e indicadores epidemiológicos programados.

Subcláusula Primeira. O **CONVENENTE** deverá apresentar os documentos referidos nos incisos I e II desta cláusula, antes da liberação da primeira parcela dos recursos, no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data da assinatura do presente Termo, prorrogável, uma única vez, por igual período, até o limite de 180 (cento e oitenta) dias, incluindo-se eventual prorrogação.

Subcláusula Segunda. O Termo de Referência será apreciado pelo **CONCEDENTE** e, se aprovado, ensejará a adequação do Plano de Trabalho, se necessário.

Subcláusula Terceira. Constatados vícios sanáveis no Termo de Referência/Projeto Básico apresentado, o **CONCEDENTE** comunicará o **CONVENENTE**, estabelecendo prazo para saneamento.

Subcláusula Quarta. Caso o Termo de Referência não seja entregue ou receba parecer contrário à sua aprovação, proceder-se-á à extinção do Convênio, nos termos dos arts. 21, § 7º, 24 § 1º, e 27, XVIII, da Portaria Interministerial nº 424/2016.

Subcláusula Quinta. O prazo fixado no instrumento para o cumprimento da condição, desde que feitas as adequações no Plano de Trabalho e apresentadas as justificativas, poderá o prazo inicialmente concedido ser prorrogado, nos termos de ato regulamentar da autoridade máxima do **CONCEDENTE**, por uma única vez, de igual período, não ultrapassando 180 (cento e oitenta) dias, incluída a prorrogação, se houver, devendo o Convênio ser extinto no caso do não cumprimento da condição.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS

Sem prejuízo do constante nas demais Cláusulas deste Convênio, são obrigações dos partícipes:

I - DO CONCEDENTE:

a) realizar no SICONV os atos e os procedimentos relativos à formalização, alteração, execução, acompanhamento, análise da prestação de contas e, se for o caso, informações acerca de Tomada de Contas Especial, sendo nele registrados os atos que, por sua natureza, não possam ser realizados;

b) transferir ao **CONVENENTE** os recursos financeiros previstos para a execução deste Convênio, de acordo com a programação orçamentária e financeira do Governo Federal e o estabelecido no cronograma de desembolso do Plano de Trabalho;

c) acompanhar, avaliar e aferir, sistematicamente, a execução física e financeira do objeto deste Convênio, bem como verificar a regular aplicação das parcelas de recursos, condicionando sua liberação ao cumprimento de metas previamente estabelecidas, na forma do art. 41, *caput*, inciso III, da Portaria Interministerial nº 424/2016, comunicando ao **CONVENENTE** quaisquer irregularidades decorrentes do uso dos recursos públicos ou outras pendências de ordem técnica ou legal, com fixação do prazo estabelecido na legislação pertinente para saneamento ou apresentação de informações e esclarecimentos;

Visto por GILBERTO MAGALHAES BECHI

d) analisar e, se for o caso, aceitar as propostas de alteração do Convênio e do seu Plano de Trabalho;

e) abrir conta-corrente vinculada ao presente Convênio em instituição financeira oficial controlada pela União, observada a opção do Convenente quanto à instituição financeira e agência, na qual deverão ser efetuados os depósitos a cargo do **CONCEDENTE**;

f) analisar a prestação de contas relativa a este Convênio, emitindo parecer conclusivo sobre sua aprovação ou não, na forma e prazo fixados no art. 10, § 8º do Decreto nº 6.170/2007, e no art. 64 da Portaria Interministerial nº 424/2016, além de avaliar os resultados alcançados, inclusive no que diz respeito à qualidade dos produtos e serviços conveniados;

g) notificar o **CONVENENTE** quando não apresentada a prestação de contas dos recursos aplicados ou constatada a má aplicação dos recursos públicos transferidos e instaurar, se for o caso, a Tomada de Contas Especial, observado o disposto no § 9º do art. 10 do Decreto nº 6.170/2007, c/c § 5 do art. 64 da Portaria Interministerial nº 424/2016;

h) prover as condições necessárias às atividades de acompanhamento e fiscalização do Convênio firmado, em conformidade com o Plano de Trabalho aprovado, com visitas ao local de execução que, caso não ocorram, deverão ser justificadas;

i) acompanhar e fiscalizar a execução do Plano de Trabalho, que é parte integrante deste Convênio, especialmente no que diz respeito ao cumprimento do objeto e, se for o caso, reorientar as ações, de modo a evitar a descontinuidade das ações pactuadas;

j) para fins de prestação de contas financeira, realizar acompanhamento sistemático da conformidade financeira, considerando o início e o fim da vigência dos instrumentos;

k) prorrogar "de ofício" a vigência do instrumento antes do seu término, quando der causa a atraso na liberação dos recursos, limitada à prorrogação ao exato período do atraso verificado;

l) para fins de prestação de contas técnica, realizar a análise dos elementos que comprovam, sob os aspectos técnicos, a execução integral do objeto e o alcance dos resultados previstos nos instrumentos;

m)divulgar atos normativos e orientar o **CONVENENTE** quanto à correta execução dos projetos e atividades;

n) aprovar os procedimentos técnicos e operacionais necessários à implantação do projeto;

o) supervisionar, acompanhar e fiscalizar a execução deste Convênio, além de avaliar os resultados alcançados, inclusive no que diz respeito à qualidade dos produtos e serviços conveniados;

p) atestar a execução do objeto conveniado, assim como verificar a regular aplicação dos recursos, condicionando a respectiva liberação ao cumprimento das metas previamente estabelecidas; e

q) analisar os Relatórios de Execução Físico-Financeira e a prestação de contas relativa a este Convênio, emitindo parecer conclusivo sobre sua aprovação ou não, na forma e prazo fixados no art. 76 da Portaria Interministerial nº 424, de 2016.

II - DO CONVENENTE:

a) executar e fiscalizar fielmente o objeto pactuado, de acordo com o Plano de Trabalho e o Termo de Referência aprovados pelo **CONCEDENTE**, adotando todas as medidas necessárias à correta execução deste Convênio, responsabilizando-se pela aplicação dos recursos transferidos pelo **CONCEDENTE**, exclusivamente na execução das ações pactuadas;

b) cadastrar e manter atualizado no SICONV as informações e os documentos exigidos pela Portaria Interministerial nº 424/2016;

c) aplicar os recursos discriminados no Plano de Trabalho exclusivamente no objeto do presente Convênio;

d) elaborar os projetos técnicos relacionados ao objeto pactuado, reunir toda

Visto por GILBERTO MAGALHÃES OCCHI

documentação jurídica e institucional necessária à celebração deste Convênio, de acordo com os normativos do programa, bem como apresentar documentos do órgão ou entidade da esfera municipal, estadual, do Distrito Federal ou federal e concessionárias de serviços públicos, conforme o caso, e nos termos da legislação aplicável;

e) assegurar, na sua integralidade, a qualidade técnica dos projetos e da execução dos produtos e serviços conveniados, em conformidade com as normas brasileiras e os normativos dos programas, ações e atividades, determinando a correção de vícios que possam comprometer a fruição do benefício pela população beneficiária, quando detectados pelo **CONCEDENTE** ou pelos órgãos de controle;

f) executar e fiscalizar os trabalhos necessários à consecução do objeto pactuado no instrumento, observando prazos e custos, designando profissional habilitado no local da intervenção com a respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica – ART;

g) submeter previamente ao **CONCEDENTE** qualquer proposta de alteração do Plano de Trabalho aceito, na forma definida neste instrumento, observadas as vedações relativas à execução das despesas;

h) manter e movimentar os recursos financeiros de que trata este Convênio em conta específica, aberta em instituição financeira oficial, federal ou estadual, inclusive os resultantes de eventual aplicação no mercado financeiro, aplicando-os, na conformidade do Plano de Trabalho e, exclusivamente, no cumprimento do seu objeto, observadas as vedações constantes neste instrumento relativas à execução das despesas; a movimentação deverá ocorrer por meio da funcionalidade do SICONV denominada Ordem Bancária de Transferências Voluntárias – OBTV;

i) arcar com o pagamento de toda e qualquer despesa excedente aos recursos financeiros fixados neste instrumento, indicados na cláusula atinente ao valor e à dotação orçamentária;

j) realizar no SICONV os atos e os procedimentos relativos à formalização, execução, acompanhamento, prestação de contas e informações acerca de Tomada de Contas Especial do Convênio, quando couber, incluindo regularmente as informações e os documentos exigidos pela Portaria Interministerial nº 424/2016, sendo nele registrados os atos que, por sua natureza, não possam ser realizados;

k) selecionar as áreas de intervenção e os beneficiários finais em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo **CONCEDENTE**, podendo estabelecer outras que busquem refletir situações de vulnerabilidade econômica e social, informando ao **CONCEDENTE** sempre que houver alterações;

l) estimular a participação dos beneficiários finais na implementação do objeto do Convênio;

m)manter os documentos relacionados ao instrumento pelo prazo de 10 (dez) anos, contados da data em que foi apresentada a prestação de contas ou do decurso do prazo para a apresentação da prestação de contas;

n) manter atualizada a escrituração contábil específica dos atos e fatos relativos à execução deste Convênio, para fins de fiscalização, acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos;

o) facilitar o monitoramento e o acompanhamento do **CONCEDENTE**, permitindo-lhe efetuar visitas ***in loco*** e fornecendo, sempre que solicitado, as informações e os documentos relacionados com a execução do objeto deste Convênio, especialmente no que se refere ao exame da documentação relativa à licitação realizada e aos contratos celebrados;

p) permitir o livre acesso de servidores do **CONCEDENTE** e dos órgãos de controle interno e externo, a qualquer tempo e lugar, aos processos, documentos e informações referentes a este Convênio, bem como aos locais de execução do respectivo objeto;

q) apresentar a prestação de contas dos recursos recebidos por meio deste Convênio, no prazo e forma estabelecidos neste instrumento;

r) apresentar todo e qualquer documento comprobatório de despesa efetuada à conta dos recursos deste Convênio, a qualquer tempo e a critério do **CONCEDENTE**,

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

sujeitando-se, no caso da não apresentação no prazo estipulado na respectiva notificação, ao mesmo tratamento dispensado às despesas comprovadas com documentos inidôneos ou impugnados, nos termos estipulados neste Termo de Convênio;

s) responsabilizar-se por todos os encargos de natureza trabalhista, fiscal, comercial e previdenciária, decorrentes de eventuais demandas judiciais relativas a recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Convênio, bem como por todos os encargos tributários ou extraordinários que incidam sobre o presente Instrumento;

t) assegurar e destacar, obrigatoriamente, a participação do **CONCEDENTE** em toda e qualquer ação, promocional ou não, relacionada com a execução do objeto descrito neste Termo de Convênio e, obedecido o modelo-padrão estabelecido pelo **CONCEDENTE**, apor a marca do Governo Federal nas placas, painéis e **outdoors** de identificação dos projetos custeados, no todo ou em parte, com os recursos deste Convênio, consoante o disposto na Instrução Normativa SECOM-PR no 7, de 19 de dezembro de 2014, da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, ou outra norma que venha a substituí-la;

u) no que couber, obriga-se a respeitar em suas áreas externas e internas a aplicação visual de marcas do SUS previstas em manual disponível em site específico na página eletrônica Ministério da Saúde, na internet, sob o título "Manuais de Aplicação de Marcas do SUS";

v) manter o **CONCEDENTE** informado sobre situações que eventualmente possam dificultar ou interromper o curso normal da execução do Convênio e prestar informações sobre as ações desenvolvidas para viabilizar o respectivo acompanhamento e fiscalização, ou na hipótese prevista no art. 7º, § 1º, da Portaria Interministerial nº 424/2016, no que for aplicável;

w) permitir ao **CONCEDENTE**, bem como aos órgãos de controle interno e externo, o acesso à movimentação financeira da conta específica vinculada ao presente Convênio;

x) dar ciência aos órgãos de controle ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, e, havendo fundada suspeita de crime ou de improbidade administrativa, cientificar o Ministério Público Federal, o respectivo Ministério Público Estadual e a Advocacia-Geral da União;

y) garantir a manutenção da capacidade técnica e operacional necessária ao bom desempenho das atividades;

z) manter um canal de comunicação efetivo, ao qual se dará ampla publicidade, para o recebimento pela União de manifestações dos cidadãos relacionadas ao Convênio, possibilitando o registro de sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias;

aa) exercer, na qualidade de contratante, a fiscalização sobre o contrato administrativo de execução ou fornecimento – CTEF; e

bb) responder pela privacidade e sigilo das informações relacionadas ao objeto deste Convênio.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

Este Termo de Convênio terá vigência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogada, mediante termo aditivo, por solicitação do **CONVENENTE** devidamente fundamentada, formulada, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do seu término.

Subcláusula Primeira. O pedido de prorrogação deverá ser acompanhado de justificativa, ao qual se fará juntada de Relatório Situacional demonstrando o atual estágio da efetiva execução do objeto da pactuação, com indicativo do percentual já alcançado, inclusive fotografias.

Subcláusula Segunda. O **CONCEDENTE** prorrogará "de ofício" a vigência deste Termo de Convênio, quando der causa ao atraso na liberação dos recursos, limitada a prorrogação ao exato período do atraso verificado.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR E DA CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Visto por: GILBERTO MAGALHAES OCCHI

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Convênio, neste ato fixados em R$ 6.729.663,00 (seis milhões, setecentos e vinte e nove mil, seiscentos e sessenta e três reais), serão alocados de acordo com o cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho, com a seguinte disposição e classificação orçamentária:

I - R$ 6.729.663,00 (seis milhões, setecentos e vinte e nove mil, seiscentos e sessenta e três reais), no corrente exercício, correndo à conta da dotação alocada no orçamento do **CONCEDENTE**, autorizado pela Lei n. 13.587/2018, UG/Gestão 257001/00001, assegurado pela Nota de Empenho n. 2018NE802248, vinculada ao Programa de Trabalho n. 10.423.2065.20YP.0001, PTRES n. 109694, à conta de recursos oriundos do Tesouro Nacional, Fonte de Recursos 6151000000, Natureza da Despesa 33.50.43.

Subcláusula Primeira. A indicação dos créditos e empenhos referentes aos recursos a serem transferidos pelo CONCEDENTE nos exercícios subsequentes, consignados nos Planos Plurianual, será realizada mediante registro contábil e poderá ser formalizada por meio de apostila.

Subcláusula Segunda. Em caso de ocorrência de cancelamento de Restos a Pagar, o quantitativo das metas constante no Plano de Trabalho poderá ser reduzido até a etapa que não prejudique a funcionalidade do objeto pactuado, mediante aceitação do **CONCEDENTE**.

Subcláusula Terceira. O **CONVENENTE** obriga-se a incluir em seu orçamento os subprojetos/subatividades contemplados pelas transferências dos recursos para a execução deste Convênio.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos financeiros relativos ao repasse do **CONCEDENTE** serão depositados na conta específica vinculada ao presente Convênio, aberta em nome do **CONVENENTE** em instituição financeira oficial federal.

Subcláusula Primeira. A conta corrente específica será nomeada fazendo-se menção ao presente Convênio e deverá ser registrada com o número de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ do órgão ou da entidade **CONVENENTE**.

Subcláusula Segunda. A liberação *da primeira parcela ou parcela única* ficará condicionada a(o):

a) aprovação do termo de referência, na forma prevista no art. 21, da Portaria Interministerial nº 424/2016, observado, no que couber, os artigos 41, 42 e 66, da PI nº 424/2016;

b) cumprimento das condições suspensivas constantes neste instrumento; e

c) realização pela **CONVENENTE** de quotação prévia de preços no mercado, observados os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade.

Subcláusula Terceira. Os recursos serão liberados de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do Governo Federal, em conformidade com o número de parcelas e prazos estabelecidos no cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho aprovado no SICONV, que guardará consonância com as metas, fases e etapas de execução do objeto do Convênio.

Subcláusula Quarta. Para o recebimento de cada parcela dos recursos, deverá o **CONVENENTE**:

I - exceto nos casos de instrumento com parcela única, o valor do desembolso a ser realizado pelo **CONCEDENTE** referente à primeira parcela não poderá exceder a 20% (vinte por cento) do valor global do instrumento;

II - a liberação das demais parcelas, está condicionada a execução de no mínimo 70% (setenta por cento) das parcelas liberadas anteriormente; e

III – registrar no SICONV os contratos celebrados pelo beneficiário na execução do objeto deste instrumento.

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

Subcláusula Quinta. A execução financeira será comprovada:

I - nos casos de realização de serviços, pela verificação da realização parcial com a medição correspondente atestada e aferida.

Subcláusula Sexta. Na hipótese de inexistência de execução financeira após 180 (cento e oitenta) dias da liberação da primeira parcela, o instrumento deverá ser rescindido.

Subcláusula Sétima. É vedada a liberação de recursos para o **CONVENENTE** que tiver instrumentos apoiados com recursos do Governo Federal sem execução financeira por prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias.

Subcláusula Oitava. A liberação das parcelas do Convênio será suspensa até a correção das impropriedades constatadas, quando:

I - não houver comprovação da boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida, constatada pelo **CONCEDENTE** ou pelo órgão competente do Sistema de Controle Interno da Administração Pública;

II - for verificado o desvio de finalidade na aplicação dos recursos, atrasos não justificados no cumprimento das etapas e fases programadas, práticas atentatórias aos princípios fundamentais de Administração Pública nas contratações e demais atos praticados na execução do Convênio;

III - for descumprida, injustificadamente pelo **CONVENENTE**, cláusula ou condição do Convênio;

IV - não for mantida a regularidade das informações registradas no SICONV; e

V - o **CONVENENTE** deixar de adotar as medidas saneadoras apontadas pelo **CONCEDENTE** ou por integrantes do respectivo sistema de controle interno.

Subcláusula Nona. Os recursos deste Convênio, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados pelo **CONVENENTE** em caderneta de poupança de instituição financeira oficial federal, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a utilização desses recursos verificar-se em prazos menores que um mês.

Subcláusula Décima. As receitas das aplicações financeiras somente poderão ser aplicadas no objeto do Convênio, no interregno de sua vigência, estando sujeitas às mesmas condições de prestação de contas, vedado o aproveitamento de rendimentos para ampliação ou acréscimo de metas ao plano de trabalho pactuado.

Subcláusula Décima Primeira. A conta referida no caput desta cláusula será preferencialmente isenta da cobrança de tarifas bancárias.

Subcláusula Décima Segunda. O **CONVENENTE** autoriza desde já o **CONCEDENTE** para que solicite junto à instituição financeira albergante da conta corrente específica:

I - a transferência dos recursos financeiros por ele repassados, bem como os seus rendimentos, para a conta única da União, caso os recursos não sejam utilizados no objeto da transferência pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias; e

II - o resgate dos saldos remanescentes, nos casos em que não houver a devolução dos recursos, no prazo previsto no art. 60 da Portaria Interministerial nº 424/2016.

Subcláusula Décima Terceira. O **CONCEDENTE** deverá solicitar, no caso da Subcláusula Décima Segunda, junto à instituição financeira albergante da conta corrente específica, a transferência dos recursos financeiros por ele repassados, bem como os seus rendimentos, para a conta única da União.

Subcláusula Décima Quarta. É vedada a liberação de recursos pelo **CONCEDENTE** nos três meses que antecedem o pleito eleitoral, nos termos da alínea "a" do inciso VI do art. 73 da Lei nº 9.504/1997, ressalvadas as exceções previstas em lei.

Subcláusula Décima Quinta. O sigilo bancário dos recursos públicos envolvidos neste Convênio não será oponível ao **CONCEDENTE** e aos órgãos de controle.

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

Subcláusula Décima Sexta. É vedada a liberação de duas parcelas consecutivas sem que o acompanhamento tenha sido realizado por meio de visitas in loco, previstas no art. 54, §2º, da Portaria Interministerial nº 424/2016, salvo nos instrumentos enquadrados no regime simplificado.

CLÁUSULA OITAVA - DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS

O presente Convênio deverá ser executado fielmente pelos partícipes, de acordo com as cláusulas pactuadas e as normas de regência, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

Subcláusula Primeira. Os recursos deverão ser mantidos na conta bancária específica do Convênio e somente poderão ser utilizados para pagamento de despesas constantes do Plano de Trabalho ou para aplicação no mercado financeiro, por meio de Ordem Bancária de Transferência Voluntária (OBTV) e nas hipóteses previstas na Portaria Interministerial nº 424/2016 e neste instrumento.

Subcláusula Segunda. Quando a despesa for paga com recursos do instrumento e de outras fontes, o **CONVENENTE** deverá inserir no SICONV a memória de cálculo do rateio da despesa, sendo vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

Subcláusula Terceira É permitida a remuneração da equipe dimensionada no plano de trabalho, inclusive de pessoal próprio da entidade, podendo contemplar despesas com pagamentos de tributos, FGTS, férias e décimo terceiro salário proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais, desde que tais valores:

I - correspondam às atividades previstas e aprovadas no plano de trabalho;

II - correspondam à qualificação técnica para a execução da função a ser desempenhada;

III - sejam compatíveis com o valor de mercado da região onde atua a entidade privada sem fins lucrativos;

IV - observem, em seu valor bruto e individual, 70% (setenta) por cento do limite estabelecido para a remuneração de servidores do poder executivo federal; e

V - sejam proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado ao instrumento ou contrato de repasse.

Subcláusula Quarta. A seleção e contratação de equipe envolvida na execução do presente instrumento observará a realização de processo seletivo prévio, observadas a publicidade e a impessoalidade, ressaltando- se que o **CONCEDENTE**, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, fixará diretrizes e critérios para a realização do citado processo seletivo, visando a contratação de equipe com perfil profissional para atuação na execução do objeto do convênio.

I - A despesa com a equipe observará os limites percentuais máximos a serem estabelecidos pelo **CONCEDENTE**; e

II – A **CONVENENTE** deverá dar ampla transparência aos valores pagos, de maneira individualizada, a título de remuneração de sua equipe de trabalho vinculada à execução do objeto do instrumento.

Subcláusula Quinta. Não poderão ser contratadas com recursos do presente instrumento as pessoas naturais que tenham sido condenadas por crime:

I - contra a Administração Pública ou o patrimônio público;

II - eleitorais, para os quais a lei comine pena privativa de liberdade; ou

III- de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

Subcláusula Sexta. A inadimplência da **CONVENENTE** em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do instrumento.

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

Subcláusula Sétima. Quando a despesa com a remuneração da equipe for paga proporcionalmente com recursos do presente instrumento, a **CONVENENTE** deverá inserir no SICONV a memória de cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

Subcláusula Oitava. Para despesas relativas à realização de eventos de capacitação e controle social, a **CONVENENTE** deverá inserir no SICONV a lista de presença dos participantes, com as respectivas assinaturas, contendo nome, CPF, data e local de realização do evento, check in e check out, caso haja hospedagem incluída, e, relatório fotográfico do evento.

Subcláusula Nona. É vedado ao **CONVENENTE**, sob pena de rescisão do ajuste:

I - utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos em finalidade diversa da estabelecida no Plano de Trabalho;

II - realizar despesa em data anterior à vigência do Convênio;

III - efetuar pagamento em data posterior à vigência deste Convênio, salvo se o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante sua vigência;

IV - pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público, integrante de quadro de pessoal de órgão ou entidade publica da administração direta ou indireta, por serviços de consultoria ou assistência técnica, salvo nas hipóteses previstas em leis específicas e na Lei de Diretrizes Orçamentárias;

V - realizar despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos, exceto no que se refere às multas, se decorrentes de atraso na transferência de recursos pelo **CONCEDENTE**, e desde que os prazos para pagamento e os percentuais sejam os mesmos aplicados no mercado;

VI - realizar despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;

VII - realizar despesas com publicidade, salvo as de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos e desde que previstas no Plano de Trabalho;

VIII - transferir recursos para clubes, associações de servidores ou quaisquer entidades congêneres, exceto para creches e escolas para o atendimento pré-escolar;

IX - transferir recursos liberados pelo **CONCEDENTE**, no todo ou em parte, a quaisquer órgãos ou entidades que não figurem como partícipes do presente Termo, ou à conta que não a vinculada ao presente instrumento;

X - celebrar contrato ou Convênio com entidades impedidas de receber recursos federais, e

XI - pagar, a qualquer título, a empresas privadas que tenham em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista, do órgão celebrante, por serviços prestados, inclusive consultoria, assistência técnica ou assemelhados.

Subcláusula Décima. Os recursos transferidos pelo **CONCEDENTE** serão movimentados exclusivamente na conta bancária específica do Convênio em instituição financeira oficial federal, por meio de OBTV e, enquanto não utilizados, serão aplicados em caderneta de poupança ou em fundo de aplicação financeira, a saber:

I - caso a previsão de utilização for inferior ou igual a 30 (trinta) dias, os recursos deverão ser aplicados em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou em operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública federal, quando a utilização se verificar em prazos menores; e

II – se houver previsão de utilização dos recursos somente após 30 (trinta) dias os mesmos deverão ser aplicados em conta poupança.

Subcláusula Décima Primeira. Os atos referentes à movimentação dos recursos

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

depositados na conta específica deste instrumento serão realizados ou registrados no SICONV e os respectivos pagamentos serão efetuados pelo **CONVENENTE** mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviço, facultada a dispensa deste procedimento nos seguintes casos, em que o crédito poderá ser realizado em conta corrente de titularidade do próprio **CONVENENTE**, devendo ser registrado no SICONV o beneficiário final da despesa:

I – por ato da autoridade máxima do **CONCEDENTE**;

II – na execução do objeto pelo **CONVENENTE** por regime direto; e

III – no ressarcimento ao **CONVENENTE** por pagamentos realizados às próprias custas decorrentes de atrasos na liberação de recursos pelo **CONCEDENTE**.

Subcláusula Décima Segunda. Antes da realização de cada pagamento, o **CONVENENTE** incluirá no SICONV, no mínimo, as seguintes informações:

I - a destinação do recurso;

II - o nome e CNPJ ou CPF do fornecedor, quando for o caso;

III - o contrato a que se refere o pagamento realizado;

IV - informações das notas fiscais ou documentos contábeis; e

V - a meta, etapa ou fase do Plano de Trabalho relativa ao pagamento.

Subcláusula Décima Terceira. Excepcionalmente, mediante mecanismo que permita a identificação pela instituição financeira depositária, poderá ser realizado no decorrer da vigência do instrumento, um único pagamento por pessoa física que não possua conta bancária, até o limite de R$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais).

Subcláusula Décima Quarta. Faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas deverão ser emitidos em nome do **CONVENENTE**, devidamente identificados com o número deste Convênio e mantidos os seus originais em arquivo, em boa ordem, no próprio local em que foram contabilizados, à disposição do **CONCEDENTE** e dos órgãos de controle interno e externo, pelo prazo de 10 (dez) anos, contados da data em que foi apresentada a prestação de contas ou do decurso do prazo para a apresentação da prestação de contas.

Subcláusula Décima Quinta. As despesas efetuadas com diárias deverão ser executadas em estrita observância ao plano de trabalho aprovado e a comprovação da regular aplicação desse recurso deverá ser feita mediante relatório de viagem que deverá ser anexado ao SICONV, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados do retorno da viagem:

I - O relatório de viagem deverá conter, no mínimo, a data de saída, a data da chegada à sede originária de serviço e o relato dos acontecimentos.

Subcláusula Décima Sexta. Na ocorrência de cancelamento da inscrição de restos a pagar, proceder-se-á na forma prevista no inciso XXII, do art. 27, da Portaria Interministerial nº 424/2016, no qual o quantitativo possa ser reduzido até a etapa que não prejudique a funcionalidade do objeto pactuado.

CLÁUSULA NONA – DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

Quando autorizado pelo **CONCEDENTE** a realização de despesas administrativas, podem ser realizadas com recursos transferidos no presente instrumento, nos termos do art. 11-A do Decreto nº 6.170/2007, desde que:

I - estejam previstas e descriminadas no plano de trabalho;

II - não ultrapassem 15% (quinze) por cento do valor do objeto; e

III - sejam necessárias e proporcionais ao cumprimento do objeto do instrumento.

Subcláusula Primeira. Consideram-se despesas administrativas as despesas com internet, transporte, aluguel, telefone, luz, água e outras similares.

Subcláusula Segunda. Quando a despesa administrativa for paga com recursos

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

do Convênio e de outras fontes, o **CONVENENTE** deverá apresentar a memória de cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

Subcláusula Terceira. Nas despesas administrativas relacionadas a transporte, é vedado o pagamento de diárias e passagens a agente público da ativa.

CLAUSULA DÉCIMA - DA CONTRATAÇÃO COM TERCEIROS

O **CONVENENTE** deverá executar diretamente a integralidade do objeto, permitindo-se a contratação de serviços de terceiros quando houver previsão no Plano de Trabalho ou em razão de fato superveniente e imprevisível, devidamente justificado, e aprovado pelo **CONCEDENTE**, nos termos do art. 47 da Portaria Interministerial nº 424/2016.

Subcláusula Primeira. Quando for necessária a aquisição de bens e contratação de serviços pelo **CONVENENTE**, este se obriga a realizar, no mínimo, cotação prévia de preços, observados os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade.

Subcláusula Segunda. A cotação prévia de preços no SICONV será desnecessária quando, em razão da natureza do objeto, não houver pluralidade de opções, devendo comprovar apenas os preços que aquele próprio fornecedor já praticou com outros demandantes, com a devida justificativa registrada no SICONV.

Subcláusula Terceira. O registro, no SICONV, dos contratos celebrados pelo beneficiário na execução do objeto é condição indispensável para sua eficácia e para a liberação das parcelas subsequentes do Convênio.

Subcláusula Quarta. Nos casos em que o SICONV não permitir o acesso operacional para o procedimento de que trata o caput, deverá ser realizada cotação prévia de preços, devendo ser feito o registro posterior no Sistema.

Subcláusula Quinta. Cada processo de compras e contratações de bens, obras e serviços do **CONVENENTE** deverá ser realizado ou registrado no SICONV.

Subcláusula Sexta. Na contratação de bens, serviços com recursos do presente Convênio, o **CONVENENTE** deverá observar os critérios de sustentabilidade ambiental dispostos nos arts. 2º a 6º da Instrução Normativa SLTI/MP nº 01, de 19 de janeiro de 2010, no que couber.

Subcláusula Sétima. O **CONVENENTE** deverá apresentar declaração expressa firmada por seu representante legal, ou registro no SICONV que a substitua, atestando o atendimento às disposições legais aplicáveis à contratação de terceiros, previstas nos arts. 45 a 48 da Portaria Interministerial nº 424, de 30/12/2016.

Subcláusula Oitava. O **CONCEDENTE** deverá verificar o procedimento de contratação realizado pelo **CONVENENTE**, no que tange aos seguintes aspectos:

I - contemporaneidade das cotações de preços;

II - compatibilidade dos preços do fornecedor selecionado com os preços de mercado;

III - enquadramento do objeto conveniado com o efetivamente contratado, e

IV- fornecimento de declaração expressa firmada por representante legal do **CONVENENTE** ou registro no SICONV que a substitua, atestando o atendimento às disposições legais aplicáveis à contratação de terceiros.

Subcláusula Nona. Nas contratações de bens e serviços, a **CONVENENTE** poderá utilizar do SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS - SRP dos entes federados.

Subcláusula Décima. Nos contratos celebrados entre o **CONVENENTE** e terceiros, para a execução do objeto do presente Convênio, é vedada a previsão de serviços, compras, alienações, locações ou qualquer outro conteúdo estranho ao previsto no Plano de Trabalho e no Termo Referência/Projeto Básico, sob pena de adoção das medidas previstas neste instrumento e na legislação de regência.

Subcláusula Décima Primeira. Compete ao **CONVENENTE**:

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

I - fazer constar dos contratos celebrados com terceiros, tendo por finalidade a execução deste Convênio, cláusula que obrigue o contratado a conceder livre acesso aos documentos e registros contábeis da empresa, referentes ao objeto pactuado, para os servidores do **CONCEDENTE** e dos órgãos de controle interno e externo, a fim de que, no exercício de suas atribuições, exerçam atividades de acompanhamento e fiscalização da execução do projeto, nos termos da Portaria Interministerial nº 424/2016;

II - fazer constar dos contratos celebrados com terceiros, que a responsabilidade pela qualidade dos materiais e serviços fornecidos é da empresa ou outra entidade contratada para essa finalidade, inclusive a promoção de readequações, sempre que detectadas impropriedades que possam comprometer a consecução do objeto conveniado;

III - exercer, na qualidade de contratante, a fiscalização sobre o Contrato celebrado com terceiros; e

IV - assegurar que o atesto das faturas somente ocorra após a comprovação da efetiva prestação dos serviços, mediante identificação precisa do que foi executado, com descrição ou especificação dos produtos e sua quantidade, salvo em caso de disposição legal em contrário.

Subcláusula Décima Segunda. É vedada, na hipótese de aplicação de recursos federais transferidos mediante o presente Convênio, a participação em licitação ou a contratação de empresas que constem:

I - no cadastro de empresas inidôneas do Tribunal de Contas da União, do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União;

II - no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF como impedidas ou suspensas; ou

III - no Cadastro Nacional de Condenações Civis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, supervisionado pelo Conselho Nacional de Justiça.

Subcláusula Décima Terceira. O **CONVENENTE** deve consultar a situação do fornecedor selecionado no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, por meio de acesso ao Portal da Transparência na **internet**, antes de solicitar a prestação do serviço ou a entrega do bem.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA EQUIPE TÉCNICA

É permitida a remuneração da equipe dimensionada no plano de trabalho, inclusive de pessoal próprio do **CONVENENTE**, quando autorizado pelo **CONCEDENTE**, podendo contemplar despesas compagamentos de tributos, FGTS, férias e décimo terceiro salário proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais, desde que tais valores:

I - correspondam às atividades previstas e aprovadas no plano de trabalho;

II - correspondam à qualificação técnica para a execução da função a ser desempenhada;

III - sejam compatíveis com o valor de mercado da região onde atua a **CONVENENTE**;

IV - observem, em seu valor bruto e individual, 70% (setenta por cento) do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo federal; e

V - sejam proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado ao Convênio.

Subcláusula Primeira. A seleção e contratação, pelo **CONVENENTE**, de equipe envolvida na execução deste Convênio observará a realização de processo seletivo prévio, observadas a publicidade e a impessoalidade, ressaltando-se que o **CONCEDENTE**, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena- SESAI, ressaltando-se que o **CONCEDENTE**, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, fixará diretrizes e critérios para a realização do citado processo seletivo, visando a contratação de equipe técnica com perfil profissional para atuação na execução do objeto do convênio.

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

Subcláusula Segunda. A **CONVENENTE** deverá pactuar com a Secretaria Especial de Saúde Indígena- SESAI do Ministério da Saúde um instrumento de avaliação de desempenho, com definição de fatores de competências e as habilidades profissionais que a equipe técnica deverá possuir para desenvolver suas ações no âmbito do convênio.

Subcláusula Terceira. A despesa com a equipe observará os limites percentuais máximos estabelecidos no edital de chamamento público, se houver.

Subcláusula Quarta. O **CONVENENTE** deverá dar ampla transparência aos valores pagos, de maneira individualizada, a título de remuneração de sua equipe de trabalho vinculada à execução do objeto deste Convênio.

Subcláusula Quinta. Não poderão ser contratadas com recursos do Convênio as pessoas físicas que tenham sido condenadas por crime:

I - contra a administração pública ou o patrimônio público;

II - eleitorais, para os quais a lei comine pena privativa de liberdade; ou

III - de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

Subcláusula Sexta. A inadimplência do **CONVENENTE** em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere ao **CONCEDENTE** a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto deste Convênio.

Subcláusula Sétima. Quando a despesa com a remuneração da equipe for paga proporcionalmente com recursos deste Convênio, o **CONVENENTE** deverá inserir no SICONV, memória de cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa.

Subcláusula Oitava. É vedada a contratação, no desenvolvimento deste convênio, de pessoa que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão contratante, nos termos do artigo 7° do Decreto n° 7.203, de 2010, que dispõe sobre a vedação do nepotismo no âmbito da administração pública federal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA ALTERAÇÃO

Este instrumento poderá ser alterado por termo aditivo mediante proposta do **CONVENENTE**, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada ao **CONCEDENTE** para análise e decisão, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, vedada a alteração do objeto aprovado e a inclusão posterior de metas que não tenham relação com o objeto inicialmente pactuado.

Subcláusula Primeira. O instrumento poderá ser alterado, sem prejuízo da funcionalidade do objeto contratado, nos seguintes casos:

I - ajustes necessários para execução do objeto;

II - no caso de ampliação quantitativa da execução do objeto pactuado; e

III - para redução ou exclusão de meta.

Subcláusula Segunda: A análise da solicitação de alteração deverá ser realizada pelo **CONCEDENTE** observados os regramentos legais e a tempestividade, de forma que não haja prejuízo a execução do objeto pactuado.

Subcláusula Terceira. As demais alterações que não impliquem modificação de valor nem alteração de objeto, deverão ser registradas por apostilamento.

Subcláusula Quarta. As alterações realizadas durante a execução do objeto integrarão o plano de trabalho, desde que submetidas e aprovadas previamente pela autoridade competente.

Subcláusula Quinta. Alcançado o objeto pactuado neste instrumento, não serão permitidas a prorrogação e/ou a alteração do Plano de Trabalho, com o fim de utilizar eventuais saldos remanescentes decorrentes da execução deste instrumento e/ou de aplicações financeiras.

Subcláusula Sexta. É admitida a prorrogação "de ofício" da vigência do

Visto por GILBERTO MAIA ALVES OCCHI

instrumento, antes do seu término, quando a **CONCEDENTE** der causa ao atraso na liberação dos recursos, limitada a prorrogação ao exato período do atraso verificado.

Subcláusula Sétima. É vedada a repactuação de metas e etapas, caso o objeto do instrumento se enquadre no Nível IV do art. 3º, inciso IV da Portaria 424/2016.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO ACOMPANHAMENTO

Incumbe ao **CONCEDENTE** exercer as atribuições de monitoramento e acompanhamento da conformidade física e financeira durante a execução do Convênio, além da avaliação da execução física e dos resultados, na forma dos arts. 53 a 58 da Portaria Interministerial nº 424/2016, de forma a garantir a regularidade dos atos praticados e a plena execução do objeto.

Subcláusula Primeira. O **CONCEDENTE** deverá prover as condições necessárias à realização das atividades de acompanhamento do objeto pactuado, conforme o plano de trabalho e a metodologia estabelecida no instrumento, programando visitas ao local da execução, quando couber.

Subcláusula Segunda. No prazo máximo de 10 (dez) dias contado da assinatura do instrumento, o **CONCEDENTE** deverá designar formalmente os servidores ou empregados responsáveis pelo seu acompanhamento.

Subcláusula Terceira. A conformidade financeira deverá ser aferida durante toda a execução do objeto, devendo ser complementada pelo acompanhamento e avaliação do cumprimento da execução física do cumprimento do objeto, quando da análise da prestação de contas final.

Subcláusula Quarta. O **CONCEDENTE** designará e registrará no SICONV representante para o acompanhamento da execução deste Convênio, que anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à consecução do objeto, adotando as medidas necessárias à regularização das falhas observadas, verificando:

I - a comprovação da boa e regular aplicação dos recursos, na forma da legislação aplicável;

II - a compatibilidade entre a execução do objeto, o que foi estabelecido no Plano de Trabalho e os desembolsos e pagamentos, conforme os cronogramas apresentados;

III - a regularidade das informações registradas pelo **CONVENENTE** no SICONV; e

IV - o cumprimento das metas do Plano de Trabalho nas condições estabelecidas.

Subcláusula Quinta. No exercício das atividades de fiscalização e acompanhamento da execução do objeto, o **CONCEDENTE** poderá:

I - valer-se do apoio técnico de terceiros;

II - delegar competência ou firmar parcerias com outros órgãos ou entidades que se situem próximos ao localde aplicação dos recursos, com tal finalidade;

III - reorientar ações e decidir quanto à aceitação de justificativas sobre impropriedades identificadasna execução do instrumento;

IV - solicitar diretamente à instituição financeira comprovantes de movimentação da conta bancária específica do Convênio;

V - programar visitas ao local da execução, quando couber, observado o disposto no art. 54, *caput*, incisos IV e V, da Portaria Interministerial nº 424/2016;

VI - utilizar ferramentas tecnológicas de verificação do alcance de resultados, incluídas as redes sociais na **internet**, aplicativos e outros mecanismos de tecnologia da informação; e

VII - valer-se de outras formas de acompanhamento autorizadas pela legislação aplicável.

Subcláusula Sexta. Constatadas irregularidades decorrentes do uso dos recursos ou outras pendências de ordem técnica, apuradas durante a execução do Convênio, o **CONCEDENTE** suspenderá a liberação de parcelas de recursos pendentes e comunicará o

Visto no DIÁRIO OFICIAL DE MATO GROSSO DO SUL

CONVENENTE para sanear a situação ou prestar informações e esclarecimentos, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogável por igual período.

Subcláusula Sétima. Recebidos os esclarecimentos e informações solicitados, o **CONCEDENTE,** no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, apreciará, decidirá e comunicará quanto à aceitação, ou não, das justificativas apresentadas e, se for o caso, realizará a apuração do dano.

Subcláusula Oitava. Prestadas as justificativas, o **CONCEDENTE,** aceitando-os, fará constar nos autos do processo as justificativas prestadas e dará ciência ao Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, nos termos do art. 7º, § 2º, da Portaria Interministerial nº 424/2016.

Subcláusula Nona. Caso as justificativas não sejam acatadas, o **CONCEDENTE** abrirá prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para o **CONVENENTE** regularizar a pendência e, havendo dano ao erário, deverá adotar as medidas necessárias ao respectivo ressarcimento.

Subcláusula Décima. A utilização dos recursos em desconformidade com o pactuado no instrumento ensejará obrigação do **CONVENENTE** devolvê-los devidamente atualizados, conforme exigido para a quitação de débitos para com a Fazenda Nacional, com base na variação da Taxa Referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, até o último dia do mês anterior ao da devolução dos recursos, acrescido esse montante de 1% (um por cento) no mês de efetivação da devolução dos recursos à conta única do Tesouro.

Subcláusula Décima Primeira. Para fins de efetivação da devolução dos recursos à União, a parcela de atualização referente à variação da SELIC será calculada proporcionalmente à quantidade de dias compreendida entre a data da liberação da parcela para o **CONVENENTE** e a data de efetivo crédito, na conta única do Tesouro, do montante devido pelo **CONVENENTE.**

Subcláusula Décima Segunda. A permanência da irregularidade após o prazo estabelecido na Subcláusula Décima ensejará o registro de inadimplência no SICONV e, no caso de dano ao erário, a imediata instauração de Tomada de Contas Especial.

Subcláusula Décima Terceira. As comunicações elencadas nas Subcláusulas Sexta, Sétima e Nona serão realizadas por meio de correspondência com aviso de recebimento - AR, devendo a notificação ser registrada no SICONV, enviando cópia, em todos os casos, para a Secretaria da Fazenda ou secretaria similar e para o Poder Legislativo relativos ao **CONVENENTE.**

Subcláusula Décima Quarta. Aquele que, por ação ou omissão, causar embaraço, constrangimento ou obstáculo à atuação do **CONCEDENTE** e dos órgãos de controle interno e externo do Poder Executivo Federal, no desempenho de suas funções institucionais relativas ao acompanhamento e fiscalização dos recursos federais transferidos, ficará sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal.

Subcláusula Décima Quinta. Os agentes que fizerem parte do ciclo de transferência de recursos são responsáveis, para todos os efeitos, pelos atos que praticarem no acompanhamento e fiscalização da execução deste instrumento, não cabendo a responsabilização do **CONCEDENTE** por inconformidades ou irregularidades praticadas pelo **CONVENENTE,** salvo nos casos em que as falhas decorrerem de omissão de responsabilidade atribuída ao **CONCEDENTE.** O **CONVENENTE** responde pelos danos causados a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Convênio.

Subcláusula Décima Sexta. O **CONCEDENTE** comunicará aos órgãos de controle qualquer irregularidade da qual tenha tomado conhecimento e, havendo fundada suspeita da prática de crime ou de ato de improbidade administrativa, cientificará os Ministérios Públicos Federal, Estadual e a Advocacia-Geral da União, nos termos dos arts. 7º, §§ 2º e 3º, e 58 da Portaria Interministerial nº 424/2016.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA FISCALIZAÇÃO

Incumbe ao **CONVENENTE** exercer a atribuição de fiscalização, a qual consiste na atividade administrativa realizada de modo sistemático, com a finalidade de verificar o

Visto por: GILBERTO MAGALHAES OCCHI

cumprimento das disposições contratuais, técnicas e administrativas em todos os seus aspectos.

Subcláusula Primeira. O **CONVENENTE** designará e registrará no SICONV representante para o acompanhamento da execução deste Convênio, o qual anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à consecução do objeto, adotando as medidas necessárias à regularização das falhas observadas.

Subcláusula Segunda. Quando o objeto do instrumento envolver a execução de obras e serviços de engenharia, a fiscalização pelo **CONVENENTE** deverá:

a) manter profissional ou equipe de fiscalização constituída de profissionais habilitados e com experiência necessária ao acompanhamento e controle das obras e serviços;

b) apresentar ao **CONCEDENTE** declaração de capacidade técnica, indicando o agente para acompanhamento da obra ou serviço de engenharia, bem como a Anotação de Responsabilidade Técnica - ART da prestação de serviços de fiscalização a serem realizados;

c) verificar se os materiais aplicados e os serviços realizados atendem os requisitos de qualidade estabelecidos pelas especificações técnicas dos projetos de engenharia aprovados; e

d) o agente indicado pelo convenente, responsável pelo acompanhamento e fiscalização da obra, deverá assinar e carregar no SICONV o relatório de fiscalização referente a cada medição.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **CONVENENTE** deverá prestar contas da sua boa e regular aplicação dos recursos financeiros transferidos pelo **CONCEDENTE** e dos rendimentos obtidos em aplicações no mercado financeiro, que conterá elementos que permitam verificar, sob os aspectos técnicos e financeiros, a execução integral do objeto do Convênio e o alcance dos resultados previstos, na forma estabelecida pelos arts. 59 a 64 da Portaria Interministerial nº 424/2016.

Subcláusula Primeira. A prestação de contas financeira consiste no procedimento de acompanhamento sistemático da conformidade financeira, considerando o início e o fim da vigência do presente instrumento, devendo o registro e a verificação da conformidade financeira ser realizados durante todo o período de execução do instrumento, conforme disposto no art. 56 da Portaria Interministerial nº 424/2016.

Subcláusula Segunda. A prestação de contas técnica consiste no procedimento de análise dos elementos que comprovam, sob os aspectos técnicos, a execução integral do objeto e o alcance dos resultados previstos nos instrumentos.

Subcláusula Terceira. A prestação de contas deverá ser realizada no SICONV, iniciando-se concomitantemente com a liberação da primeira parcela dos recursos financeiros do Convênio, a qual deverá ser registrada pelo **CONCEDENTE** no aludido Sistema.

Subcláusula Quarta. A prestação de contas final deverá ser apresentada no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados do término de sua vigência ou da conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro, e será composta, além dos documentos e informações registradas pelo **CONVENENTE** no SICONV, pelo seguinte:

I - relatório de cumprimento do objeto, que deverá conter os subsídios necessários para a avaliação e manifestação do **CONCEDENTE** quanto à efetiva conclusão do objeto pactuado;

II - declaração de realização dos objetivos a que se propunha o Convênio;

III - comprovante de recolhimento do saldo de recursos, quando houver;

IV - termo de compromisso por meio do qual o **CONVENENTE** se obriga a manter os documentos relacionados ao Convênio, nos termos do §3º do art. 4º da Portaria Interministerial nº 424/2016; e

V - comprovar registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES dos equipamentos médico-hospitalares, quando previstos no Plano de Trabalho (Acórdão nº 247/2010-TCU/Plenário).

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCHI

Subcláusula Quinta. Quando a prestação de contas não for encaminhada no prazo estabelecido neste instrumento, o **CONCEDENTE** estabelecerá o prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias para sua apresentação.

Subcláusula Sexta. Se, ao término do prazo estabelecido na Subcláusula Quinta, o **CONVENENTE** não apresentar a prestação de contas no SICONV nem devolver os recursos, o **CONCEDENTE** registrará a inadimplência no SICONV por omissão do dever de prestar contas e comunicará o fato ao órgão de contabilidade analítica a que estiver vinculado, para fins de instauração de Tomada de Contas Especial sob aquele argumento e adoção de outras medidas para reparação do dano ao erário, sob pena de responsabilização solidária.

Subcláusula Sétima. Caso não tenha havido qualquer execução física nem utilização dos recursos do presente Convênio, o recolhimento à conta única do Tesouro deverá ocorrer sem a incidência dos juros de mora, sem prejuízo da restituição das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas.

Subcláusula Oitava. O **CONCEDENTE** deverá registrar no SICONV o recebimento da prestação de contas, cuja análise:

I - para avaliação do cumprimento do objeto, será feita no encerramento do instrumento, com base nas informações contidas nos documentos relacionados nos incisos da Subcláusula Quarta desta Cláusula; e

II - para avaliação da conformidade financeira, será feita durante o período de vigência do instrumento, devendo constar do parecer final de análise da prestação de contas somente impropriedades ou irregularidades não sanadas até a finalização do documento conclusivo.

Subcláusula Nona. A análise da prestação de contas, além do ateste da conclusão da execução física do objeto, conterá os apontamentos relativos à execução financeira não sanados durante o período de vigência do Convênio.

Subcláusula Décima. Objetivando a complementação dos elementos necessários à análise da prestação de contas dos instrumentos, poderão ser utilizados subsidiariamente pelo **CONCEDENTE** os relatórios, boletins de verificação ou outros documentos produzidos pelo Ministério Público ou pelo Tribunal de Contas, durante as atividades regulares de suas funções.

Subcláusula Décima Primeira. Antes da tomada da decisão final de que trata a Subcláusula Décima Quinta, caso constatada irregularidade na prestação de contas ou na comprovação de resultados, o **CONCEDENTE** notificará o **CONVENENTE** para sanar a irregularidade no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias (art. 10, §9º, do Decreto nº 6.170/2007, c/c art. 59, §9º, da Portaria Interministerial nº 424/2016).

Subcláusula Décima Segunda. A notificação prévia, prevista na Subcláusula Décima Primeira, será feita por meio de correspondência com aviso de recebimento - AR, com cópia para a Secretaria da Fazenda ou secretaria similar e para o Poder Legislativo relativos ao **CONVENENTE**, devendo a notificação ser registrada no SICONV.

Subcláusula Décima Terceira. O registro da inadimplência no SICONV só será efetivado após a concessão do prazo da notificação prévia, caso o **CONVENENTE** não comprove o saneamento das irregularidades apontadas.

Subcláusula Décima Quarta. O **CONCEDENTE** ou, se extinto, o seu sucessor, terá o prazo de um ano, prorrogável por igual período mediante justificativa, contado da data do recebimento, para analisar conclusivamente a prestação de contas, com fundamento no parecer técnico expedido pelas áreas competentes. O eventual ato de aprovação da prestação de contas deverá ser registrado no SICONV, cabendo ao **CONCEDENTE** prestar declaração expressa acerca do cumprimento do objeto e de que os recursos transferidos tiveram boa e regular aplicação.

Subcláusula Décima Quinta. A análise da prestação de contas pelo **CONCEDENTE** poderá resultar em:

I - aprovação;

II - aprovação com ressalvas, quando evidenciada impropriedade ou outra falta de natureza formal de que não resulte dano ao Erário; ou

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

III - rejeição, com a determinação da imediata instauração de Tomada de Contas Especial, caso sejam exauridas as providências cabíveis para regularização da pendência ou reparação do dano, nos termos da Subcláusula Décima Sétima.

Subcláusula Décima Sexta. Quando for o caso de rejeição da prestação de contas em que o valor do dano ao erário seja inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais), o **CONCEDENTE** poderá, mediante justificativa e registro do inadimplemento no CADIN, aprovar a prestação de contas com ressalva.

Subcláusula Décima Sétima. Caso a prestação de contas não seja aprovada, exauridas todas as providências cabíveis para regularização da pendência ou reparação do dano, a autoridade competente do **CONCEDENTE**, sob pena de responsabilização solidária, registrará o fato no SICONV e adotará as providências necessárias à instauração da Tomada de Contas Especial, observando os arts. 70 a 72 da Portaria Interministerial nº 424/2016, com posterior encaminhamento do processo à unidade setorial de contabilidade a que estiver jurisdicionado para os devidos registros de sua competência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESTITUIÇÃO DE RECURSOS

Quando da conclusão do objeto pactuado, da denúncia, da rescisão ou da extinção deste Convênio, o **CONVENENTE**, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade **CONCEDENTE**, obriga-se a recolher à CONTA ÚNICA DO TESOURO NACIONAL, no Banco do Brasil S.A., em favor da União, por meio de Guia de Recolhimento da União – GRU ou Ordem Bancária de Transferência Voluntária - OBTV, disponível no site www.tesouro.fazenda.gov.br, portal SIAFI, informando como beneficiário o Fundo Nacional de Saúde, CNPJ 00.530.493/0001-71, Unidade Gestora (UG) 257001 e Gestão 00001 (Tesouro):

I - o eventual saldo remanescente dos recursos financeiros, inclusive o proveniente das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas e não utilizadas no objeto pactuado, ainda que não tenha havido aplicação, informando o número e a data do Convênio; e

II - o valor total transferido pelo **CONCEDENTE**, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Nacional, a partir da data de recebimento, nos seguintes casos:

a) quando não for executado o objeto do Convênio, excetuada a hipótese prevista no art. 59, § 2º, da Portaria Interministerial nº 424/2016, em que não haverá incidência de juros de mora, sem prejuízo da restituição das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas;

b) quando não for apresentada a prestação de contas no prazo fixado neste instrumento; e

c) quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida neste Convênio.

III - o valor correspondente às despesas comprovadas com documentos inidôneos ou impugnados, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais.

Subcláusula Primeira. A devolução prevista nesta Cláusula será realizada com observância da proporcionalidade dos recursos transferidos pelo **CONCEDENTE**, independentemente da época em que foram aportados pelos partícipes.

Subcláusula Segunda. A inobservância ao disposto nesta Cláusula enseja a instauração de Tomada de Contas Especial, sem prejuízo da inscrição do **CONVENENTE** no Cadastro Informativo dos Créditos não quitados de órgãos e entidades federais (CADIN), nos termos da Lei nº 10.522/2002.

Subcláusula Terceira. Nos casos de descumprimento do prazo previsto na Cláusula Oitava, Subcláusula Décima Segunda, o **CONCEDENTE** solicitará à instituição financeira albergante da conta corrente específica da transferência a devolução imediata, para a conta única do Tesouro Nacional, dos saldos remanescentes da conta corrente específica do instrumento.

Visto ao GILBERTO MAGALHÃES SOUZA

Subcláusula Quarta. Nos casos em que a devolução de recursos se der em função da não execução do objeto pactuado ou devido a extinção ou rescisão do instrumento, é obrigatória a divulgação em sítio eletrônico institucional, pelo **CONCEDENTE** e **CONVENENTE**, das informações referentes aos valores devolvidos e dos motivos que deram causa à referida devolução.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

O presente Convênio poderá ser:

I - **denunciado** a qualquer tempo, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e auferindo as vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença;

II - **rescindido**, independente de prévia notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:

a) utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho;

b) inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas;

c) constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção em qualquer documento apresentado;

d) verificação da ocorrência de qualquer circunstância que enseje a instauração de Tomada de Contas Especial; e

e) inexistência de execução financeira após 180 (cento e oitenta) dias da liberação da primeira parcela, comprovada nos termos do § 9° do art. 41 da Portaria Interministerial n° 424, de 2016.

Subcláusula Única. A rescisão do Convênio, quando resulte dano ao erário, enseja a instauração de Tomada de Contas Especial, exceto se houver a devolução dos recursos devidamente corrigidos, sem prejuízo, no último caso, da continuidade da apuração, por medidas administrativas próprias, quando identificadas outras irregularidades decorrentes do ato praticado.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA DESCONTINUIDADE DA EXECUÇÃO DO OBJETO

Na hipótese de paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer, fica facultado ao **CONCEDENTE** assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto deste Convênio, de modo a evitar a descontinuidade das ações pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA PUBLICIDADE

A eficácia do presente Convênio fica condicionada à publicação do respectivo extrato no Diário Oficial da União, a qual deverá ser providenciada pelo **CONCEDENTE**, no prazo de até 20 (vinte) dias a contar da respectiva assinatura.

Subcláusula Primeira. Será dada publicidade em sítio eletrônico específico denominado Portal dos Convênios aos atos de celebração, alteração, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução e a prestação de contas do presente instrumento.

Subcláusula Segunda. O **CONVENENTE** obriga-se a notificar, se houver, o conselho municipal, distrital, estadual ou federal responsável pela respectiva política pública onde será executada a ação.

Subcláusula Terceira. O **CONVENENTE** deverá disponibilizar, em seu sítio oficial na internet ou, na sua falta, em sua sede, em local de fácil visibilidade, consulta ao extrato do instrumento ou outro instrumento utilizado, contendo, pelo menos, o objeto, a finalidade, os valores e as datas de liberação e o detalhamento da aplicação dos recursos, bem como as contratações realizadas para a execução do objeto pactuado.

Visto por GILBERTO MAGALHAES OCCHI

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA DIVULGAÇÃO

Em qualquer ação promocional do **CONVENENTE** relacionada com o objeto deste Convênio será consignada a participação do **CONCEDENTE** na mesma proporção atribuída ao **CONVENENTE** e, em se tratando de material promocional gráfico, áudio e audiovisual, deverá ser consignada a logomarca oficial do **CONCEDENTE** na mesma proporção da marca ou nome do **CONVENENTE**.

Subcláusula Primeira. Fica vedada aos partícipes a realização de despesas com publicidade, salvo as de caráter educativo, informativo ou de orientação social, na forma e nos valores previstos no Plano de Trabalho, e desde que delas não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção de autoridades ou servidores públicos, consoante disposto no § 1º do artigo 37 da Constituição Federal.

Subcláusula Segunda. Deverá ser mantida, obrigatória e permanentemente, em local visível, sob pena de imediata suspensão da liberação dos recursos, placa identificadora.

Subcláusula Terceira. Quando o objeto do instrumento se referir à execução de obras de engenharia, incluir nas placas e adesivos indicativos das obras informação sobre canal para o registro de denúncias, reclamações e elogios, conforme previsto no 'Manual de Uso da Marca do Governo Federal - Obras' da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

Acordam os partícipes, ainda, em estabelecer as seguintes condições:

I - todas as comunicações relativas a este Convênio serão consideradas como regularmente efetuadas, quando realizadas por intermédio do SICONV, exceto quando a legislação regente tiver estabelecido forma especial;

II - as comunicações que não puderem ser efetuadas pelo SICONV serão remetidas por correspondência ou mensagens eletrônicas e serão consideradas regularmente efetuadas quando comprovado o recebimento;

III - as mensagens e documentos resultantes de transmissão eletrônica não poderão se constituir em peças de processo, e os respectivos originais deverão ser encaminhados no prazo de 05 (cinco) dias;

IV - as reuniões entre os representantes credenciados pelos partícipes, bem como quaisquer ocorrências que possam ter implicações neste Convênio, serão aceitas somente se registradas em ata ou relatórios circunstanciados; e

V - as exigências que não puderem ser cumpridas por meio do SICONV deverão ser supridas através da regular instrução processual.

Subcláusula Única. Os casos omissos serão dirimidos na forma do estabelecida no Decreto nº 6.170/2007 e da Portaria Interministerial nº 424/2016, e demais normas regulamentadoras.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DO FORO

Os partícipes comprometem-se a submeter eventuais controvérsias, decorrentes do presente ajuste, à tentativa de conciliação perante a Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal (CCAF), da Advocacia-Geral da União, nos termos do art. 37 da Lei nº 13.140, de 2015, do art. 11 da Medida Provisória nº 2.180-35, de 24 de agosto de 2001, e do art. 18, inciso III, do Anexo I ao Decreto nº 7.392, de 13 de dezembro de 2010.

Subcláusula Única. Será competente para dirimir as controvérsias decorrentes deste Convênio, que não possam ser resolvidas pela via administrativa, o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, por força do inciso I do art. 109 da Constituição Federal.

E, por assim estarem plenamente de acordo, os partícipes obrigam-se ao total e irrenunciável cumprimento dos termos do presente instrumento, o qual lido e achado conforme, foi lavrado em 2 (duas) vias de igual teor e forma, que vão assinadas pelos partícipes, para que

Visto por GIL BERTO MAGALHÃES OCCHI

produza seus jurídicos e legais efeitos, em Juízo ou fora dele.

RICARDO CAMPELO DA CONCEICAO
DIRETOR PRESIDENTE DO(A)
HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS - MG

Testemunha:
Nome: Jorge Monteiro
CPF: 13546356604

Assinado digitalmente por:
1. GILBERTO MAGALHAES OCCHI 51847884768 em 17/09/2018 19:28:58, MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE - Ministério da Saúde
Emitido por CCS/2018

ancelada pela CONJUR/MS nos Processos n. 25000.006835/2018-31 e 25000.077165/2018-38)
A autenticidade do documento pode ser conferida no site
http://aplicacao.saude.gov.br/bgsiconvws/pages/visualizarDocumentoDigital.jsf?codigo=390264&crc=c79cff90

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento

PARECER DE MÉRITO Nº 4/2019-SESAI/CGPO/SESAI/MS

DSEI: RIO TAPAJÓS

CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Nº DO CONVÊNIO: 878448/2018

Trata-se do Parecer Técnico de MÉRITO do Convênio acima referenciado, para integração de um novo Plano de Trabalho relativo à SUPLEMENTAÇÃO de recursos para o exercício de 2019, no montante de **R$ 22.112.739,23 (Vinte e dois milhões, cento e doze mil, setecentos e trinta e nove reais e vinte e três centavos),** para execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós, conforme previsto no Plano de Ação.

Cumpre informar que a Portaria nº 69 de 26 de outubro de 2018 contém em anexo os novos modelos dos procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução das ações complementares de atenção à saúde da população indígena mediante a celebração de convênios, no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena, com o objetivo de identificar e corrigir problemas e fornecer informações para a tomada de decisões realizada pelas unidades de monitoramento.

No que concerne ao saneamento e edificações, o Plano de Ação deverá ser atualizado contemplando a demanda do DSEI para 2019. Nele estão contidas indicadores para o acompanhamento e monitoramento das ações planejadas de edificações de saúde, saneamento ambiental e gerenciamento de resíduos sólidos que serão realizados pelas unidades responsáveis, conforme minuta da portaria.

Na área de Atenção à Saúde foram elencados resultados nacionais programados segundo o PDSI, que foram divididos pelos subeixos de saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, morbidades, educação permanente e dados de produção coletiva.

No que se refere ao acompanhamento e monitoramento do apoio às ações do controle social, os resultados esperados tratam da realização de reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde - CONDISI e da realização de capacitação para os conselheiros locais e distritais.

O elenco de indicadores e metas pactuado está em concordância com os instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde e cumprem a função de monitorar os produtos e resultados das ações e serviços complementares de atenção à saúde indígena.

Nesse sentido, somos **favoráveis** à celebração do Termo Aditivo de Suplementação de recursos ao Convênio original, para que não haja descontinuidade na assistência às populações indígenas.

Departamento de Atenção à Saúde Indígena - (DASI)

Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena - (DSESI)

Controle Social

Documento assinado eletronicamente por **Eva Patrícia Alvares Lopes**, **Gerente de Projeto**, em 29/01/2019, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **João Victorio Zoppi Feliciani**, **Diretor(a) do Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena**, em 30/01/2019, às 00:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Antonio da Silva Campos Junior**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Substituto(a)**, em 04/02/2019, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7690950** e o código CRC **1A1E6C08**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 7690950

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento

PARECER ECONÔMICO FINANCEIRO Nº 7/2019-SESAI/CGPO/SESAI/MS

PROGRAMA/AÇÃO: 2065/20YP

Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena

RAZÃO SOCIAL	**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
CNPJ: 21.583.042/0001-72	**Tipo de Recurso: Programa**
Convênio: 878448/2018	**DSEI: RIO TAPAJÓS**

Objeto do Convênio: Prestação de serviços e ações complementares na área de atenção à saúde, visando o atingimento dos objetivos específicos estabelecidos pela secretaria especial de saúde indígena - sesai em consonância com a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas - pnaspi e as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas, no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena - sasisus (chamada pública 11/2018).

PARECER TÉCNICO-ECONÔMICO – CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS – CGPO/SESAI

O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS apresenta Plano de Trabalho para Execução, em caráter complementar, de Ações de Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena **Rio Tapajós**, atividades a serem desenvolvidas conforme Plano de Ação/Termo de Referência. De acordo com as normas previstas na Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, a presente proposta, obteve preliminarmente parecer técnico de mérito FAVORÁVEL do DASI, DSESI e CONTROLE SOCIAL, visando à realização das ações de saúde indígena na localidade, conforme os resultados pactuados no Plano de Ação e Plano de Trabalho em anexo. Compreende-se o Parecer Técnico-Econômico, a análise da coerência e compatibilidade do pleito, com as questões relacionadas aos objetivos prioritários do Ministério da Saúde. Em

concordância com as referidas normas, este Parecer Técnico visa avaliar, com base na descrição e detalhamento das atividades desenvolvidas, somente a compatibilidade técnico-econômica dessa assistência, abstraindo-se ao mérito da proposta, viabilidade e sustentabilidade do pleito, e questões de natureza jurídico/legais e contábil/financeira.

Para celebração do presente Termo Aditivo de valor, serão empenhados neste exercício **R$ 22.112.739,23 (Vinte e dois milhões, cento e doze mil, setecentos e trinta e nove reais e vinte e três centavos)** conforme Cronograma de Desembolso aprovado abaixo.

Número da parcela, previsão do repasse e valor		
3ª parcela (02/19)	**4ª parcela (07/19)**	**5ª parcela (11/19)**
R$ 10.217.646,00	R$ 3.944.011,00	R$ 7.951.082,23

Os valores previstos para a realização da presente proposta ocorrerão à conta do detalhamento abaixo:

ESPECIFICAÇÃO **ND** **VALOR**

Orçamento de 2019: (Fonte 6151)

10.423.2065.20YP. 0001 – Promoção,

Proteção e Recuperação da Saúde Indígena. **3350.43** **R$ 22.112.739,23**

Compreende-se no Parecer de Mérito a análise da coerência e compatibilidade do pleito com as questões relacionadas aos objetivos e prioridades do Ministério da Saúde, perfil e papel estratégico da instituição proponente. O valor da suplementação será liberado em 03 (três) parcelas correspondentes a sua vigência, até 24.04.2020, conforme dispostas no cronograma de desembolso do SICONV.

Nestes termos, sob o ponto de vista exclusivamente técnico-econômico, restrito às atividades a serem desenvolvidas e valores apresentados na Proposta analisada, nada temos a opor quanto sua aprovação.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

Em complementação ao Parecer Técnico Econômico, considerou-se para análise dos valores propostos para a realização das metas e etapas programadas nos convênios, os recursos efetivamente executados no ano de 2018.

Documento assinado eletronicamente por **Regina Celia de Rezende**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 05/02/2019, às 13:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7796850** e o código CRC **C3CA87F5**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 7796850

CRONOGRAMA FÍSICO 2018									
ENTIDADE: Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus									
CONVÊNIO: 878448/2018									
META	ETAPA	ESPECIFICAÇÕES - DESCRIÇÃO DA ETAPA	1 PARCELA			2 PARCELA			TOTAL
			VALOR PROGRAMADO	DESPESA REALIZADA	SALDO	VALOR PROGRAMADO	DESPESA REALIZADA	SALDO	
1	1	RH COM ENCARGOS	1.104.934,57	1.146.470,77	- 41.536,20	4.419.737,43	2.291.779,00	2.127.958,43	**5.524.672,00**
	2		-	-	-	-	-	-	**-**
	3	CONTROLE SOCIAL	28.822,20	-	28.822,20	115.288,80	-	115.288,80	**144.111,00**
	4		-	-	-	-	-	-	**-**
	5	APOIO AS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO E ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM ÁREAS (DIASI, SESANI e CONDISI)	20.689,23	-	20.689,23	82.760,77	-	82.760,77	**103.450,00**
	6		-	-	-	-	-	-	**-**
	7	APOIO A GESTÃO ADMINISTRATIVA E GESTÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE, EM CARÁTER COMPLEMENTAR POVOS INDÍGENAS	191.486,00	53.237,41	138.248,59	765.944,00	257.143,18	508.800,82	**957.430,00**
			1.345.932,00	**1.199.708,18**	**146.223,82**	**5.383.731,00**	**2.548.922,18**	**2.834.808,82**	**6.729.663,00**

CRONOGRAMA FÍSICO 2019														
ENTIDADE: Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus														
CONVÊNIO: 878448/2018														
META	**ETAPA**	**ESPECIFICAÇÕES - DESCRIÇÃO DA ETAPA**	**INCLUSÃO**	**3 PARCELA - FEVEREIRO 2019**			**4 PARCELA - JULHO 2019**			**5 PARCELA - NOVEMBRO 2019**			**TOTAL**
				VALOR PROGRAMADO	**DESPESA REALIZADA**	**SALDO**	**VALOR PROGRAMADO**	**DESPESA REALIZADA**	**SALDO**	**VALOR PROGRAMADO**	**DESPESA REALIZADA**	**SALDO**	
1	1	Contratação, Gestão e Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, incluindo ainda profissionais da gestão, de Edificações e Saneamento Ambiental (incluído encargos sociais).		9.137.386,66	-	9.137.386,66	3.527.030,93	-	3.527.030,93	7.110.455,06	-	7.110.455,06	**19.774.872,65**
	2	Apoio à Educação Permanente		58.001,41	-	58.001,41	22.388,54	-	22.388,54	45.135,05	-	45.135,05	**125.525,00**
	3	Apoio ao Controle Social		217.816,74	-	217.816,74	84.077,26	-	84.077,26	169.498,81	-	169.498,81	**471.392,81**
	4			-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	5	Apoio as atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área (DIASI, SESANI e CONDISI).		45.088,09	-	45.088,09	17.404,00	-	17.404,00	35.086,27	-	35.086,27	**97.578,36**
	6	Apoio a gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar povos indígenas.		759.353,10	-	759.353,10	293.110,27	-	293.110,27	590.907,04	-	590.907,04	**1.643.370,41**
	7			-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
				10.217.646,00	**-**	**10.217.646,00**	**3.944.011,00**	**-**	**3.944.011,00**	**7.951.082,23**	**-**	**7.951.082,23**	**22.112.739,23**

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO					
ENTIDADE: Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus					
CONVÊNIO: 878448/2018					
PARCELA	**DESCRIÇÃO**	**UNID.**	**QTDE.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR TOTAL**
3	Contratação e remuneração das equipes multiprofissionais voltados a oferta de ações de Atenção à Saúde Indígena.	UNID.	1,0	R$ 6.637.043,28	R$ 6.637.043,28
3	Pagamento dos encargos sociais incidentes sobre a despesa de pessoal, provisão de verbas indenizatórias	UNID.	1,0	R$ 2.380.574,69	R$ 2.380.574,69
3	Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, edificações e saneamento ambiental.	UNID.	1,0	R$ 119.768,69	R$ 119.768,69
3	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$ 4.851,74	R$ 4.851,74
3	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa de Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$ 46.124,35	R$ 46.124,35
3	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$ 7.025,32	R$ 7.025,32
3	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social	UNID.	1,0	R$ 63.765,74	R$ 63.765,74
3	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	UNID.	1,0	R$ 136.817,62	R$ 136.817,62
3	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	UNID.	1,0	R$ 17.233,38	R$ 17.233,38
3	Apoio à fiscalizações/monitoramentos a serem realizadas pelas equipes multidisciplinares do DIASI e SESANI, conforme Plano de Ação em anexo.	UNID.	1,0	R$ 45.088,09	R$ 45.088,09
3	Contratação e remuneração com encargos sociais, provisão de verbas indenizatórias, benefícos Convenção Coletiva de serviços técnico profissionais em diversas áreas para a gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	UNID.	1,0	R$ 411.206,67	R$ 411.206,67
3	Contratação de serviços pessoa jurídica para gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	UNID.	1,0	R$ 275.475,25	R$ 275.475,25
3	Aquisição de materiais de consumo para a gestão	UNID.	1,0	R$ 924,14	R$ 924,14
3	Aquisição de passagens aéreas, fluvial, terrestre locação de veículos, fretes aéreos e terrestres, serviços de táxi.	UNID.	1,0	R$ 71.747,04	R$ 71.747,04
4	Contratação e remuneração das equipes multiprofissionais voltados a oferta de ações de Atenção à Saúde Indígena.	UNID.	1,0	R$ 2.561.898,48	R$ 2.561.898,48
4	Pagamento dos encargos sociais incidentes sobre a despesa de pessoal, provisão de verbas indenizatórias	UNID.	1,0	R$ 918.901,74	R$ 918.901,74
4	Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, edificações e saneamento ambiental.	UNID.	1,0	R$ 46.230,71	R$ 46.230,71
4	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$ 1.872,77	R$ 1.872,77
4	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa de Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$ 17.804,00	R$ 17.804,00
4	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$ 2.711,77	R$ 2.711,77
4	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social	UNID.	1,0	R$ 24.613,57	R$ 24.613,57

4	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	UNID.	1,0	R$	52.811,60	R$	52.811,60
4	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	UNID.	1,0	R$	6.652,09	R$	6.652,09
4	Apoio à fiscalizações/monitoramentos a serem realizadas pelas equipes multidisciplinares do DIASI e SESANI, conforme Plano de Ação em anexo.	UNID.	1,0	R$	17.404,00	R$	17.404,00
4	Contratação e remuneração com encargos sociais, provisão de verbas indenizatórias, benefícos Convenção Coletiva de serviços técnico profissionais em diversas áreas para a gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	UNID.	1,0	R$	158.725,77	R$	158.725,77
4	Contratação de serviços pessoa jurídica para gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	UNID.	1,0	R$	106.333,43	R$	106.333,43
4	Aquisição de materiais de consumo para a gestão	UNID.	1,0	R$	356,72	R$	356,72
4	Aquisição de passagens aéreas, fluvial, terrestre locação de veículos, fretes aéreos e terrestres, serviços de táxi.	UNID.	1,0	R$	27.694,35	R$	27.694,35
5	Contratação e remuneração das equipes multiprofissionais voltados a oferta de ações de Atenção à Saúde Indígena.	UNID.	1,0	R$	5.164.758,78	R$	5.164.758,78
5	Pagamento dos encargos sociais incidentes sobre a despesa de pessoal, provisão de verbas indenizatórias	UNID.	1,0	R$	1.852.495,68	R$	1.852.495,68
5	Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, edificações e saneamento ambiental.	UNID.	1,0	R$	93.200,60	R$	93.200,60
5	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$	3.775,49	R$	3.775,49
5	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa de Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$	35.892,65	R$	35.892,65
5	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	UNID.	1,0	R$	5.466,91	R$	5.466,91
5	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social	UNID.	1,0	R$	49.620,69	R$	49.620,69
5	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	UNID.	1,0	R$	106.467,59	R$	106.467,59
5	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	UNID.	1,0	R$	13.410,53	R$	13.410,53
5	Apoio à fiscalizações/monitoramentos a serem realizadas pelas equipes multidisciplinares do DIASI e SESANI, conforme Plano de Ação em anexo.	UNID.	1,0	R$	35.086,27	R$	35.086,27
5	Contratação e remuneração com encargos sociais, provisão de verbas indenizatórias, benefícos Convenção Coletiva de serviços técnico profissionais em diversas áreas para a gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	UNID.	1,0	R$	319.989,37	R$	319.989,37
5	Contratação de serviços pessoa jurídica para gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	UNID.	1,0	R$	214.367,02	R$	214.367,02
5	Aquisição de materiais de consumo para a gestão	UNID.	1,0	R$	719,14	R$	719,14
5	Aquisição de passagens aéreas, fluvial, terrestre locação de veículos, fretes aéreos e terrestres, serviços de táxi.	UNID.	1,0	R$	55.831,51	R$	55.831,51
					22.112.739,23		**22.112.739,23**

PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO								
ENTIDADE: Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus								
CONVÊNIO: 878448/2018								
ETAPA	**TIPO DE DESPESA**	**DESCRIÇÃO**	**COD NATUREZA**	**NATUREZA AQUISIÇÃO**	**UNID.**	**QTDE.**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR TOTAL**
1	Serviço	Contratação e remuneração das equipes multiprofissionais voltados a oferta de ações de Atenção à Saúde Indígena.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 14.363.700,54	R$ 14.363.700,54
1	Serviço	Pagamento dos encargos sociais incidentes sobre a despesa de pessoal, provisão de verbas indenizatórias	33904718	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 5.151.972,11	R$ 5.151.972,11
1	Serviço	Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, edificações e saneamento ambiental.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 259.200,00	R$ 259.200,00
2	Serviço	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 10.500,00	R$ 10.500,00
2	Serviço	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa de Educação Permanente.	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 99.821,00	R$ 99.821,00
2	Bem	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 15.204,00	R$ 15.204,00
3	Serviço	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 138.000,00	R$ 138.000,00
3	Serviço	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 296.096,81	R$ 296.096,81
3	Bem	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 37.296,00	R$ 37.296,00
5	Serviço	Apoio à fiscalizações/monitoramentos a serem realizadas pelas equipes multidisciplinares do DIASI e SESANI, conforme Plano de Ação em anexo.	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 97.578,36	R$ 97.578,36
6	Serviço	Contratação e remuneração com encargos sociais, provisão de verbas indenizatórias, benefícos Convenção Coletiva de serviços técnico profissionais em diversas áreas para a gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 889.921,81	R$ 889.921,81
6	Serviço	Contratação de serviços pessoa jurídica para gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	33903599	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 596.175,70	R$ 596.175,70
6	Bem	Aquisição de materiais de consumo para a gestão	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
6	Serviço	Aquisição de passagens aéreas, fluvial, terrestre locação de veículos, fretes aéreos e terrestres, serviços de táxi.	33903399	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 155.272,90	R$ 155.272,90
							22.112.739,23	**22.112.739,23**

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO-GERAL DE ANÁLISE JURÍDICA DE LICITAÇÕES, CONTRATOS E INSTRUMENTOS CONGÊNERES

PARECER n. 00269/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.160411/2018-11
INTERESSADOS: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E OUTROS
ASSUNTOS: CONVÊNIOS E OUTROS AJUSTES

EMENTA: TERMO ADITIVO CONVÊNIO. SAÚDE INDÍGENA. PRORROGAÇÃO 12 MESES. ACRÉSCIMO DE VALOR. RECOMENDAÇÕES. NECESSIDADE DE ANÁLISE DE CUSTO. NECESSIDADE DE PLANO DE TRABALHO APROVADO. NECESSIDADE DE AVALIAR O CUMPRIMENTO ATUAL DO CONVÊNIO. RECOMENDAÇÕES.

RELATÓRIO

1. Trata o presente parecer da análise jurídica da minuta do **Segundo Aditivo ao Convênio nº 878448/2018** , firmado entre a União, por meio do Ministério da Saúde, e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus**,** cujo objeto consiste na "PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE, VISANDO O ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTABELECIDOS PELA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI EM CONSONÂNCIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - PNASPI E AS ESPECIFICIDADES SÓCIO-CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS, NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - SASISUS (CHAMADA PÚBLICA 11/2018)".

2. O aditivo em questão tem como objeto a **suplementação de valores e prorrogar a vigência por 12 (doze) meses.**

3. Os presentes autos, estão instruídos no âmbito do SEI-MS, sendo que a referência aos documentos utilizará o padrão de tal sistema.

4. Ressalte-se que os autos já haviam sido remetidos para análise deste consultivo, ocasião em que foi constatada a insuficiência da instrução do mesmo e a impossibilidade de convalidação do aditivo anterior. Diante disto, surgiu a necessidade de nova análise por este Consultivo.

5. Os principais documentos necessários para a presente análise são os seguintes:

Ofício (7956539) | Parecer de Mérito 4 (7690950)
VI
Parecer Econômico Financeiro 7 (7796850) | Despacho CGPO/SESAI 7814426 | Planilha PAD (7852388) | Despacho CGPO/SESAI 7843456 | Despacho DIREF 7961717 | Despacho SERED 8308272 | Despacho DIREF 8381143 | Despacho GAB/SESAI 8446989 | Despacho DIREF 8575627 | Nota Técnica 11 (8583622) | Nota Técnica 26 (8586934) | Minuta CGPO/SESAI 8590182 | Despacho CGPO/SESAI 8592460

FINALIDADE E ABRANGÊNCIA DO PARECER JURÍDICO

6. A presente manifestação jurídica tem o escopo de assistir a autoridade assessorada no controle interno da legalidade administrativa dos atos a serem praticados ou já efetivados. A função da presente manifestação é justamente apontar possíveis riscos do ponto de vista jurídico e recomendar providências, para salvaguardar a autoridade assessorada, a quem compete avaliar a real dimensão do risco e a necessidade de se adotar ou não a precaução recomendada.

7. Importante salientar, que o exame dos autos processuais restringe-se aos seus aspectos jurídicos, excluídos, portanto, aqueles de natureza técnica. Em relação a estes, parte-se da premissa de que a autoridade competente municiou-se dos conhecimentos específicos imprescindíveis para a sua adequação às necessidades da Administração, observando os requisitos legalmente impostos.

8. Finalmente, deve-se realçar que determinadas observações são feitas sem caráter vinculativo, mas em prol da segurança da própria Autoridade assessorada, a quem incumbe, dentro da margem de discricionariedade que lhe é conferida pela lei, avaliar e acatar, ou não, tais ponderações. Não obstante, as questões relacionadas à legalidade serão apontadas para fins de sua correção. O prosseguimento do feito sem a observância destes apontamentos será de responsabilidade exclusiva da Administração.

ANÁLISE DA INSTRUÇÃO DO PROCESSO

9. Sem prejuízo dos documentos que já constam neste processo, é necessário que a Autoridade assessorada verifique e vele para que seja observada a devida instrução destes autos, atentando para as exigências da Lei nº 8.666, de 1993. Assim, serão tecidas considerações acerca das determinações constantes do indigitado diploma legal.

10. Inicialmente, cumpre salientar que a **Advocacia-Geral da União - AGU** expediu Orientações Normativas com a finalidade de uniformizar o entendimento, no âmbito dos órgãos da AGU, a respeito dos aspectos mais relevantes e controversos sobre licitações, contratos e convênios. Dentre elas, citam-se as ementas das Orientações Normativas de nº 02, nº 03, nº 30 e nº 32, **pois se aplicam ao caso concreto e devem ser observadas pela área competente**, conforme se depreende, *in verbis:*

> Orientação Normativa/AGU nº 02: Os instrumentos dos contratos, convênios e demais ajustes, bem como os respectivos aditivos, devem integrar um único processo administrativo, devidamente autuado em sequência cronológica, numerado, rubricado, contendo cada volume os respectivos termos de abertura e encerramento.

> Orientação Normativa/AGU nº 03: Na análise dos processos relativos à prorrogação de prazo, cumpre aos órgãos jurídicos verificar se não há extrapolação do atual prazo de vigência, bem como eventual ocorrência de solução de continuidade nos aditivos precedentes, hipóteses que configuram a extinção do ajuste, impedindo a sua prorrogação.

11. É de ressaltar que o processo em análise encontra-se instruído, em suma, com a minuta do referido Termo Aditivo (Minuta CGPO/SESAI 8590182), acompanhado da respectiva justificativa técnica (Nota Técnica 11 (8583622) e Nota Técnica 26 (8586934)), apesar disto, não foi observado a presença de um novo cronograma de execução e do respectivo plano de trabalho.

12. Tais documentos são essenciais para que a celebração do aditivo em questão seja feita, tendo em vista o disposto no artigo 1º, inciso XXIV c/c art. 6º, §2º, todos da Portaria Interministerial nº 424/2016:

> Art. 1º Esta Portaria regula os instrumentos de repasse celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas ou entidades privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.
>
> § 1º Para os efeitos desta Portaria, considera-se:
>
> [...]
>
> XXIV - plano de trabalho: peça processual integrante dos instrumentos, que evidencia o detalhamento do objeto, da justificativa, dos cronogramas físico e financeiro, do plano de aplicação das despesas, bem como das informações da conta corrente específica, dos partícipes e dos seus representantes;
>
> [...]

> Art. 6º São competências e responsabilidades do concedente:
>
> [...]
>
> § 2º O acompanhamento da execução dos instrumentos pelo concedente ou instituição mandatária consistirá na aferição da execução do objeto e das suas metas, etapas e fases, conforme pactuado no Plano de Trabalho integrante dos instrumentos, por meio da verificação da compatibilidade entre estes e os efetivamente executados.

13. Percebe-se que o acompanhamento da execução do convênio depende da existência de plano de trabalho, que é o parâmetro que permitirá a realização de tal acompanhamento.

14. Quanto ao momento adequado para a análise de tal instrumento, apesar da Portaria em questão não indicá-lo no caso de celebração de aditivo, entendo que tal análise deverá ser prévia à celebração do aditivo em questão, como forma, inclusive, de permitir uma análise adequada acerca dos valores que serão aditivados e das metas estabelecidas.

15. Nesse sentido, em relação ao instrumento convenial, dispõe o artigo 23, inciso II, do mesmo normativo:

> Art. 23. Sem prejuízo do disposto no art. 22 desta Portaria, são condições para a celebração de instrumentos:
>
> [...]
>
> II - Plano de Trabalho aprovado;

16. **Entendo que, se é requisito para a celebração do instrumento convenial original a existência de plano de trabalho aprovado, o mesmo é válido para o aditivo, especialmente, quando houver incremento dos valores repassados, como é o caso.**

DA ANÁLISE DO TERMO ADITIVO
CONVÊNIOS: PRAZO DE DURAÇÃO E LIMITES À PRORROGAÇÃO DE VIGÊNCIA

17. Prevê o art. 116, §1º, VI da Lei nº 8.666/93:

> Art.116. Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração.
>
> §1o. A celebração de convênios, acordo ou ajuste pelos órgãos ou entidades da Administração Pública depende de prévia aprovação de competente plano de trabalho proposto pela organização interessada, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:
>
> **(...)**
>
> **VI- previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas**;".

18. Portanto, os convênios, *lato sensu,* devem ter como cláusula necessária o **prazo de vigência.** O prazo de vigência "deve ser estipulado de acordo com a natureza e complexidade do objeto, as metas estabelecidas e o prazo necessário para sua execução, previsto no plano de trabalho. É evidente que tal prazo de execução deve ser condizente e proporcional ao objeto conveniado, não se admitindo a fixação de prazos desproporcionais ou irrazoáveis".

19. Sobre o assunto, importante destacar a recomendação feita pelo TCU no Acórdão 2.543/2005 - 2§ Câmara e adotada também no Acórdão nº 1.562/2009 - Plenário:

> 9.4.3.15. procure **evitar** a celebração de convênios com **prazos de vigência exíguos** e que não correspondam ao período mínimo de tempo necessário e suficiente para a conclusão do objeto, levando em consideração todos os fatores envolvidos na consecução da avença, entre os quais se incluem os procedimentos licitatórios, de modo a **evitar prorrogações do tempo inicialmente acordado**.

20. A dúvida que surge é se, ao prorrogar o prazo de vigência dos convênios, devem ser observados os limites de prazo previstos no art. 57 da Lei nº 8.666/93:

> Art. 57. **A duração dos contratos regidos por esta Lei ficará adstrita à vigência dos respectivos créditos orçamentários, exceto** quanto aos relativos:

I - aos projetos cujos produtos estejam contemplados nas metas estabelecidas no Plano Plurianual, os quais poderão ser prorrogados se houver interesse da Administração e desde que isso tenha sido previsto no ato convocatório;

II - à prestação de serviços a serem executados de forma contínua, que poderão ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, limitada a **sessenta meses**;

(...)

IV - ao aluguel de equipamentos e à utilização de programas de informática, podendo a duração estender-se pelo prazo de até **48 (quarenta e oito) meses** após o início da vigência do contrato.

V - às hipóteses previstas nos incisos IX, XIX, XXVIII e XXXI do art. 24, cujos contratos poderão ter vigência por até **120 (cento e vinte) meses,** caso haja interesse da administração.

§ 1º Os **prazos de início de etapas de execução, de conclusão e de entrega admitem prorrogação**, mantidas as demais cláusulas do contrato e assegurada a manutenção de seu equilíbrio econômico-financeiro, **desde que ocorra algum dos seguintes motivos**, devidamente autuados em processo:

(...)

§ 2º **Toda prorrogação de prazo deverá ser justificada por escrito e previamente autorizada pela autoridade competente** para celebrar o contrato.

§ 3º É vedado o contrato com prazo de vigência indeterminado.

§ 4º Em **caráter excepcional**, devidamente justificado e mediante autorização da autoridade superior, o prazo de que trata o inciso II do caput deste artigo **poderá ser prorrogado por até doze meses**.

21. Cumpre observar que ao se realizar um convênio o que se pretende é a obtenção do cumprimento de um determinado escopo. Nessa ordem de ideias, o prazo de vigência deve ser pensado a partir dessa peculiaridade. Acerca do prazo de vigência dos convênios é interessante transcrever o entendimento exarado no já citado Parecer nº 15/2013/CÂMARAPERMANENTECONVÊNIOS/DEPCONSU/PGF/AGU:

"Ademais, deve-se atentar para o fato de que o convênio é um tipo de acordo/ajuste administrativo que envolve um feixe de relações jurídicas, o que lhe confere um grau de complexidade elevado. As relações jurídicas criadas no âmbito de um convênio são várias: entre o concedente e o convenente e entre o convenente e as eventuais empresas que serão, na maioria dos ajustes, contratadas para executar o objeto do convênio. Diante de tal realidade, inúmeras situações podem ocorrer.

Nesse contexto, é razoável concluir, tendo em vista as características acima relatadas, que **as hipóteses de prorrogação do prazo de vigência não estão adstritas àquelas típicas dos instrumentos contratuais,** previstas nos incisos e parágrafos do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

Nessa linha de entendimento, entende-se que o prazo de vigência dos convênios deve ater-se ao comando do caput do art. 57 da Lei n° 8.666/1993, tendo em vista a aplicação subsidiária conferida pelo art. 116 da mesma lei. Contudo, pelas razões já expostas, as limitações de prazo previstas nos incisos do referido artigo não podem ser tidas como absolutas, sendo possível a prorrogação dos prazos dos convênios em hipóteses diversas daqueles previstas no mencionado artigo. O que interessa nos convênios é o cumprimento do seu objeto - seja uma obra, um serviço ou a aquisição de um bem – no prazo de vigência inicialmente ajustado. Contudo, podem ocorrer situações **imprevistas e supervenientes** à celebração do acordo administrativo que impõem a alteração dos prazos estabelecidos no plano de trabalho e, consequentemente, a prorrogação da vigência do convênio.

A despeito da possibilidade da prorrogação do prazo de vigência, vale registrar novamente que a prorrogação excepcional do convênio, inclusive no caso de extrapolação do prazo de 5 anos, não desnatura a característica do convênio como um "ajuste por escopo", na medida em que o convênio não é instrumento idôneo para financiar serviços de caráter continuado, devendo o produto/objeto conveniado estar, de forma obrigatória, **detalhadamente especificado no momento da celebração do acordo, de modo a evitar a inclusão posterior de metas que não tenham relação com o objeto inicialmente conveniado.** Em outras

palavras, não existe convênio com prazo de vigência indeterminado."

22. Ressalte-se, todavia, que deverão ser demonstradas **razões (justificativas) suficientemente** aptas a determinar a prorrogação do prazo, em atendimento ao **dever de motivação.**

23. Por fim, o referido parecer conclui, destacando, que:

> "Importante salientar que, embora se admita, em tese, a possibilidade de prorrogação de convênios além dos limites temporais dos incisos do art. 57, desde que observadas as ressalvas feitas acima (e nesse aspecto, tal observação vale para todo e qualquer convênio), **tal possibilidade não pode ser deferida *a priori*,** de forma genérica, porquanto faz-se imprescindível a **análise caso a caso**, já que tal prorrogação, como repetido à exaustão, é excepcional, **dependendo da apresentação de justificativas técnicas suficientemente aptas a determinar a prorrogação do prazo."**

24. No mesmo sentido, a Orientação Normativa nº 44/2014, da AGU, *in verbis*:

> ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 44, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2014. (*)
>
> "I - A VIGÊNCIA DO CONVÊNIO DEVERÁ SER DIMENSIONADA SEGUNDO O PRAZO PREVISTO PARA O ALCANCE DAS METAS TRAÇADAS NO PLANO DE TRABALHO, NÃO SE APLICANDO O INCISO II DO ART. 57 DA LEI Nº 8.666, DE 1993.
>
> II - RESSALVADAS AS HIPÓTESES PREVISTAS EM LEI, NÃO É ADMITIDA A VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO, DEVENDO CONSTAR NO PLANO DE TRABALHO O RESPECTIVO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.
>
> III - É VEDADA A INCLUSÃO POSTERIOR DE METAS QUE NÃO TENHAM RELAÇÃO COM O OBJETO INICIALMENTE PACTUADO."
>
> REFERÊNCIA: Art. 43, V, e art. 1º, § 2º, XXIII, da Portaria Interministerial CGU/MF/MP nº 507, de 2011, e art. 57, § 3º, c/c art. 116 da Lei nº 8.666, de 1993. Parecer nº 03/2012 /CÂMARAPERMANENTECONVÊNIOS/DEPCONSU/PGF/AGU, aprovado pelo Procurador-Geral Federal em 13.5.2013.
>
> LUÍS INÁCIO LUCENA ADAMS
>
> (*) Editada pela Portaria AGU nº 57, de 26 de fevereiro de 2014, publicada no DOU I de 27.2.104.

DO ADITIVO
DA PRORROGAÇÃO DE PRAZO DE VIGÊNCIA NO CASO CONCRETO

25. **Insta sublinhar que esta análise está restrita ao segundo termo aditivo (Minuta CGPO/SESAI 8590182), não abrangendo qualquer exame sobre a legalidade do convênio celebrado.**

26. O convênio que se pretende prorrogar teve sua vigência original estabelecida em **180 dias**, a contar da assinatura. No aditivo sob análise, pleiteia-se a prorrogação do prazo de vigência por mais 12 meses (conforme cláusula terceira).

27. A prorrogação do instrumento decorreu de pleito da SESAI e da concordância da conveniada, conforme os documentos: "Ofício 6 (7442997) , Ofício (7542842)".

28. Com base no Parecer Referencial nº 03/2013/ CÂMARAPERMANENTECONVÊNIOS/DEPCONSU /PGF/AGU e na Orientação Normativa nº 44/2014 da AGU, **cumpre observar que as razões para essa prorrogação deverão estar cabalmente demonstradas nos autos, assim como a efetividade no cumprimento do objeto do acordo e o respectivo e necessário cumprimento de suas metas originalmente estabelecidas**.

29. **Nos documentos: "**Parecer de Mérito 4 (7690950) **,** Parecer Econômico Financeiro 7 (7796850), Nota Técnica 11 (8583622)**,** Nota Técnica 26 (8586934) **" foram apresentadas as justificativas para a prorrogação e suplementação do convênio em questão (que diante da continuidade do objeto do convênio, a prorrogação e o acréscimo têm fundamentos muito próximos, apesar disto, não foi encontrado nos autos a análise quanto ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos originariamente no convênio em questão, o que é um requisito para a sua prorrogação, conforme a cláusula quinta, subcláusula primeira do termo de convênio originário.**

30. **De tal forma, tal análise quanto à execução do convênio já celebrado é essencial, de forma a demonstrar que a conveniada é capacitada e está executando o objeto do convênio de forma satisfatória.**

31. Além disso, frise-se que a justificativa faz-se necessária e, quanto a esta, não cabe ao órgão jurídico adentrar o mérito (oportunidade e conveniência) das opções do Administrador, exceto em caso de afronta a preceitos legais. O papel do órgão jurídico é recomendar que tal justificativa seja a mais completa possível, orientando o órgão assistido, se for o caso, pelo seu aperfeiçoamento ou reforço, na hipótese de ela se revelar insuficiente, desproporcional ou desarrazoada, de forma a não deixar margem para futuros questionamentos, por exemplo, quanto à pertinência ou necessidade da contratação, ou dos quantitativos estimados.

32. Do mesmo modo, além da **justificativa técnica suficientemente apta a determinar a prorrogação do prazo, recomenda-se a <u>não inclusão</u> de metas que não tenham relação com o objeto inicialmente conveniado.**

<u>DO ACRÉSCIMO AO CONVÊNIO</u>

33. Ressalte-se que deverão ser demonstradas as razões (justificativas) técnicas suficientes a determinar a alteração pretendida, em atendimento ao dever de motivação da administração.

34. Conforme ressaltado no item anterior, foram apresentadas justificativas para a celebração do aditivo, apesar disto, não foi feita uma análise detida acerca de dois pontos essenciais do objeto de acréscimo.

35. **Primeiro, não foi analisado o custo de forma individualizada, ou seja, foi indicada o tamanho da equipe necessária para atender ao DSEI em questão, mas não houve a análise acerca do tamanho de tal equipe, de forma que o dimensionamento em questão,s.m.j., não foi analisado.**

36. **Nesse sentido, o Tribunal de Contas da União já se manifestou** no Acórdão 1439/2017, com a seguinte determinação:

> *Determinar à Sesai, com fundamento no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, e art. 250, inciso II, do RI-TCU,* ***que passe a exigir das entidades proponentes de novos convênios desta natureza que discriminem nos respectivos planos de trabalhos a composição dos gastos administrativos previstos, especialmente a demonstração da estrutura de pessoal necessária para sua gestão,*** *atendendo assim ao art. 52, parágrafo único, da Portaria Interministerial 507/2011;*

37. Ou seja, o dimensionamento da equipe é um dos elementos essenciais que devem ser analisados para a celebração do presente aditivo.

38. **Além disso, não foi indicada a forma como se alcançou o valor total do aditivo, ou seja, a planilha de custos do presente instrumento, com a indicação de cada um dos itens que compõem os custos e a análise acerca da adequação de tais valores. Tais elementos são essenciais na consideração acerca da adequação dos valores a serem aditivados.**

39. **<u>Em tal análise, deve-se avaliar se os custos unitários estão em consonância com os valores de mercado.</u>**

40. **Conforme dispõe a Portaria Interministerial nº 424, já no plano de trabalho deve haver uma análise quanto à compatibilidade dos custos com o objeto a ser executado:**

> Art. 19. O plano de trabalho, que será avaliado pelo concedente, conterá, no mínimo:
>
> [...]
>
> V - compatibilidade de custos com o objeto a ser executado;

41. Em seguida, quando da análise e aprovação do termo de referência, deve haver uma análise mais detida dos custos, sendo que qualquer diferença entre os valores aprovados no termo de referência e os valores do plano de trabalho deverão ser sanadas, conforme os seguintes dispositivos:

> Art. 1º Esta Portaria regula os instrumentos de repasse celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas ou entidades privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.
>
> § 1º Para os efeitos desta Portaria, considera-se:
>
> [...]
>
> XXXIV - termo de referência: documento apresentado quando o objeto do instrumento envolver aquisição de bens ou prestação de serviços, que deverá conter elementos capazes de propiciar **a avaliação do custo pela Administração, diante de orçamento detalhado,**

> **considerando os preços praticados no mercado da região onde será executado o objeto, a definição dos métodos e o prazo de execução do objeto;** e
>
> [...]
>
> Art. 21. Nos instrumentos, o projeto básico acompanhado de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, ou o termo de referência, deverão ser apresentados antes da celebração, sendo facultado ao concedente exigi-los depois, desde que antes da liberação da primeira parcela dos recursos.
>
> [...]
>
> § 5º **Nos casos em que houver divergências de valores entre o plano de trabalho aprovado e o projeto básico ou termo de referência aprovado, os partícipes deverão providenciar as alterações do plano de trabalho e do instrumento.**

42. A justificativa para a celebração de tal aditivo consta do documento: "Nota Técnica 11 (8583622) " :

> (...)
>
> Fez-se necessário em cumprimento ao citado dispositivo legal, que exigia empenho integral dos recursos orçamentários dos convênios ainda no exercício de 2018, a revisão de todos os planos de trabalho inicialmente programados para o período de 12 meses, tendo em vista que a maior parte dos recursos orçamentários autorizados (LOA 2018) já haviam sido aplicados na execução dos convênios vigentes. Desta forma, sem prejuízo do objeto pactuado promoveu-se a compactação das metas e etapas programadas nos convênios, visando adequá-las aos recursos orçamentários ainda disponíveis para o exercício de 2018, conforme descrito abaixo:
>
> 1. Redução no prazo de vigência de 12 meses para 6 meses;
>
> 2. Redução nas etapas programadas de 07 para 04 etapas, com a exclusão das etapas de educação permanente, práticas integrativas e manutenção de EMSI em área, considerando os convênios vigentes contavam com saldos disponíveis para o atendimento dessas atividades;
>
> 3. Redução nos valores a serem repassados sendo disponibilizados recursos para apenas:
>
> a) 3 (três) meses para o pagamento da folha dos profissionais de saúde, etapa de Controle Social e Apoio a Supervisão em Área e,
>
> b) 5 (cinco) meses para gestão administrativos.
>
> Com esses ajustes foi possível aprovar a celebração dos convênios e garantir o tempo hábil para se promover os aditamentos de prazos e de recursos ainda nos primeiros meses do ano 2019, sem gerar solução de continuidades das ações de atenção à saúde em terras indígenas. Segue abaixo tabela com os dados dos convênios 2018:
>
> (...)
>
> Após a aprovação do orçamento para 2019, iniciou-se o processo de aditamento de prazo a partir de janeiro, uma vez que os recursos inicialmente programados, conforme acompanhamento dos saldos em conta, seriam suficientes para viabilizar a integralização da folha de pagamento até o mês fevereiro, mês em que foram providenciados os termos de suplementação dos recursos, agora com os planos de aplicação atualizados para o período de 12(doze) meses contemplando todas as etapas incialmente programadas, o que justifica o aumento substancial dos valores em relação a contratação inicial, consoante tabela abaixo:
>
> (...)

43. Ou seja, a mesma decorre da natureza dos serviços executados no âmbito dos convênios em questão, que são continuados por natureza e não podem sofrer qualquer solução de continuidade, diante da necessidade de prestação de serviços de saúde para as população atingidas.

44. In casu, de acordo com o Parecer de Mérito 4 (7690950) , o valor do presente aditivo convenial é de **R$ 22.112.739,23 (Vinte e dois milhões, cento e doze mil, setecentos e trinta e nove reais e vinte e três centavos).**

45. Ocorre que, muita embora não tenha sido certificado nos autos pelo setor técnico competente, SMJ o acréscimo proposto não observa a limitação de ***25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do acordo***, conforme disposto no parágrafo segundo do art. 65:

> *Art. 65. Os contratos regidos por esta Lei poderão ser alterados, com as devidas*

justificativas, nos seguintes casos:

I - unilateralmente pela Administração:

A) quando houver modificação do projeto ou das especificações, para melhor adequação técnica aos seus objetivos;

B) quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites permitidos por esta Lei;

[...]

§ 1º O contratado fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, *e, no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinqüenta por cento) para os seus acréscimos.*

§ 2º Nenhum acréscimo ou supressão poderá exceder os limites estabelecidos no parágrafo anterior, salvo:

I - (VETADO) (Incluído pela Lei nº 9.648, de 1998)

II - as supressões resultantes de acordo celebrado entre os contratantes.

46. Apesar de não haver norma específica regulamentando os limites a aditivos de objeto de convênios, entende-se que se aplica, por força do disposto no art. 116, da Lei nº 8.666/1993, o § 1º, do art. 65, da mesma lei.

47. Confirmando o entendimento supra, cita-se decisão do TCU, exarada no Acórdão nº 137/2005, *in verbis:*

"*Em convênios firmados com a União ou entidades da Administração Pública Federal, observe os limites de 25% em obras e 50% em reformas, estabelecidos no art. 65 da Lei 8.666/1993,* ***a não ser que estejam presentes, cumulativamente, os seis pressupostos exigidos pela Decisão 215/1999 - Plenário - TCU***."

(Grifou-se)

48. O julgado mencionado no excerto jurisprudencial acima referido, qual seja, a Decisão nº 215/1999 - Plenário - TCU, estabeleceu como regra o respeito aos limites do art. 65, § 1º, da Lei nº 8.666/1993, para acréscimos em ajustes celebrados por entes públicos federais, permitindo, porém, excepcionalmente, que tal restrição seja superada, desde que presentes, cumulativamente, seis requisitos, abaixo enumerados no trecho a seguir reproduzido:

"Decisão:

O Tribunal Pleno, diante das razões expostas pelo Relator, DECIDE:

8.1. com fundamento no art. 1º, inciso XVII, § 2º da Lei nº 8.443/92, e no art. 216, inciso II, do Regimento Interno deste Tribunal, responder à Consulta formulada pelo ex-Ministro de Estado de Estado do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, Gustavo Krause Gonçalves Sobrinho, nos seguintes termos:

a) tanto as alterações contratuais quantitativas - que modificam a dimensão do objeto - quanto as unilaterais qualitativas - que mantêm intangível o objeto, em natureza e em dimensão, estão sujeitas aos limites preestabelecidos nos §§ 1º e 2º do art. 65 da Lei nº 8.666/93, em face do respeito aos direitos do contratado, prescrito no art. 58, I, da mesma Lei, do princípio da proporcionalidade e da necessidade de esses limites serem obrigatoriamente fixados em lei;

b) *nas hipóteses de alterações contratuais consensuais, qualitativas e excepcionalíssimas de contratos de obras e serviços, é facultado à Administração ultrapassar os limites aludidos no item anterior, observados os princípios da finalidade, da razoabilidade e da proporcionalidade, além dos direitos patrimoniais do contratante privado, desde que satisfeitos cumulativamente os seguintes pressupostos*:

I **-** ***não acarretar para a Administração encargos contratuais superiores aos oriundos de uma eventual rescisão contratual por razões de interesse público, acrescidos aos custos da elaboração de um novo procedimento licitatório*****;**

II - ***não possibilitar a inexecução contratual, à vista do nível de capacidade técnica e econômico-financeira do contratado*****;**

III - ***decorrer de fatos supervenientes que impliquem em dificuldades não previstas ou imprevisíveis por ocasião da contratação inicial*****;**

IV - ***não ocasionar a transfiguração do objeto originalmente contratado em outro de natureza e propósito diversos*****;**

V - ***ser necessárias à completa execução do objeto original do contrato, à otimização do cronograma de execução e à antecipação dos benefícios sociais e econômicos decorrentes*****;**

VI - ***demonstrar-se - na motivação do ato que autorizar o aditamento contratual que extrapole os limites legais mencionados na alínea "a", supra - que as consequências da outra alternativa (a rescisão contratual, seguida de nova licitação e contratação) importam sacrifício insuportável ao interesse público primário (interesse coletivo) a ser atendido pela obra ou serviço, ou seja gravíssimas a esse interesse; inclusive quanto à sua urgência e emergência*****;**

8.2. encaminhar à autoridade consulente cópia do inteiro teor desta Decisão, bem como dos Relatórios e Votos que a fundamentaram;

8.3. determinar o arquivamento do presente processo."

(Grifou-se)

49. Sobre a possibilidade de aditivo ao convênio ultrapassar o limite de 25%, estabelecido pelo § 1º, do art. 65, da Lei nº 8.666/1993, cabe considerar o disposto no Parecer nº 13/2013 /CAMARAPERMANENTECONVENIOS/DEPCONSU/PGF/AGU:

"(...) não custa lembrar que o convênio, diferentemente do contrato administrativo, prescinde de procedimento licitatório (e, aqui, repita-se, não está a se tratar de convênio com entidades privadas sem fins lucrativos, que, de regra, têm o chamamento público prévio). Conforme já frisado, trata-se de ajuste marcado pela união de esforços destinados a consecução de um objetivo comum, não havendo vantagem ou lucro a ser obtido. Nessa linha, pode-se defender a não aplicação do limite previsto no art. 65 da Lei de Licitações, na medida em que ausente a ratio do referido dispositivo legal. Ora, se inexiste isonomia ou licitação a ser protegida, qual a finalidade da aplicação da referida limitação? A aplicação cega do dispositivo, sem levar em conta as especificidades do caso, acabaria por desvirtuar o interesse público que se pretende proteger.

(...)

Contudo, a não aplicação do limite de 25% às alterações quantitativas no âmbito dos convênios ***não isenta, por óbvio, o convenente e o concedente de realizarem um planejamento e uma avaliação técnica que reflitam a efetiva necessidade social do ente federativo***, o que, se não feito, redunda na possibilidade de apuração disciplinar própria aos servidores públicos envolvidos. Como adverte o Tribunal de Contas da União,

(...)

Outra preocupação a ser consignada é a ***impossibilidade de transmutação do objeto conveniado***. Não se pode transformar a construção de escola em construção de hospital; a capacitação de professores em aquisição de equipamentos. Embora isso seja difícil de ocorrer nas alterações quantitativas - já que não há modificação das metas, etapas ou fases, mas apenas das quantidades presentes no indicador físico - não é demais afirmar que a ***alteração da dimensão do objeto não pode atingir à funcionalidade básica dele***. A finalidade do acordo e a necessidade social devem ser as mesmas, não podendo ser o foco da modificação. O acréscimo a ser feito tem como objetivo adaptar o objeto às novas circunstâncias ou a corrigir eventuais falhas no planejamento inicial e não a transmutá-lo em objeto distinto.

Ressalte-se, ainda, que deverão ser demonstradas as ***razões (justificativas) técnicas suficientes a determinar a alteração pretendida, em atendimento ao dever de motivação***. *O valor necessário está sujeito à avaliação prévia de setor técnico do ente concedente e à disponibilidade orçamentária e financeira*. A proposta de modificação deve, igualmente, ser remetida à área jurídica juntamente com a manifestação técnica pertinente, acompanhada de minuta de termo aditivo. Observar-se-ão, no aditamento, os mesmos procedimentos e trâmites

> exigidos por ocasião da celebração do convênio.
>
> (...)
>
> ***Importante salientar que, embora se admita, em tese, a alteração quantitativa em convênios acima do limite de 25%, desde que observadas as ressalvas feitas acima (e nesse aspecto, tal observação vale para todo e qualquer convênio), tal possibilidade não pode ser deferida a priori, de forma genérica, porquanto faz-se imprescindível a análise caso a caso, já que tal alteração é excepcional, dependendo da apresentação de justificativas técnicas suficientemente aptas a determinar a modificação do plano de trabalho inicialmente acordado, o que deve ser exigido pela área jurídica competente***. Registre-se, igualmente, que é responsabilidade do convenente todas as precauções para que seja feito um planejamento adequado de sua necessidade, cabendo ao concedente aprovar a demanda a partir de exame tecnicamente fundado, e, sobretudo não permitindo os convênios do tipo "guarda-chuvas", ***sob pena de apuração disciplinar em razão da negligência dos servidores responsáveis***."
>
> (Grifou-se)

50. Impõe-se registrar que o mesmo Parecer nº 013/2013-DEPCONSU/PGF/AGU firmou o entendimento, ***"de que limitar o acréscimo ao percentual de 25% nos convênios que não possuem repercussão em contratos administrativos é desvirtuar o interesse público, considerando que a limitação legal visa a proteger o princípio da isonomia e a licitação, perdendo a razão de ser quando falamos em convênios"***

51. E em suas conclusões destacou o parecer:

> *38. Ante o exposto, e levando em conta os argumentos jurídicos acima delineados, bem como o entendimento firmado pela doutrina e nas orientações da Advocacia-Geral da União, conclui-se o seguinte:*
>
> *a) No âmbito dos convênios, duas situações podem ser identificadas: a) a alteração realizada repercute apenas no convênio; b) a alteração realizada repercurte no convênio e no contrato celebrado pelo convenente;*
>
> *b) Na primeira hipótese (a),* ***o limite de 25% previsto no art. 65, §1º, da Lei n. 8.666/93 não se aplica às alterações quantitativas relacionadas com o indicador físico (quantidade) do plano de trabalho do convênio, tendo em vista a aplicação seletiva autorizada pelo art. 116 da mesma lei e levando em conta as peculiaridades e natureza jurídica dos convênios e o princípio da proporcionalidade****.*
>
> *c) Na segunda hipótese (b), é plenamente aplicável o limite de 25%, tendo em vista o liame jurídico travado entre o convenente e a empresa contratada revelar-se como verdadeira relação jurídico-contratual a atrair a aplicação integral da Lei n. 8.666/93.*
>
> *d) Nos convênios celebrados com entidades privadas sem fins lucrativos selecionadas por meio de chamamento público, o limite de 25% é plenamente aplicável o referido limite às alterações quantitativas, sob pena de violação do princípio da igualdade de oportunidades.*

52. Todavia, percebe-se que o acréscimo, acima de 25% em relação aos valores inicialmente ajustados, reveste-se de caráter excepcional, não sendo, em regra, deferido promovê-lo.

53. Derradeiramente, cumpre ressaltar que não cabe a este órgão consultivo aferir se tais circunstâncias efetivamente se configuram no caso concreto, uma vez que este exame tem natureza predominantemente técnico-administrativa, envolvendo, ainda, aspectos de oportunidade e de conveniência, matérias sobre as quais a Consultoria Jurídica não tem competência para opinar conclusivamente

54. Neste ponto, deve-se demonstrar, diante da natureza do objeto a ser executado e das peculiaridades existentes no ano da celebração dos convênios, a fundamentação da prorrogação atual com o consequente acréscimo de valor, inclusive tendo em vista o prazo de execução do convênio originário, frente ao prazo de execução do aditivo em questão.

DA CONCLUSÃO

55. Pelo exposto, restringindo-se ao exame dos aspectos jurídico-formais do processo, abstraídas as questões técnicas, as quais fogem à competência da análise desta área jurídica, inclusive as de oportunidade e conveniência na formalização do instrumento proposto, **DESDE QUE** **atendidas as orientações tecidas ao longo do presente parecer, concluímos pela possibilidade da celebração dos 2º Termo Aditivo ao Convênio nº 878448/2018, especialmente:**

- **a necessidade de haver plano de trabalho aprovado para as novas metas e objetivos;**
- **declaração de que o aditivo em questão não altera o objeto aprovado;**
- **necessidade de análise quanto ao dimensionamento da equipe alocada para a execução do presente aditivo;**
- **necessidade de análise de custos individuais e gerais do presente aditivo;**
- **necessidade de que haja a análise quanto ao cumprimento e correta execução do convênio até este momento;**
- **necessidade de que haja justificativa técnica suficientemente apta a determinar a prorrogação do prazo, conforme exposto, por exemplo, nos parágrafos 25 a 32.**
- **necessidade de observância do prazo de vigência, para fins de celebração do termo aditivo, de modo que não haja solução de continuidade, em consonância com a Orientação Normativa/AGU nº 03.**
- **necessidade de que a minuta submetida seja preenchida com os dados correspondentes ao aditivo a ser celebrado;**
- **necessidade de observância das condições para celebração estabelecidas nos artigos 22 e seguintes da portaria interministerial nº 424/2016.**

À consideração superior.

Brasília, 03 de abril de 2019.

PAULO EDUARDO FEITOSA BRITO
ADVOGADO DA UNIÃO

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em http://sapiens.agu.gov.br mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000160411201811 e da chave de acesso 6d722330

Documento assinado eletronicamente por PAULO EDUARDO FEITOSA BRITO, de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 246274275 no endereço eletrônico http://sapiens.agu.gov.br. Informações adicionais: Signatário (a): PAULO EDUARDO FEITOSA BRITO. Data e Hora: 03-04-2019 18:20. Número de Série: 13811633. Emissor: Autoridade Certificadora SERPRORFBv4.

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DA CONSULTORIA JURÍDICA

ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, 6º ANDAR, BRASÍLIA/DF, CEP 70058-900

DESPACHO n. 01087/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.160411/2018-11
INTERESSADOS: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E OUTROS
ASSUNTOS: Termo Aditivo Convênio - Saúde Indígena.

1. Aprovo o PARECER n. 00269/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU, da lavra do Advogado da União Paulo Eduardo Feitosa Brito, bem como o DESPACHO n. 01080/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU, assinado pela Coordenadora de Suporte Jurídico em Processos Licitatórios, a Advogada da União Jamille Coutinho Costa, corroborando integralmente os termos do DESPACHO DE APROVAÇÃO n. 00156/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU, subscrito pela Coordenadora-Geral de Análise Jurídica de Licitações, Contratos e Instrumentos Congêneres, a Advogada da União Kelly Reina de Carvalho, adotando seus fundamentos e conclusões.

2. Ao Apoio Administrativo desta Consultoria Jurídica para que:

- **a)** cadastre as manifestações no Sistema SEI e encaminhe os autos virtuais ao Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS e à Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS, para ciência do opinativo e adoção de providências de sua alçada;
- **b)** arquive o processo em epígrafe no Sistema Sapiens.

Brasília, 04 de abril de 2019.

CIRO CARVALHO MIRANDA
Advogado da União
Consultor Jurídico junto ao Ministério da Saúde

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em http://sapiens.agu.gov.br mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000160411201811 e da chave de acesso 6d722330

Documento assinado eletronicamente por CIRO CARVALHO MIRANDA, de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 246654581 no endereço eletrônico http://sapiens.agu.gov.br. Informações adicionais: Signatário (a): CIRO CARVALHO MIRANDA. Data e Hora: 04-04-2019 11:44. Número de Série: 22394. Emissor: Autoridade Certificadora da Presidencia da Republica v5.

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

2º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO N. 878448/2018 QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS/MG, VISANDO PRORROGAR A VIGÊNCIA E SUPLEMENTAR VALORES DE REPASSES.

A **UNIÃO**, por intermédio do **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, inscrito no CNPJ sob o n. 00.530.493/0001-71, doravante denominado simplesmente **CONCEDENTE**, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, em Brasília/DF, neste ato representado pelo (a) MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, LUIZ HENRIQUE MANDETTA, nomeado pelo Decreto n. 1, de 01/01/2019, publicado no DOU n° 198° da Independência e 131° da República portador(a) do RG n. 98911, expedido pela SSP/MS e a(o) e inscrito(a) no CPF/MF sob o n**º**. 519.421.431-68 e a(o) (s) **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS/MG**, inscrito(a) no CNPJ/MF sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado(a) simplesmente CONVENENTE, situado no(a) RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33, SÃO MATEUS neste ato representado por seu (ua) PRESIDENTE, MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIIDA, portador(a) do RG nº M3040499, expedido pelo(a) SSP/MG, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 485.399.966-34, resolvem aditar o presente Convênio, registrado no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse - SICONV, sob o n. 878448/2018, regendo-se pelo disposto na Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, na Lei no nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber, na Lei de Diretrizes Orçamentárias do corrente exercício (Lei n. 13.408, de 26 de dezembro de 2016), no Decreto Federal no nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, no Decreto Federal nº 6.170, de 25 de julho de 2007, regulamentado pela Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações posteriores, consoante o processo administrativo n. 25000.160411/2018-11, e mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo de vigência do termo de Convênio ora aditado, por mais 12 (doze) meses, bem como a suplementação de valores do Convênio acima epigrafado, no montante de **R$ 22.112.739,23 (Vinte e dois milhões, cento e doze mil, setecentos e trinta e nove reais e vinte e três centavos)**, o qual será repassado de acordo com a disposição da Portaria Interministerial nº 424/2016.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA SUPLEMENTAÇÃO

O valor do presente Termo Aditivo é de **R$ 22.112.739,23 (Vinte e dois milhões, cento e doze mil, setecentos e trinta e nove reais e vinte e três centavos)** correspondentes a suplementação orçamentária, de acordo com o Cronograma de Desembolso do Plano de Trabalho, aprovado pelo Ministério da Saúde, consignados na Unidade Orçamentária 36000, Natureza de Despesa 335043, Fonte 6151.

O valor do Convênio fica majorado de **R$ 6.729.663,00 (Seis milhões, setecentos e vinte e nove mil, seiscentos e sessenta e três reais) para R$ 28.842.402,23 (Vinte e oito milhões, oitocentos e quarenta e dois mil, quatrocentos e dois reais e vinte e três centavos),** previsto na Cláusula Sexta do Convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência estipulado na Subcláusula Primeira do termo de Convênio fica prorrogado por 12 (doze) meses, sendo seu novo período de vigência de 24/04/2019 a 24/04/2020.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do Convênio ora aditado, não alteradas pelo presente Termo.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O CONCEDENTE providenciará como condição de eficácia, a publicação deste Termo Aditivo, por extrato, no Diário Oficial da União, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data de sua assinatura.

Estando de pleno acordo e ajustados, as partes assinam o presente Termo em vias de igual teor e forma, para fins de direito.

Brasília, 05 de abril de 2019.

Marco Antônio Guimarães de Almeida — **CONVENENTE**

Luiz Henrique Mandetta — **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**

Documento assinado eletronicamente por **Regina Celia de Rezende**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 08/04/2019, às 12:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Marco Antônio Toccolini**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 08/04/2019, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta**, **Ministro de Estado da Saúde**, em 10/04/2019, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **8702298** e o código CRC **82CA71F7**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 8702298

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

TERMO ADITIVO DE VALOR

CONVÊNIO Nº 878448/2018

PROPOSTA N° 060150/2018 **TIPO_PROJETO Nº** PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE, VISANDO O ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTABELECIDOS PELA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI EM CONSONÂNCIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - PNASPI E AS ESPECIFICIDADES SÓCIO-CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS, NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - SASISUS (CHAMADA PÚBLICA 11/2018)

ENTIDADE:

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CNPJ: 21.583.042/0001-72

UF: MG

ENDEREÇO: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS

REPRESENTANTE LEGAL: MARCO ANTÔNIO GUIMARAES DE ALMEIDA

CARGO/FUNCAO: DIRETOR PRESIDENTE

CPF/MF: 485.399.966-34

PROCESSO: 25000.160411/2018-11

PEDIDO DO CONVENENTE: Ofício n° 150 ANO 2020
OBJETO DESTE TERMO ADITIVO: Suplementação de recursos no valor de **R$ 19.973.847,05 (dezenove milhões, novecentos e setenta e três mil oitocentos e quarenta e sete reais e cinco centavos)**.
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 17/09/2018 **TÉRMINO DA VIGÊNCIA ATUAL:** 31/12/2021 **TERMO ADITIVO R$ 19.973.847,05**

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

Aplica-se ao presente Termo Aditivo o Decreto nº 6.170/2007 e suas alterações; Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 424/2016, alterada pela Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 558/2019 , e Lei nº 8.666/1993, no que couber.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VALOR DO CONVÊNIO

Com a suplementação de recursos ora implementada, o valor total do Convênio passa a ser de **R$ 48.816.249,28 (quarenta e oito milhões, oitocentos e dezesseis mil duzentos e quarenta e nove reais e vinte e oito centavos)**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições deste convênio não modificadas por este Termo.

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPLEMENTAÇAO

A convenente e/ou concedente farão a suplementação de recursos no valor especificado no quadro acima.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo é assinado em 02 (duas vias, devendo ser publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE,** em conformidade com a legislação vigente, para produzir os efeitos legais.

Documento assinado eletronicamente por **Júlio Lobo Bloch**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 01/04/2020, às 18:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 01/04/2020, às 18:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta**, **Ministro de Estado da Saúde**, em 03/04/2020, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0014248944** e o código CRC **D5F20A9B**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0014248944

Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento - CGPO/SESAI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Coordenação-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas
Coordenação de Acompanhamento de Investimentos
Divisão de Reformulação de Investimentos

DESPACHO

DIREF/COACOM/CGAC/FNS/SE/MS

Brasília, 01 de abril de 2020.

Referência: Processo 25000.160411/2018-11

Interessado: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Assunto: Termo Aditivo de Valor de Convênio

Trata-se de solicitação de Termo Aditivo de Valor do Instrumento celebrado com o Ministério da Saúde, conforme Quadro Resumo abaixo:

Quadro Resumo

Instrumento	Convênio 878448/2018
Processo	NUP 25000.160411/2018-11
Entidade	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Objeto	Prestação de serviços e ações complementares na área de atenção à saúde, visando o atingimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas -PNASPI e as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASISUS (chamada pública 11/2018)
Valor do Instrumento	R$ 28.842.402,23

Data de vigência	31/12/2021
Valor a ser aditivado	R$ 19.973.847,05
Valor Total	R$ 48.816.249,28
Área Técnica responsável	Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI

Conforme o Parecer de Mérito nº 5/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0014092605), a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI manifestou-se FAVORÁVEL à suplementação de recurso do Convênio. Segundo informado no referido Parecer "O elenco de indicadores e metas pactuado está em concordância com os instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde e cumprem a função de monitorar os produtos e resultados das ações e serviços complementares de atenção à saúde indígena. Nesse sentido, somos **favoráveis** à celebração do Termo Aditivo de Suplementação de recursos ao Convênio original, para que não haja descontinuidade na assistência às populações indígenas e atestamos que tal ato não configura lesão ou prejuízo a terceiros ou à Administração Pública, tendo em vista a realização do interesse público e o exercício da eficiência."

Traz a SESAI, mediante o Parecer Econômico Financeiro nº 75/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI0014184979) que:

> "os valores previstos para a realização da presente proposta ocorrerão à conta do detalhamento abaixo:
>
> Orçamento de 2020/2021
>
> - Fonte: 6151.
>
> - Programa de trabalho: 10.423.5022.20YP.0001– Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena.
>
> - PTRES: 173241.
>
> - ND: 3350.43.
>
> - VALOR: R$ 19.973.847,05."

Informa a SESAI, na Nota Técnica nº 12/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0014105953), que "elaboração de Termo Aditivo de suplementação de recurso para o Convênio nº 878448/2018 celebrado pela União, por intermédio deste Ministério da Saúde, para a prestação de serviços complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS, a qual **se amolda aos termos do Parecer Referencial** n.00029/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU (SEI 9465122)" (*grifo nosso*).

Em caráter complementar, a SESAI emitiu também a Nota Informativa nº 5/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0014223984), na qual traz que "esta Secretaria Especial de Saúde Indígena ratifica que **seguiu** todas as etapas previstas no **Parecer da CONJUR** de acordo com o demonstrado nas Notas Técnicas inseridas nos autos", que "esta SESAI tem seguido as diretrizes apresentadas ao Sr. Ministro de Estado da Saúde, por meio do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena da 6ª Câmara" e que "entende-se, que a partir dos

esclarecimentos prestados à CONJUR/MS anteriormente, e com a implementação da Portaria nº 69/2018 que todas **as recomendações da CONJUR/MS foram atendidas por esta SESAI**" (*grifos nossos*).

Assim, considerando o exposto, a Divisão de Reformulação de Investimentos (DIREF), a Coordenação de Acompanhamento de Investimento (COACOM), a Coordenação-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas (CGAC), a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (DEFNS) e a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde **recomendam** ao **Ministro da Saúde** o **deferimento** da solicitação de Termo Aditivo de Valor por meio da assinatura do documento Termo Aditivo (SEI 0014248944).

Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cid de Alcântara**, **Chefe da Divisão de Reformulação de Investimentos**, em 02/04/2020, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Frederico Pinheiro Curado**, **Coordenador(a) de Acompanhamento de Investimentos**, em 02/04/2020, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Silvestre Rabello de Aguiar Júnior**, **Coordenador(a)-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas**, em 02/04/2020, às 14:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Dárcio Guedes Junior**, **Diretor(a)-Executivo(a) do Fundo Nacional de Saúde**, em 02/04/2020, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Carlos Alberto Andrade e Jurgielewicz**, **Secretário-Executivo Adjunto**, em 02/04/2020, às 17:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0014240225** e o código CRC **875F4193**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0014240225

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OF GJurHMTJ982 87844818 Nº 453

Itaituba- Pará, 15 de Setembro de 2020.

Ao
Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Secretário Especial de Saúde Indígena
Sr. Robson Santos da Silva

Assunto: Termo Aditivo do convênio devido o enfrentamento da COVID-19.

Versa o presente expediente sobre a elaboração de Termo Aditivo de suplementação de valor do convênio nº 878448/2018 em virtude da pandemia da COVID-19.

Justificativa:
Por meio da Portaria nº 55 de 13 de abril de 2020 e Ofício Circular nº 12/2020/SESAI/CGPO/MS, de 29 de abril de 2020, foram autorizadas as contratações das Equipes de Resposta Rápida, em caráter emergencial, para fortalecimento do enfrentamento da COVID-19. Sendo necessário, portanto, a adequação do presente convênio por meio de Termo Aditivo de Suplementação de Valor para atendimento das necessidades atuais da Secretaria Especial de Saúde indígena.

Solicitação:
Termo aditivo de valor de R$ 1.515.924,39 para o presente convênio a fim de atender a demanda decorrente do enfrentamento da COVID-19.

Atenciosamente,

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Presidente – OSS HMTJ

CRONOGRAMA FÍSICO

Número da Meta	Especificação	Valor (R$)	Data de Início	Data de Término	Rend. Aplicação
1	Estabelecer as ações complementares de atenção à saúde dos povos indígenas a serem desenvolvidas no Distrito Sanitário Especial Indígena ¿ DSEI Rio Tapajós, através de apoio técnico operacional e da gestão estratégica de indicadores de desempenho, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI e as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ¿ SasiSUS, observando as seguintes diretrizes: 1. Atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno; 2. Atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes da infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil; 3. Atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais; 4. Atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal; e Vigilância à saúde indígena; 5. Apoio ao funcionamento das Casas de Saúde Indígena (CASAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do SasiSUS para atendimento no âmbito do SUS junto aos Estados e Municípios; 6. Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS; 7. Apoio as ações de saneamento e educação ambiental, visando garantir as condições sanitárias adequadas para prevenção de doenças evitáveis e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, por meio da implementação de infraestrutura e acompanhamento dos programas de monitoramento da qualidade da água e da Política de resíduos sólidos nas aldeias; 8. Ações de apoio a estruturação da rede de equipamentos de saúde do SasiSUS e a melhoria do acesso as ações de saúde; 9. Apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena; 10. Promover o processo à educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS; 11. Apoio ao desenvolvimento e valorização das práticas e saberes tradicionais relacionados à saúde e sustentabilidade dos povos indígenas; 12. Ações de apoio ao planejamento e gestão dos serviços e insumos necessários para a qualificação da assistência básica prestada no âmbito SasiSUS.	R$ 6.729.663,00	17/09/2018	31/12/2021	NORMAL
2	Estabelecer as ações complementares de atenção à saúde dos povos indígenas a serem desenvolvidas no Distrito Sanitário Especial Indígena ¿ DSEI Rio Tapajós, através de apoio técnico operacional e da gestão estratégica de indicadores de desempenho, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI e as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ¿ SasiSUS, observando as seguintes diretrizes: 1. Atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno; 2. Atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes da infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil; 3. Atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais; 4. Atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal; e Vigilância à saúde indígena; 5. Apoio ao funcionamento das Casas de Saúde Indígena (CASAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do SasiSUS para atendimento no âmbito do SUS junto aos Estados e Municípios; 6. Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS; 7. Apoio as ações de saneamento e educação ambiental, visando garantir as condições sanitárias adequadas para prevenção de doenças evitáveis e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, por meio da implementação de infraestrutura e acompanhamento dos programas de monitoramento da qualidade da água e da Política de resíduos sólidos nas aldeias; 8. Ações de apoio a estruturação da rede de equipamentos de saúde do SasiSUS e a melhoria do acesso as ações de saúde; 9. Apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena; 10. Promover o processo à educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS; 11. Apoio ao desenvolvimento e valorização das práticas e saberes tradicionais relacionados à saúde e sustentabilidade dos povos indígenas; 12. Ações de apoio ao planejamento e gestão dos serviços e insumos necessários para a qualificação da assistência básica prestada no âmbito SasiSUS. ADITIVO DE VALOR	R$ 22.112.739,23	01/01/2019	31/12/2021	NORMAL
3	META 3 ADITIVO DE VALOR -PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE	R$ 21.489.771,44	17/09/2018	31/12/2021	NORMAL

CRONOGRAMA FÍSICO DETALHADO

CRONOGRAMA FÍSICO 2020
ENTIDADE: RIO TAPAJÓS
CONVÊNIO: 878448/2018

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÕES - DESCRIÇÃO DA ETAPA	6ª PARCELA - MAIO 2020	7ª PARCELA - JULHO 2020	8ª PARCELA - SETEMBRO 2020	9ª PARCELA - OUTUBRO 2020	10ª PARCELA - DEZEMBRO 2020	11ª PARCELA - JANEIRO 2021	TOTAL
			VALOR PROGRAMADO	VALOR PROGRAMADO	VALOR PROGRAMADO	VALOR PROGRAMADO	VALOR PROGRAMADO	VALOR PROGRAMADO	
3	1	RH COM ENCARDOS	2.625.038,51	2.625.038,51	-	2.625.038,51	2.625.038,51	7.570.429,49	18.070.583,53
	2	EDUCAÇÃO PERMANENTE	465,00	465,00	-	465,00	465,00	465,00	2.325,00
	3	CONTROLE SOCIAL	61.180,26	61.180,26	-	61.180,26	61.180,25	61.180,26	305.901,29
	4	APOIO AS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO	6.053,16	6.053,16	-	6.053,16	6.053,16	6.053,16	30.265,80
	5	APOIO A GESTÃO ADMINISTRATIVA	312.954,29	312.954,29	-	312.954,29	312.954,27	312.954,29	1.564.771,43
	6	EMSI COVID-19: SALÁRIOS, ENCARGOS E AJUDA DE CUSTO - Contratação de mão de obra e encargos sociais para enfrentamento da COVID-19 - PLANO EMERGENCIAL DE ENFRENTAMENTO A COVID-19	-	-	1.515.924,39	-	-	-	1.515.924,39
			3.005.691,22	**3.005.691,22**	**1.515.924,39**	**3.005.691,22**	**3.005.691,19**	**7.951.082,20**	**21.489.771,44**

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Número da Parcela	Metas	Tipo I	Mês	Ano	Valor (R$)
1	1	CONCEDENTE	Outubro	2018	R$ 1.345.932,00
2	1	CONCEDENTE	Novembro	2018	R$ 5.383.731,00
3	2	CONCEDENTE	Fevereiro	2019	R$ 10.217.646,00
4	2	CONCEDENTE	Setembro	2019	R$ 3.944.011,00
5	2	CONCEDENTE	Janeiro	2020	R$ 7.951.082,23
6	3	CONCEDENTE	Maio	2020	3.005.691,22
7	3	CONCEDENTE	Julho	2020	3.005.691,22
8	3	CONCEDENTE	Setembro	2020	1.515.924,39
9	3	CONCEDENTE	Outubro	2020	3.005.691,22
10	3	CONCEDENTE	Dezembro	2020	3.005.691,19
11	3	CONCEDENTE	Janeiro	2021	7.951.082,20

PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO
ENTIDADE: RIO TAPAJÓS
CONVÊNIO: 878448/2018

TIPO DE DESPESA		DESCRIÇÃO	COD NATUREZA	NATUREZA AQUISIÇÃO	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Serviço	Contratação e remuneração das equipes multiprofissionais voltados a oferta de ações de Atenção à Saúde Indígena.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 13.154.356,10	R$ 13.154.356,10
2	Tributo	Pagamento dos encargos sociais incidentes sobre a despesa de pessoal, provisão de verbas indenizatórias	33904718	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 4.718.204,45	R$ 4.718.204,45
3	Serviço	Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, edificações e saneamento ambiental.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 198.022,98	R$ 198.022,98
4	Serviço	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 120,00	R$ 120,00
5	Serviço	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa de Educação Permanente.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 455,00	R$ 455,00
6	Bem	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Educação Permanente.	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 1.750,00	R$ 1.750,00
7	Serviço	Pagamento de Diárias em apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 19.650,00	R$ 19.650,00
8	Serviço	Contratação de serviços de terceiros em diversas áreas para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 191.374,76	R$ 191.374,76

9	Bem	Aquisição de materiais de consumo para as atividades de apoio as reuniões/capacitações da etapa Controle Social.	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 720,00	R$ 720,00
10	Serviço	Apoio à fiscalizações/monitoramentos a serem realizadas pelas equipes multidisciplinares do DIASI e SESANI, conforme Plano de Ação em anexo.	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 30.265,80	R$ 30.265,80
11	Serviço	Despesas com diárias dos profissionais da gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas	33901414	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 36.000,00	R$ 36.000,00
12	Serviço	Contratação e remuneração com encargos sociais, provisão de verbas indenizatórias, benefícos Convenção Coletiva de serviços técnico profissionais em diversas áreas para a gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar,	33903606	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 778.523,64	R$ 778.523,64
13	Serviço	Contratação de serviços pessoa jurídica para gestão administrativa da Convenente no interesse de atuar, em caráter complementar, nas ações de assistência à saúde aos povos indígenas.	33903599	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 768.804,32	R$ 768.804,32
14	Bem	Aquisição de materiais de consumo para a gestão Aquisição de passagens aéreas, fluvial,	33903099	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 9.600,00	R$ 9.600,00
15	Serviço	Aquisição de passagens aéreas, fluvial, terrestre locação de veículos, fretes aéreos e terrestres, serviços de táxi.	33903399	CONVÊNIOS	UNID.	1,0	R$ 66.000,00	R$ 66.000,00
16	SERVIÇO	Manutenção das ERR	33903635	Recursos do convênio	UNI	1,0	R$ 837.522,00	R$ 837.522,00
17	SERVIÇO	Encargos Sociais das ERR	33904720	Recursos do convênio	UNI	1,0	R$ 300.402,39	R$ 300.402,39
18	SERVIÇO	Apoio (Diárias e Pernoites)	33901414	Recursos do convênio	UNI	1,0	R$ 378.000,00	R$ 378.000,00
							R$ 21.489.771,44	**R$ 21.489.771,44**

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

PARECER DE MÉRITO Nº 56/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS

DSEI: RIO TAPAJÓS

CONVENIADA: HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS

Nº DO CONVÊNIO: 878448/2018

1. Trata-se do Parecer Técnico de **mérito** do Convênio acima referenciado, para integração de um novo Plano de Trabalho relativo à **suplementação** de recursos para o exercício de 2020, no valor de **R$ 1.515.924,39 (um milhão, quinhentos e quinze mil novecentos e vinte e quatro reais e trinta e nove centavos) ,** para execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas considerando o estado de calamidade publica em decorrência de pandemia internacional referente a COVID-19.

2. Destaca-se que por meio da Portaria GM/MS nº 454, de 20 de março de 2020 foi declarado, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do Coronavírus (Covid-19).

3. Nesse sentido, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria SESAI nº 55 de 13 de abril de 2020, que institui a criação da Equipe de Resposta Rápida (ERR), no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para fortalecimento do enfrentamento da pandemia internacional relacionada a COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dessa forma, o Termo Aditivo de suplementação de valor é justificado para contemplar as contratações das ERR para fortalecimento do combate a COVID-19 no escopo do SASISUS.

4. Cumpre informar que a Portaria nº 69 de 26 de outubro de 2018 contém em anexo os modelos dos procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução das ações complementares de atenção à saúde da população indígena mediante a celebração de convênios, no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena, com o objetivo de identificar e corrigir problemas e fornecer informações para a tomada de decisões realizada pelas unidades de monitoramento.

5. Ressalta-se que durante todo o exercício de 2019 esta Secretaria realizou visita técnica com vistas a monitorar a execução física do referido convênio, conforme disposto no processo SEI nº 25000.096126/2019-11. E tem atuado em 2020 no mesmo sentido realizando o acompanhamento e monitoramento das atividades previstas no convênio por meio dos relatórios previstos nessa mesma Portaria.

6. O elenco de indicadores e metas pactuado está em concordância com os instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde e cumprem a função de monitorar os produtos e resultados das ações e serviços complementares de atenção à saúde indígena.

7. Nesse sentido, somos **favoráveis** à celebração do Termo Aditivo de Suplementação de recursos ao Convênio original, para fortalecimento da assistência às populações indígenas em decorrência da COVID-19 e atestamos que tal ato não configura lesão ou prejuízo a terceiros ou à Administração Pública, tendo em vista a realização do interesse público e o exercício da eficiência.

Departamento de Atenção à Saúde Indígena - (DASI)

Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB)

Controle Social – GAB/SESAI

Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Alves Miranda**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção à Saúde Indígena**, em 24/09/2020, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ghislaine Maria de Oliveira Barros**, **Gerente de Projeto**, em 24/09/2020, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo dos Santos Santana**, **Diretor(a) do Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena**, em 25/09/2020, às 20:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016638613** e o código CRC **2965CBC8**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0016638613

Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento - CGPO/SESAI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

PARECER ECONÔMICO FINANCEIRO Nº 175/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS

PROGRAMA/AÇÃO: 10122501821C06500

Enfrentamento da emergência da saúde nacional

Este Parecer retifica o Parecer Econômico Financeiro 124 (0016647229).

RAZÃO SOCIAL	**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
CNPJ: 21.583.042/0001-72	**Tipo de Recurso: Programa**
Convênio: 878448/2018	**DSEI: RIO TAPAJÓS**

Objeto do Convênio: Prestação de serviços e ações complementares na área de atenção à saúde, visando o atingimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – (PNASPI) e as especificidades socioculturais dos povos indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS (Chamada pública nº 11/2018).

PARECER TÉCNICO-ECONÔMICO – CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS – CGPO/SESAI

O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS** apresenta o Plano de Trabalho para ampliação das ações de saúde indígena para fortalecimento do enfrentamento da COVID-19. De acordo com as normas previstas na Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, a presente proposta, obteve preliminarmente Parecer Técnico de Mérito FAVORÁVEL do DASI, DEAMB e CONTROLE SOCIAL. Compreende-se o Parecer Técnico-Econômico a análise da coerência e compatibilidade do pleito, com as questões relacionadas aos objetivos prioritários do Ministério da Saúde. Em consonância com as referidas normas, a avaliação deste Parecer Técnico restringe-se à compatibilidade técnico-econômica dessa assistência com base na descrição e detalhamento

das atividades a serem desenvolvidas.

Para celebração do presente Termo Aditivo de valor será suplementado o valor de **R$ 1.515.924,39 (um milhão, quinhentos e quinze mil novecentos e vinte e quatro reais e trinta e nove centavos) a ser repassado em parcela única,** conforme Cronograma de Desembolso aprovado na Tabela (1) abaixo:

8ª PARCELA	9ª PARCELA	10ª PARCELA	11ª PARCELA
R$1.515.924,39	R$ 3.005.691,22	R$ 3.005.691,19	R$ 7.951.082,20

Tabela 1: Cronograma de Desembolso

O valor a ser suplementado será executado conforme apresentado na Tabela (2) a seguir:

Etapa	Valor
Etapa 01 (Contratação de mão de obra)	R$ 18.070.583,53
Etapa 02 (Apoio às atividades de educação permanente)	R$ 2.325,00
Etapa 03 (Apoio às atividades do controle social)	R$ 305.901,29
Etapa 04 (Apoio à supervisão da equipe)	R$ 30.265,80
Etapa 05 (Gestão Administrativa)	R$ 1.564.771,43
Etapa 06 (Contratação de mão de obra COVID-19)	R$ 1.515.924,39

Tabela 2: Valores por Etapa

Os valores previstos para a realização da presente proposta ocorrerão à conta do detalhamento abaixo:

Orçamento de 2020/2021:

- Fonte: 6151.
- Programa de trabalho: **10.122.5018.21C0.6500– Enfrentamento da emergência da saúde nacional.**
- PTRES: 186452.
- ND: 3350.43.
- VALOR: **R$ 1.515.924,39.**

Compreende-se no Parecer de Mérito a análise da coerência e compatibilidade do pleito com as questões relacionadas aos objetivos e prioridades do Ministério da Saúde, perfil e papel estratégico da instituição proponente.

O valor da suplementação será liberado em 01 (uma) parcela para

enfrentamento da COVID-19 conforme dispostas no cronograma de desembolso do SICONV.

Nestes termos, sob o ponto de vista exclusivamente técnico-econômico, restrito às atividades a serem desenvolvidas e valores apresentados na Proposta analisada, nada temos a opor quanto a sua aprovação.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

Em complementação ao Parecer Técnico-Econômico, considerou-se para análise dos valores propostos para a realização das metas e etapas programadas nos convênios, os recursos efetivamente executados no ano de 2019 e 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Júlio Lobo Bloch**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 28/09/2020, às 15:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 29/09/2020, às 19:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016897537** e o código CRC **A337C48D**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0016897537

Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento - CGPO/SESAI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

NOTA TÉCNICA Nº 55/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS

1. ASSUNTO

Trata-se de Nota Técnica destinada a fornecer informações gerais e balanço das medidas adotadas e resultados alcançados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no exercício de 2019, de forma a subsidiar os esclarecimentos necessários quanto à necessidade de elaboração de Termo Aditivo de suplementação de recurso para o Convênio nº 878679 celebrado pela União, por intermédio deste Ministério da Saúde, para a prestação de serviços complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS, a qual se amolda aos termos do Parecer Referencial n.00029/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU.

2. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) regulamentada pelo Decreto nº 3.156/1999 e aprovada pela Portaria nº 254/2002 visa a garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral e diferenciada à saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional.

Neste contexto, a SESAI trabalha de maneira descentralizada, a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e as Casas de Saúde Indígenas (CASAI) nacionais. Dessa forma, foram celebrados 35 convênios para atender os 34 DSEI e a CASAI/BSB, a qual é vinculada ao nível central.

Tendo em vista as especificidades destacadas na PNASPI e as peculiaridades de organização do Subsistema de Saúde Indígena como um todo, para garantir o cumprimento da missão institucional desta SESAI, o plano de trabalho dos convênios são divididos em etapas conforme seu eixo de atuação. A seguir são apresentadas as 06 (seis) etapas dispostas nos planos de trabalho dos convênios de âmbito desta Secretaria e a descrição de cada uma delas.

- **Etapa 01 (Apoio à Gestão das equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena):** apoiar a contratação e gestão de recursos humanos necessária para a execução dos serviços na área de saúde, edificações e saneamento ambiental;

- **Etapa 02 (Apoio à Educação Permanente):** apoiar a atividade de formação das equipes de saúde para atenção qualificada dos povos indígenas;
- **Etapa 03 (Apoio ao Controle Social):** apoiar a participação do Controle Social, assegurando o planejamento ascendente das ações, considerando as especificidades culturais, históricas, geográficas e epidemiológicas dos povos indígenas;
- **Etapa 04 (Apoio à elaboração e implantação de Práticas Integrativas de Saúde e saberes tradicionais):** apoiar a execução de ações e programas de fomento e implantação de atividades voltadas ao resgate e valorização dos saberes indígenas;
- **Etapa 05 (Apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área):** apoiar a supervisão das atividades de atenção à saúde, saneamento ambiental e controle social, devendo ser previstos o pagamento de ajuda de custo aos profissionais que realizarão as supervisões.
- **Etapa 06 (Apoio a gestão administrativa):** este eixo contempla o conjunto de atividades, serviços e insumos relacionados à gestão administrativa da entidade beneficente da área da saúde para operacionalização dos serviços de atenção complementar à saúde dos povos indígenas.

Destaca-se que por meio da Portaria GM/MS nº 454, de 20 de março de 2020 foi declarado, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo Coronavírus (COVID-19).

Nesse sentido, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria SESAI nº 55 de 13 de abril de 2020, que institui a criação da Equipe de Resposta Rápida (ERR), no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para fortalecimento do enfrentamento da pandemia internacional relacionada a COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dessa forma, o Termo Aditivo de suplementação de valor é justificado para contemplar as contratações das ERR para fortalecimento do combate a COVID-19 no escopo do SASISUS e PNASPI. Dessa forma, será aditivada ao Plano de trabalho uma nova Etapa nomeada por "Contratação de mão de obra e encargos sociais para enfrentamento da COVID-19"

A referida despesa será custeada pela funcional programática **21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus**, por meio da Medida Provisória nº 976/2020 .

3. ANÁLISE

Esta Seção é destinada à manifestação pontual de todas as recomendações contidas no Parecer Referencial n.00029/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU para suplementação de recurso do Convênio nº **878448/2018** de âmbito do DSEI Rio Tapajos.

3.1. Plano de Trabalho para as novas metas e objetivos

De antemão, é importante mencionar que o presente aditivo não altera o objeto aprovado. O que a suplementação de recursos visa é ampliar ações previstas no Plano de Trabalho atual para fortalecimento do enfrentamento da COVID-19 no âmbito deste convênio.

Destaca-se que as ações contidas no referido Plano de Trabalho foram analisadas e aprovadas pelas áreas técnicas desta Secretaria, as quais avaliaram os objetivos, metas, indicadores e demais ações previstas para cada etapa contida no Plano de Trabalho até sua posterior validação e aprovação para execução.

3.2. Análise quanto ao dimensionamento da equipe alocada para a execução do presente aditivo

O dimensionamento da equipe alocada para a execução do presente aditivo foi realizado de acordo com a Portaria SESAI nº 55 de 13 de abril de 2020, que institui a criação da Equipe de Resposta Rápida (ERR) e outras necessidades vislumbradas no decorrer do período de pandemia. As análises preliminares envolveram todas as áreas técnicas desta Secretaria, em que se verificou os dados demográficos, estruturais e logísticos da região, bem como as especificidades étnicas e culturais para estabelecimento de parâmetros com vistas a estimar a força de trabalho necessária para atuação em cada DSEI.

3.3. Análise quanto ao cumprimento e correta execução do convênio

A análise quanto ao cumprimento e correta execução do convênio, no que diz respeito ao acompanhamento e monitoramento das suas metas físicas, ocorre conforme diretrizes estabelecidas pela Portaria 69/2018.

3.4. Justificativa técnica para prorrogação do prazo do convênio

Esta Secretaria Especial de Saúde Indígena apresentou ao Sr. Ministro de Estado da Saúde, por meio de Grupo de Trabalho Saúde Indígena da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão, complementação dos estudos preliminares que são objeto da Ação Civil Pública Cível nº 007510059.2007.5.10.0018 da 18ª Vara do Trabalho de Brasília – DF, que versa os modelos, as medidas concretas e os prazos específicos que a SESAI irá adotar no âmbito do atendimento à saúde dos povos indígenas, conforme pode ser observado no processo SEI nº 25000.193710/2019-13.

Neste contexto, ficou estabelecido que esta SESAI procederia com a prorrogação dos instrumentos conveniais por 24 meses, a fim de garantir a assistência à saúde aos povos indígenas. Esta etapa já foi desenvolvida por esta SESAI e, atualmente, este convênio possui vigência até 31/12/2021 juntamente com todos os demais instrumentos, garantindo a uniformidade de prazo e a assistência aos povos indígenas. Em paralelo a isto, seriam realizados estudos que visam dimensionar a força de trabalho nos DSEIs e novos editais de chamamento público.

Destaca-se que o presente aditivo não altera o prazo de vigência dos convênios, restringindo-se a suplementação de valor necessária para contratação das ERR e seus encargos sociais.

3.5. Análise dos custos individuais e gerais do presente aditivo

A seguir será apresentado o valor atual do convênio, o valor a ser suplementado.

- Valor atual: R$ 48.816.249,28 (quarenta e oito milhões, oitocentos e dezesseis mil duzentos e quarenta e nove reais e vinte e oito centavos);
- Valor a ser suplementado: R$ 1.515.924,39 (um milhão, quinhentos e quinze mil novecentos e vinte e quatro reais e trinta e nove centavos);
- Valor final: R$ 50.332.173,67 (cinquenta milhões, trezentos e trinta e dois mil cento e setenta e três reais e sessenta e sete centavos);

Foi elaborado ainda o Plano de Aplicação Detalhado dos custos do convênio conforme apresentado no documento SEI nº 0016786408

Destaca-se que a suplementação está dentro do limite estabelecido pelo o art. 65, § 1º, da Lei nº 8.666/1993.

Importa mencionar ainda que a suplementação de recurso não modifica as etapas e o objeto do convênio já pactuados, mas visa adicionar nova etapa para ampliação do atendimento aos povos indígenas frente a necessidade decorrente do enfrentamento da COVID-19.

3.6. Metodologia aplicada para composição dos custos

Os valores definidos no Plano de Trabalho foram estimados com base na necessidade de contratação da ERR para cada Distrito Especial Sanitário Indígena (DSEI), seguindo os seguintes parâmetros:

- Número de ERR que podem ser contratadas : 03;
- Composição de cada ERR: 01 Médico, 02 Enfermeiros e 04 técnicos de enfermagem;
- Período de contratação: Até Dezembro de 2020;

A partir disso, foi possível estimar um custo mensal e projeta-lo até dezembro de 2020.

3.7. Atendimento das recomendações da CONJUR/MS

Com relação as recomendações da CONJUR/MS exaradas anteriormente a esta SESAI cujo objeto são os convênios, cabe esclarecer que destinavam-se aos seguintes convênios : 878679/2018, 878445/2018, 878450/2018, 878448/2018, 878452/2018, 873187/2018, 878437/2018, 878454/2018, 878444/2018, 878440/2018, 878442/2018, 878438/2018, 878439/2018, 878443/2018 e 878441/2018 e que a SESAI já se manifestou anteriormente com relação ao seu cumprimento por meio do documento 0014220705.

Dessa forma, ratifica-se o posicionamento anterior desta Secretaria informando que as recomendações ora expedidas já foram e/ou estão sendo atendidas no âmbito dos convênios. A exemplo de:

- Implementação da Portaria de Acompanhamento dos convênios nº 69/2018;
- Visitas técnicas realizadas em 2019;

Na ocasião a CONJUR/MS por meio dos documentos SEI nº 8680968 e 8681012 foi solicitado, em resumo, o seguinte:

- Demonstrativo de proporcionalidade entre o valor a ser suplementado e os custos dos convênios;
- Implementação de ferramenta de monitoramento da execução do convênio;
- Apresentação de esclarecimentos quanto a proporcionalidade de valor entre aditivos

anteriores;

Por fim, entende-se,que a partir dos esclarecimentos prestados à CONJUR/MS anteriormente, e com a implementação da Portaria nº 69/2018 que todas as recomendações da CONJUR/MS foram atendidas por esta SESAI. Destaca-se ainda, que a atual gestão à frente desta Secretaria tomou posse a partir da data de 12/02/2020 e desde então tem atuado, com transparência, para garantir a continuidade dos serviços de saúde aos povos indígenas de acordo com a legislação vigente.

4. CONCLUSÃO

Esta Nota Técnica se amolda aos termos do PARECER REFERENCIAL n. 00029/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU (0014053968).

Ademais, foi utilizada a minuta-padrão de termo aditivo aprovada pela Consultoria Jurídica, conforme anexo (0016647281).

Ratifica-se que estão sendo adotadas as medidas recomendadas pela CONJUR/MS.

Documento assinado eletronicamente por **Júlio Lobo Bloch**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 24/09/2020, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 24/09/2020, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016638630** e o código CRC **B4976EEC**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0016638630

Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento - CGPO/SESAI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

TERMO ADITIVO DE VALOR **CONVÊNIO Nº 878448/2018** **PROPOSTA N°** 060150/2018 **TIPO_PROJETO :** PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE, VISANDO O ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTABELECIDOS PELA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI EM CONSONÂNCIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - PNASPI E AS ESPECIFICIDADES SÓCIO-CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS, NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - SASISUS (CHAMADA PÚBLICA 11/2018)
ENTIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ: 21.583.042/0001-72
UF: MG
ENDEREÇO: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS
REPRESENTANTE LEGAL: MARCO ANTÔNIO GUIMARAES DE ALMEIDA
CARGO/FUNCAO: DIRETOR PRESIDENTE
CPF/MF: 485.399.966-34
PROCESSO: 25000.160411/2018-11

PEDIDO DO CONVENENTE: Ofício n° 453
OBJETO DESTE TERMO ADITIVO: Suplementação de recursos no valor de **R$ 1.515.924,39 (um milhão, quinhentos e quinze mil novecentos e vinte e quatro reais e trinta e nove centavos)**□□.
INÍCIO DA VIGÊNCIA: 17/09/2018 - **TÉRMINO DA VIGÊNCIA ATUAL: 31/12/2021 TERMO ADITIVO DE VALOR R$ 1.515.924,39**

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

Aplica-se ao presente Termo Aditivo o Decreto nº 6.170/2007 e suas alterações; Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 424/2016, alterada pela Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 558/2019 , e Lei nº 8.666/1993, no que couber.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VALOR DO CONVÊNIO

Com a suplementação de recursos ora implementada, o valor total do Convênio passa a ser de **R$ 50.332.173,67 (cinquenta milhões, trezentos e trinta e dois mil cento e setenta e três reais e sessenta e sete centavos).**

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições deste convênio não modificadas por este Termo.

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPLEMENTAÇAO

A convenente e/ou concedente farão a suplementação de recursos no valor especificado no quadro acima.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo é assinado em 02 (duas vias, devendo ser publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE,** em conformidade com a legislação vigente, para produzir os efeitos legais.

Documento assinado eletronicamente por **Júlio Lobo Bloch**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 24/09/2020, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº

900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 24/09/2020, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Pazuello**, **Ministro de Estado da Saúde**, em 02/10/2020, às 18:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016647281** e o código CRC **09E90DAE**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0016647281

Coordenação-Geral de Planejamento de Orçamento - CGPO/SESAI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

DESPACHO

SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 11 de setembro de 2020.

DSEI: RIO TAPAJÓS

CONVENIADA: HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS

Nº DO CONVÊNIO: 878448/2018

Assunto: **Cronograma Físico, Desembolso e Plano de Aplicação Detalhada**

À DIREF,

1. Trata-se de solicitação de Termo Aditivo de valor para o convênio supramencionado, visando a suplementação de recursos da ordem de **R$ 1.515.924,39 (um milhão, quinhentos e quinze mil novecentos e vinte e quatro reais e trinta e nove centavos)** destinados a ampliar às ações de saúde indígena para enfrentamento da COVID-19**.**

2. Ressalta-se que foram seguidas todas as recomendações apresentadas no Parecer Referencial nº 00029/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU, que versa sobre análise dos Termos Aditivos dos Convênios celebrados pelo Ministério da Saúde, conforme documentos inseridos nos autos. Ademais, as áreas técnicas desta SESAI manifestaram-se favoravelmente quanto ao mérito da presente suplementação de recursos.

3. Nesse sentido, foram apensados aos autos os seguintes documentos:

- Ofício de solicitação de Termo Aditivo (0016795795);
- Plano de Trabalho (0016844354)
- Plano de Aplicação detalhado (0016786408);
- Parecer de Mérito SESAI (0016638613);
- Parecer Econômico e Financeiro SESAI (0016647229);
- Parecer Referencial Conjur para celebração de aditivo (0014053968);
- Nota Técnica explicativa/descritiva em atendimento ao Parecer Referencial CONJUR/MS (0016638630);
- Termo Aditivo de Valor (0016647281);

4. Dessa forma, encaminha-se ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para as providências cabíveis.

Documento assinado eletronicamente por **Júlio Lobo Bloch**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 24/09/2020, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 24/09/2020, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016647307** e o código CRC **AD080704**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0016647307

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

DESPACHO

SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 28 de setembro de 2020.

À DIREF,

1. Trata-se de despacho complementar cujo objeto versa sobre a retificação do Parecer Econômico Financeiro 124 (0016647229).

2. Esta Coordenação informa que foram revistas as informações e dessa forma torna-se válido o descrito no documentos a seguir:

- **Parecer Econômico Financeiro 175 : 0016897537**

3. Diante do exposto, encaminham-se os autos ao Fundo Nacional de Saúde para providências cabíveis.

Documento assinado eletronicamente por **Júlio Lobo Bloch**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Orçamento**, em 28/09/2020, às 15:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 29/09/2020, às 19:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016899800** e o código CRC **F09E3A55**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0016899800

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Coordenação-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas
Coordenação de Acompanhamento de Investimentos
Divisão de Reformulação de Investimentos

DESPACHO

DIREF/COACOM/CGAC/FNS/SE/MS

Brasília, 25 de setembro de 2020.

Referência: Processo 25000.160411/2018-11

Interessado: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus□

Assunto: Termo Aditivo de Valor de Convênio

Trata-se de solicitação de Termo Aditivo de Valor do Instrumento celebrado com o Ministério da Saúde, conforme Quadro Resumo abaixo:

Quadro Resumo

Instrumento	Convênio 878448/2018
Processo	NUP 25000.160411/2018-11
Entidade	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus□
Objeto	Prestação de serviços e ações complementares na área de atenção à saúde, visando o atingimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI e as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas, no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena - SASISUS (Chamada Pública 11/2018).
Valor do Instrumento	R$ 48.816.249,28
Data de vigência	31/12/2021
Valor a ser aditivado	R$ 1.515.924,39
Valor Total	R$ 50.332.173,67
Área Técnica responsável	Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI

Conforme o Parecer de Mérito nº 56/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0016638613), a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI manifestou-se

FAVORÁVEL à suplementação de recurso do Convênio. Segundo informado no referido Parecer "para execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas considerando o estado de calamidade publica em decorrência de pandemia internacional referente a COVID-19."

Traz a SESAI, mediante o Parecer Econômico Financeiro nº 124/2020 (SEI 0016647229) SESAI/CGPO/SESAI/MS retificado pelo Despacho CGPO/SESAI (SEI 0016899800) que:

> "os valores previstos para a realização da presente proposta ocorrerão à conta do detalhamento abaixo:
>
> Orçamento de 2020/2021
>
> - Fonte: 6151.
>
> - Programa de trabalho: 10.122.5018.21C06500– Enfretamento da emergência da saúde nacional.
>
> - PTRES: 186452.
>
> - ND: 3350.43.
>
> - VALOR: R$ 1.515.924,39."

Ainda, informa a SESAI na Nota Técnica nº 55/2020-SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0016638630) que "elaboração de Termo Aditivo de suplementação de recurso para o Convênio nº 878448/2018 celebrado pela União, por intermédio deste Ministério da Saúde, para a prestação de serviços complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS, a qual **se amolda aos termos do Parecer Referencial** n.00029/2019/CONJUR-MS/CGU/AGU (SEI 9465122)".

Assim, considerando o exposto, a Divisão de Reformulação de Investimentos (DIREF), a Coordenação de Acompanhamento de Investimento (COACOM), a Coordenação-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas (CGAC), a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (DEFNS) e a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde **recomendam** ao **Ministro da Saúde** o **deferimento** da solicitação de Termo Aditivo de Valor por meio da assinatura do documento Termo Aditivo (SEI 0016647281).

Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cid de Alcântara**, **Chefe da Divisão de Reformulação de Investimentos**, em 30/09/2020, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Frederico Pinheiro Curado**, **Coordenador(a) de Acompanhamento de Investimentos**, em 30/09/2020, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Mônica Cruz Kafer**, **Coordenador(a)-Geral de Acompanhamento de Investimentos e Análise de Contas**, em 30/09/2020, às 19:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Dárcio Guedes Junior**, **Diretor(a)-Executivo(a) do Fundo Nacional de Saúde**, em 01/10/2020, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Jorge Luiz Kormann**, **Secretário-Executivo Adjunto**, em 01/10/2020, às 18:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016868970** e o código CRC **BF5AEE82**.

Processo: 25000.160411/2018-11 Documento: 0020721090

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

TERMO ADITIVO **TERMO ADITIVO DE VALOR Nº 15** **PROPOSTA N°** 060150/2018 **TIPO PROJETO: CONVÊNIO** Nº 878448/2018		
CONCEDENTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE	**CNPJ:** 00.530.493/0001-71	**UF:** DF
ENDEREÇO: ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, BRASÍLIA-DF, CEP: 70.058-900		
REPRESENTANTE LEGAL: MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES		**CARGO/FUNÇÃO:** MINISTRO DA SAÚDE
CPF/MF: 467.148.394-72		
ENTIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	**CNPJ:** 21.583.042/0001-72	**UF:** MG
ENDEREÇO: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SÃO MATEUS. Juiz De Fora - MG		
REPRESENTANTE LEGAL: MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA		**CARGO/FUNÇÃO:** DIRETOR PRESIDENTE
CPF/MF: 485.399.966-34	**PROCESSO:** 25000.160411/2018-11	
PEDIDO DO CONVENENTE: Ofício GJurHMTJ982 87844818 Nº 543 (SEI 0020338727)		
OBJETO DESTE TERMO ADITIVO: SUPLEMENTAÇÃO DE RECURSOS R$ 21.988.749,13		
DOCUMENTAÇÃO DA APROVAÇÃO: Despacho DIREF/COACOM/CGAC/FNS/SE/MS (SEI 0020427495)		
VALOR GLOBAL DO CONVÊNIO: R$ 50.332.173,67 **TERMO ADITIVO DE VALOR:** R$ 21.988.749,13 **INÍCIO DA VIGÊNCIA ORIGINAL:** 17/09/2018 **TÉRMINO DA VIGÊNCIA ATUAL:** 31/12/2021 **PRAZO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS:** 01/03/2022 **VALOR DO INSTRUMENTO APÓS ADITIVO:** 72.320.922,80		

CLAUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇAO BASICA

Aplica-se ao presente Termo Aditivo o Decreto nº 6.170/2007 e suas alterações; Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 e suas alterações e Lei nº 8.666/1993, no que couber.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo passará a contar da data de assinatura, limitando-se à data de vigência original deste convênio ou de suas eventuais prorrogações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições deste convênio não modificadas por este Termo.

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPLEMENTAÇÃO

Para execução do objeto deste Termo Aditivo, serão destinados recursos, neste ato fixados em R$ 21.988.749,13, alocados de acordo com o cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho, com a seguinte disposição e classificação orçamentária:

I - R$ 13.483.534,28 (treze milhões, quatrocentos e oitenta e três mil quinhentos e trinta e quatro reais e vinte e oito centavos), no corrente exercício, correndo à conta da dotação alocada no orçamento do CONCEDENTE, autorizado pela Lei 14.116/2020, UG/Gestão 257001/00001, assegurado pelas Notas de Empenho 2021NE002151 e 2021NE002153, vinculada ao Programa de Trabalho 10.423.5022.20YP.6500 e 10.423.5022.20YP.0001 , PTRES 195669 e 173241 , à conta de recursos oriundos do Tesouro Nacional, Fonte de Recursos 6329032281 e 6153000000, Natureza da Despesa .

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo é assinado, devendo ser publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE,** em conformidade com a legislação vigente, para produzir os efeitos legais.

(Minuta chancelada pela CONJUR/MS no Processo 25000.046932/2019-48)

Processo: 25000.160411/2018-11 Documento: 0020721090

Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes**, **Ministro de Estado da Saúde**, em 24/05/2021, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º,

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Coordenação-Geral de Análise e Formalização de Investimentos
Divisão de Reformulação de Investimentos

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

TERMO ADITIVO **TERMO ADITIVO DE VALOR Nº 19** **PROPOSTA N°** 060150/2018 **TIPO PROJETO: CONVÊNIO** Nº 878448/2018		
CONCEDENTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE	**CNPJ:** 00.530.493/0001-71	**UF:** DF
ENDEREÇO: ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, BRASÍLIA-DF, CEP: 70.058-900		
REPRESENTANTE LEGAL: MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES		**CARGO/FUNÇÃO:** MINISTRO DA SAÚDE
CPF/MF: 467.148.394-72		
ENTIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	**CNPJ:** 21.583.042/0001-72	**UF:** MG
ENDEREÇO: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG. CEP: 36025-330		
REPRESENTANTE LEGAL: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA		**CARGO/FUNÇÃO:** DIRETOR PRESIDENTE
CPF/MF: 485.399.966-34	**PROCESSO:** 25000.160411/2018-11	
PEDIDO DO CONVENENTE: OF GJurHMTJ982 87844818 Nº 697 (SEI 0026077175)		
OBJETO DESTE TERMO ADITIVO: SUPLEMENTAÇÃO DE RECURSOS R$ 27.448.058,19		
DOCUMENTAÇÃO DA APROVAÇÃO: Despacho DIREF/CGAFI/FNS/SE/MS (SEI 0026195042), Check-List Habilitação (NUP 25000.065435/2021-63 e SEI 0026210789)		
VALOR GLOBAL DO CONVÊNIO: R$ 72.320.922,80 **TERMO ADITIVO DE VALOR:** R$ 27.448.058,19 **INÍCIO DA VIGÊNCIA ORIGINAL:** 17/09/2018 **TÉRMINO DA VIGÊNCIA ATUAL:** 31/12/2022 **PRAZO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS:** 01/03/2023 **VALOR DO INSTRUMENTO APÓS ADITIVO:** R$ 99.768.980,99		

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

Aplica-se ao presente Termo Aditivo o Decreto nº 6.170/2007 e suas alterações; Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 e suas alterações e Lei nº 8.666/1993, no que couber.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo passará a contar da data de assinatura, limitando-se à data de vigência original deste convênio ou de suas eventuais prorrogações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições deste convênio não modificadas por este Termo.

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPLEMENTAÇÃO

Para execução do objeto deste Termo Aditivo, serão destinados recursos, neste ato fixados em R$ 27.448.058,19 alocados de acordo com o cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho, com a seguinte disposição e classificação orçamentária:

I - R$ 5.394.777,69 (cinco milhões, trezentos e noventa e quatro mil setecentos e setenta e sete reais e sessenta e nove centavos), no corrente exercício, correndo à conta da dotação alocada no orçamento do CONCEDENTE, autorizado pela Lei 14.116/2020, UG/Gestão 257001/00001, assegurado pelas Notas de Empenho nº 2022000062 (SEI 0026420528), vinculada ao Programa de Trabalho 10.423.5022.20YP.0001 , PTRES 173241 , à conta de recursos oriundos do Tesouro Nacional, Fonte de Recursos 6153000000 , Natureza da Despesa 33.50.43.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo é assinado, devendo ser publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE,** em conformidade com a legislação vigente, para produzir os efeitos legais.

(Minuta chancelada pela CONJUR/MS no Processo 25000.046932/2019-48)

Documento assinado eletronicamente por **MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA**, **Usuário Externo**, em 29/04/2022, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes**, **Ministro de Estado da Saúde**, em 02/05/2022, às 18:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026475244** e o código CRC **ECE6654D**.

Divisão de Reformulação de Investimentos - DIREF
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Edifício Anexo A, sala 209 - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

PARECER DE MÉRITO Nº 10/2023-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Assunto: Análise do Plano de Trabalho

Convênio: 878448/2018

Convenente: HMTJ

Trata-se do **Parecer Técnico de Mérito** do Convênio acima referenciado, para integração de um novo Plano de Trabalho relativo à **suplementação** de recursos para o exercício de 2023, no montante de **R$ 27.430.293,72 (vinte e sete milhões, quatrocentos e trinta mil duzentos e noventa e três reais e setenta e dois centavos)**, para execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena - **DSEI Rio Tapajos**.

Cumpre informar que para a avaliação do Planos de Trabalho foi formado uma comissão de análise técnica composta por representantes de cada setores da SESAI, de acordo com as atividades que são previstas nos convênios. Para cada reunião foram convocados ainda os representantes das entidades conveniadas, do DSEI e o Presidente do CONDISI. Neste contexto foram avaliados os seguintes itens:

- Compatibilidade com os valores pactuados junto ao Gabinete da SESAI;
- Definição de quantitativos de profissionais junto aos DSEI;
- Ações de Educação Permanente;
- Ações de Controle Social;
- Ações de Práticas Integrativas; e
- Proporcionalidade dos custos com as descrições de cada ação.

Destaca-se que todo o processo de construção do Plano de Trabalho foi registrado no Processo SEI n° 25000.120015/2022-38.

Além disso, o acompanhamento e monitoramento do convênio é realizado conforme diretrizes da Portaria de Consolidação n° 1 SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020, que contém em seus anexos os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução das ações complementares de atenção à saúde da população indígena mediante a celebração de convênios, no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena, com o objetivo de identificar e corrigir problemas e fornecer informações para a tomada de decisões realizadas pelas unidades de monitoramento.

Nesse sentido, **somos favoráveis à celebração do Termo Aditivo de Suplementação de recursos ao Convênio original**, para que não haja descontinuidade na assistência às populações indígenas e atestamos que tal ato não configura lesão ou prejuízo a terceiros ou à Administração Pública, em conformidade aos princípios do interesse público e eficiência.

Documento assinado eletronicamente por **Marcos Antonio da Silva Pádua**, **Coordenador(a)-Geral de Participação e Controle Social na Saúde Indígena substituto(a)**, em 24/04/2023, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Cantarella de Almeida**, **Diretor(a) do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena**, em 24/04/2023, às 12:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Maria do Carmo Andrade Filha**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena**, em 24/04/2023, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033087880** e o código CRC **BC2DC1F1**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0033087880

Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos - SERTRANS/SESAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

PARECER ECONÔMICO FINANCEIRO Nº 57/2023-
SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

PROGRAMA/AÇÃO: 10.423.5022.20YP

PROMOÇÃO, VIGILÂNCIA, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

RAZÃO SOCIAL	**HMTJ**
CNPJ:	**21.583.042/0001-72**
Convênio:	**878448/2018**
DSEI:	**RIO TAPAJOS**
Tipo de Recurso:	**Programa**

Objetivo do Convênio: Prestação de serviços e ações complementares na área de atenção à saúde, visando o atingimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria de Saúde Indígena(SESAI) em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – (PNASPI) e as especificidades socioculturais dos povos indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS (Chamada pública nº 11/2018).

PARECER TÉCNICO-ECONÔMICO – CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS – CGPO/SESAI

O **HMTJ** apresenta o Plano de Trabalho e Termo de Referência contendo as atividades e as cotações de preço para execução, em caráter complementar, de Ações de Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena **RIO TAPAJOS,** contemplando atividades a serem desenvolvidas conforme Plano de Trabalho apresentado nos autos, de acordo com as normas previstas na Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016.

A presente proposta, obteve preliminarmente Parecer de Mérito **FAVORÁVEL** das áreas técnicas da SESAI, a partir da análise realizada por uma comissão formada por representantes de cada setor da Secretaria que avaliaram as ações de saúde indígena na região de abrangência do DSEI, a proporcionalidade existente entre as atividades descritas e as orçadas e suas justificativas.

O Parecer Técnico-Econômico compreende a análise da coerência e compatibilidade técnico-econômico do Plano de Trabalho com base na descrição e detalhamento das atividades a serem desenvolvidas sob a ótica orçamentária da Secretaria de Saúde Indígena.

O valor deste Termo Aditivo de Suplementação de Valor é de **R$ 27.430.293,72 (vinte e sete milhões, quatrocentos e trinta mil duzentos e noventa e três reais e setenta e dois centavos)** que será repassado ao convenente conforme Cronograma de Desembolso apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Cronograma de Desembolso

Parcela 22	Parcela 23	Parcela 24	Parcela 25	Parcela 26

R$ 6.248.363,44	R$ 5.674.344,87	R$ 5.674.344,87	R$ 4.916.620,27	R$ 4.916.620,27

O valor a ser suplementado por meio deste Termo Aditivo será distribuído na Meta 2, conforme detalhamento, por Etapa, apresentado a seguir na Tabela 2:

Tabela 02: Valores por Etapa - Meta 02

Número da Etapa		VALOR ATUAL	ADITIVO 2023	TOTAL
1	APOIO A GESTÃO ADMINISTRATIVA (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 5.605.742,60	R$ 2.273.174,00	R$ 7.878.916,60
2	APOIO AS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 230.265,80	R$ 100.000,00	R$ 330.265,80
3	CONTROLE SOCIAL (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 896.079,82	R$ 339.679,92	R$ 1.235.759,74
4	EDUCAÇÃO PERMANENTE (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 185.542,41	R$ 126.582,08	R$ 312.124,49
5	RH COM ENCARGOS (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 61.750.755,76	R$ 24.583.101,37	R$ 86.333.857,13
6	EMSI COVID-19: SALÁRIOS, ENCARGOS E AJUDA DE CUSTO - Contratação de mão de obra e encargos sociais para enfrentamento da COVID-19 - PLANO EMERGENCIAL DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 (TERMO ADITIVO 2020/2021)	R$ 2.241.636,36	R$ -	R$ 2.241.636,36
7	APOIO À ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 16.556,01	R$ 7.756,35	R$ 24.312,36
TOTAL		R$ 70.926.578,76	R$ 27.430.293,72	R$ 98.356.872,48

Na Tabela 03 será apresentado o Cronograma Físico alterado após celebração do presente Termo Aditivo.

Tabela 03: Cronograma Físico

Meta	Valor atual	Valor a ser aditivado	Total
1	R$ 6.729.663,00	--	R$ 6.729.663,00
2	R$ 22.112.739,23	--	R$ 22.112.739,23
3	R$ 70.926.578,76	**R$ 27.430.293,72**	R$ 98.356.872,48
Valor Global			**R$ 127.199.274,71**

Os valores previstos para a realização da presente proposta ocorrerão à conta do detalhamento abaixo:

Orçamento de 2023:

- Fonte: 1002000.
- Programa de trabalho: **10.423.5022.20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena**.
- PTRES: 173241.
- ND: 3350.43.
- VALOR: **R$ 27.430.293,72 (vinte e sete milhões, quatrocentos e trinta mil duzentos e noventa e três reais e setenta e dois centavos).**

Compreende-se no Parecer de Mérito a análise da coerência e compatibilidade

do pleito com as questões relacionadas aos objetivos e prioridades do Ministério da Saúde, perfil e papel estratégico da instituição proponente.

O valor da suplementação será liberado em 05 (cinco) parcelas para cumprir com as atividades previstas no plano de trabalho até dezembro de 2023, conforme dispostas no cronograma de desembolso do SICONV.

Nestes termos, sob o ponto de vista exclusivamente técnico-econômico, restrito às atividades a serem desenvolvidas e valores apresentados na Proposta analisada, nada temos a opor quanto a sua aprovação.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

Em complementação ao Parecer Técnico-Econômico, considerou-se para análise dos valores propostos para a realização.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Vidinho Tavares**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira substituto(a)**, em 24/04/2023, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033087894** e o código CRC **3D1DCD1C**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0033087894

Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos - SERTRANS/SESAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

NOTA TÉCNICA Nº 11/2023-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

1. ASSUNTO

Trata-se de Nota Técnica destinada a fornecer informações gerais e balanço das medidas adotadas pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) no exercício de 2022 de forma a subsidiar os esclarecimentos necessários quanto à necessidade de elaboração de Termo Aditivo de suplementação de recurso para o Convênio nº **878448/2018** celebrado pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, para a prestação de serviços complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS, a qual se amolda aos termos do Parecer REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387).

2. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) regulamentada pelo Decreto nº 3.156/1999 e aprovada pela Portaria nº 254/2002 visa a garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral e diferenciada à saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas.

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional.

Em novembro de 2022 foi realizada a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), onde a PNASPI foi atualizada com o objetivo de redefinir as diretrizes e efetivar as particularidades étnicas e culturais no modelo de atenção à saúde indígena. A partir das especificidades destacadas no referido documento e as peculiaridades de organização do Subsistema de Saúde Indígena como um todo, para viabilizar a execução da política pública o convênio apresenta-se como um dos instrumentos viáveis para operacionalizar as ações de atenção primária, nesse sentido foi elaborado o plano de trabalho a partir de uma divisão em 06 (seis) etapas conforme elencado abaixo:

Contratação e Gestão das Equipes Multidisciplinares de Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena incluindo ainda profissionais da gestão, de Edificações e Saneamento Ambiental (vencimentos e encargos sociais) e apoio a manutenção e permanência das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Edificações e Saneamento Ambiental;

Etapa 02 - Apoio à Educação Permanente;

Etapa 03 - Apoio ao Controle Social;

Etapa 04 - Apoio à elaboração e implantação de Práticas Integrativas de Saúde voltadas a valorização de práticas e saberes tradicionais;

Etapa 05 - Apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área (DIASI, SESANI); e

Etapa 06 - Apoio à gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar povos indígenas.

3. ANÁLISE

Esta Seção é destinada à manifestação pontual de todas as recomendações contidas no Parecer REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387) para suplementação de recurso do presente convênio.

3.1. PLANO DE TRABALHO PARA AS NOVAS METAS E OBJETIVOS

Destaca-se que as ações contidas no referido Plano de Trabalho 2023 foram analisadas e aprovadas por uma comissão formada por representantes técnicos dos setores da SESAI, conforme apresentado no Parecer de Mérito 10 (SEI nº 0033087880) e documentos anexados ao processo 25000.120015/2022-38, na qual destacamos as seguintes fases:

- Pactuação de valores junto ao Gabinete da SESAI;
- Definição dos quantitativos junto aos DSEI;
- Elaboração do Plano de Trabalho;
- Análise da Comissão avaliadora da SESAI - Nível Central em conjunto com representantes do DSEI e CONDISI; e
- Ajuste do instrumento conforme recomendações das áreas técnicas.

3.2. PLANO DE TRABALHO APROVADO NÃO ALTERA O OBJETIVO APROVADO

De antemão, é importante mencionar que o presente aditivo não altera o objeto aprovado. O que a suplementação de recursos visa é o atendimento das ações previstas no convênio.

3.3. ANÁLISE QUANTO AO DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE ALOCADA PARA A EXECUÇÃO DO PRESENTE ADITIVO

Nos instrumentos firmados com entidades privadas sem fins lucrativos, é permitida a remuneração da equipe dimensionada no plano de trabalho, inclusive de pessoal próprio da entidade, podendo contemplar despesas com pagamentos de tributos, FGTS, férias e décimo terceiro salário proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais de acordo com as regras estabelecidas no art 39 da Portaria Interministerial n° 424, de 30 de dezembro de 2016.

O dimensionamento da equipe alocada para a execução do presente aditivo foi realizado por meio de análises preliminares que envolveram todas as áreas técnicas desta Secretaria, em que se verificou os dados demográficos, estruturais e logísticos da região, bem como as especificidades étnicas e culturais para estabelecimento de parâmetros com vistas a estimar a força de

trabalho necessária para atuação em cada DSEI.

A partir disso, foram instruídos processos SEI visando a pactuação do quantitativo de força de trabalho necessária para o DSEI, que contou com a participação do DSEI e do Gabinete da Secretaria de Saúde Indígena. Por conseguinte, foi possível compreender as especificidades territoriais e culturais de cada Distrito e definir a quantidade de equipes multidisciplinares necessária para atuar no DSEI, porém enquadrada ao quantitativo mínimo necessário, tendo em vista a disponibilidade orçamentária desta Secretaria para as referidas ações.

Distritos Sanitários Especial Indígena	Convenente	NUP
RIO TAPAJOS	HMTJ	25000.120015/2022-38

3.4. ANÁLISE DOS CUSTOS INDIVIDUAIS E GERAIS DO PRESENTE ADITIVO

Destaca-se que foram anexados aos autos os seguintes documentos que apresentam de maneira pormenorizada a distribuição orçamentária da presente suplementação de recursos nas metas, etapas e naturezas de despesa deste convênio:

- Parecer de Mérito 10 (SEI nº 0033087880);
- Parecer Econômico Financeiro 57 (SEI nº 0033087894);
- Plano DESPESA DETALHADO - Rio Tapajos 2023 (SEI nº 0033087750); e
- Plano Trabalho 2023 (SEI nº 0033087785).

É fundamental que se compreenda que este Termo Aditivo ocorre de maneira complementar, visando dar continuidade, as atividades previstas no plano de trabalho deste convênio até 31/12/2023. Além disso, frisa-se que o plano de trabalho foi aprovado pelas unidades Coordenação-Geral de Participação e Controle Social na Saúde Indígena - CGPSI, Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena - DAPSI e Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena - DEAMB, por meio do Parecer de Mérito, na qual foram avaliados ainda a proporcionalidade entre as ações descritas para cada atividade, conforme tratativas realizadas no Processo NUP 25000.120015/2022-38.

Em termos gerais, o presente termo aditivo visa dar continuidade as seguintes ações que serão apresentadas na Tabela 01. Cabe ressaltar, que para apuração dessa informação mais detalhada, deve ser consultado os documentos elencados acima.

Tabela 01: Quantitativos gerais

Quantitativos gerais	Descrição
Número de colaboradores contratados para prestação de serviço de saúde e saneamento básico	353 colaboradores
Capacitação educação permanente	07 ações
Reuniões/Capacitações Controle Social	13 eventos

Além das atividades descritas na Tabela 01, são previstas diárias de supervisão as atividades das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

(EMSI), pagamento de pernoite e diárias para essas equipes quando necessário, custos administrativos da gestão do convênio, encargos sociais dos colaboradores, atividades de práticas integrativas. Ressalta-se que todas essas atividades são acompanhadas pela SESAI durante a execução do convênio nos termos da Portaria de Consolidação nº 1 SESAI/MS, de 17 de Dezembro de 2020.

Para tanto, é necessário que o convênio seja suplementado em **R$ 27.430.293,72 (vinte e sete milhões, quatrocentos e trinta mil duzentos e noventa e três reais e setenta e dois centavos)**.

Para custear a suplementação de recursos pretendida, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) conta com o orçamento previsto no Lei Orçamentário Anual (LOA), que será executado na Programação Orçamentária apresentada na Tabela 02.

Tabela 02: Programação Orçamentária□ - SESAI

PT(**)	PLANO ORÇAMENTÁRIO	PTRES	VALOR
10.423.5022.20YP	0000(Custeios/Investimento)	173241	**R$ 27.430.293,72**

Ademais, o valor pretendido para suplementação de recursos será repassado conforme cronograma de desembolso apresentado no Parecer Econômico e Documento PAD.

Destaca-se que embora a suplementação esteja acima do limite estabelecido pelo o art. 65, § 1º, da Lei nº 8.666/1993, esta satisfaz cumulativamente os seis pressupostos exigidos pela Decisão 215/1999 – Plenário – TCU, conforme abaixo:

> **I - não acarretar para a Administração encargos contratuais superiores aos oriundos de uma eventual rescisão contratual por razões de interesse público, acrescidos aos custos da elaboração de um novo procedimento licitatório;**
>
> **II - não possibilitar a inexecução contratual, à vista do nível de capacidade técnica e econômico-financeira do contratado;**
>
> **III - decorrer de fatos supervenientes que impliquem em dificuldades não previstas ou imprevisíveis por ocasião da contratação inicial;**
>
> **IV - não ocasionar a transfiguração do objeto originalmente contratado em outro de natureza e propósito diversos;**
>
> **V - ser necessárias à completa execução do objeto original do contrato, à otimização do cronograma de execução e à antecipação dos benefícios sociais e econômicos decorrentes;**
>
> **VI - demonstrar-se - na motivação do ato que autorizar o aditamento contratual que extrapole os limites legais mencionados na alínea "a", supra - que as consequências da outra alternativa (a rescisão contratual, seguida de nova licitação e contratação) importam sacrifício insuportável ao interesse público primário (interesse coletivo) a ser atendido pela obra ou serviço, ou seja gravíssimas a esse interesse; inclusive quanto à sua urgência e emergência;**

3.5. ANÁLISE QUANTO AO CUMPRIMENTO E CORRETA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

Destaca-se que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/MS) em consonância com as ações prioritárias aprovado pelo Ministro da Saúde realizou ações de controle abordando aspectos de governança e de gestão realizadas no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) sobre as

contratações que dão suporte à execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A priorização da PNASPI, no âmbito do Plano Anual de Atividades/2020, vai ao encontro do atendimento à recomendação do Tribunal de Contas da União efetuada no Acórdão 599/2020-TCU-Plenário, no sentido de que, *"quando do atendimento do Acórdão 1.246/2017-TCU-Plenário, inclua também em seu planejamento anual de atividades para o próximo exercício, ações de avaliação da gestão de riscos e de controles internos nas contratações relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas"*.

Nesse sentido, diante da emissão do Relatório final de Auditoria n° 2020105896 (0022197294) a Secretaria de Saúde Indígena realizou as seguintes atividades elencadas abaixo:

Reformulação do Plano de Trabalho 2023 com o detalhamento dos itens e quantitativo a serem adquiridos, bem como a implementação do Termo de Referência com a indicação das pesquisas de preço para os itens do Plano de Trabalho em que há a previsão de aquisição de itens ou contratação de empresas para o fornecimento de produtos ou serviços, conforme orientado aos DSEI, CASAI/BSB e Convenente por meio do Ofício-Circular nº 3 (0028254274);

Emissão de Parecer Técnico pelos Coordenadores Distritais sobre a execução das ações realizadas de acordo com o previsto no Plano de Trabalho, prévio à liberação de parcela, em atendimento ao art. 11, inciso VIII, da Portaria de Consolidação nº 1 SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020, conforme orientado no Ofício-Circular nº 33 (0026994772).

Quanto ao exposto, informa-se que as providências referentes ao acompanhamento e monitoramento dos Convênios podem ser consultadas de maneira resumida no Ofício nº 215/2022/SESAI/CGPO/SESAI/MS (0027031351) direcionado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS).

3.6. JUSTIFICATIVA TÉCNICA PARA PRORROGAÇÃO DO PRAZO DO CONVÊNIO

Não se aplica, uma vez que não está sendo prorrogado o prazo do convênio.

3.7. NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DO PRAZO DE VIGÊNCIA, PARA FINS DE CELEBRAÇÃO DO TERMO ADITIVO, DE MODO QUE NÃO HAJA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE, EM CONSONÂNCIA COM A ORIENTAÇÃO NORMATIVA/AGU Nº 03

Não se aplica, uma vez que o convênio tem vigência até 31/12/2023.

3.8. NECESSIDADE DE QUE A MINUTA SUBMETIDA SEJA PREENCHIDA COM OS DADOS CORRESPONDENTES AO ADITIVO A SER CELEBRADO

Não se aplica à SESAI, pois a minuta será preenchida pela CMAI/FNS/SE/MS.

4. CONCLUSÃO

Atesta-se que cada caso concreto deste Termo Aditivo de suplementação de recurso se amolda aos termos do Parecer REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387).

Por fim, solicita-se a suplementação de recurso no valor **R$ 27.430.293,72 (vinte e sete milhões, quatrocentos e trinta mil duzentos e**

noventa e três reais e setenta e dois centavos) para atendimento das metas e ações previstas no Plano de Trabalho deste convênio.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Vidinho Tavares**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira substituto(a)**, em 24/04/2023, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033087908** e o código CRC **573779A0**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0033087908

Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos - SERTRANS/SESAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

DESPACHO

SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 19 de abril de 2023.

Convênio nº: **878448/2018**

Interessado: **HMTJ**

Assunto**: Termo Aditivo de Suplementação de Valor**

À Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos - CMAI/FNS/MS,

Trata-se de solicitação de Termo Aditivo para o convênio supramencionado, visando a suplementação de recursos da ordem de **R$ 27.430.293,72 (vinte e sete milhões, quatrocentos e trinta mil duzentos e noventa e três reais e setenta e dois centavos)** destinados para cumprimento do objeto do convênio até o final de sua vigência**.**

Ressalta-se que foram seguidas todas as recomendações apresentadas no Parecer REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387), que versa sobre análise dos Termos Aditivos dos Convênios celebrados pelo Ministério da Saúde, conforme documentos inseridos nos autos. Ademais, as áreas técnicas desta SESAI manifestaram-se favoravelmente quanto ao mérito da presente suplementação de recursos.

Nesse sentido, foram apensados aos autos os seguintes documentos:

- Ofício SUPLEMENTAÇÃO VALOR (SEI nº 0033087768);
- Plano Trabalho 2023 (SEI nº 0033087785);
- Plano DESPESA DETALHADO - Rio Tapajos 2023 (SEI nº 0033087750);
- Parecer de Mérito 10 (SEI nº 0033087880);
- Parecer Econômico Financeiro 57 (SEI nº 0033087894); e
- Nota Técnica 11 (SEI nº 0033087908).

Dessa forma, encaminha-se ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para as providências cabíveis.

Atenciosamente,

RODRIGO VIDINHO TAVARES

Coordenador-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira - Substituto

De acordo,

WEIBE TAPEBA

Secretário de Saúde Indígena

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Vidinho Tavares**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira substituto(a)**, em 24/04/2023, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Weibe Nascimento Costa**, **Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 28/04/2023, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033087942** e o código CRC **E1CEA095**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0033087942

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

DESPACHO

SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 26 de maio de 2023.

Assunto**: Termo Aditivo de Suplementação de Valor**

À Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos - CMAI/FNS/MS,

Em atenção ao Parecer Econômico Financeiro 57 (0033087894), que trata da análise dos valores propostos para a realização do Termo Aditivo, apresenta-se a seguinte retificação:

- Onde se lê: "**Orçamento de 2023:** Fonte: 1002000"
- Leia-se: "**Orçamento de 2023:** Fonte: 1444000000".

Documento assinado eletronicamente por **Nelson Soares Filho**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira**, em 26/05/2023, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033809745** e o código CRC **4DD00826**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0033809745

Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Coordenação-Geral de Análise e Formalização de Investimentos
Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

TERMO ADITIVO **TERMO ADITIVO DE VALOR Nº 000021/2023** **PROPOSTA Nº** 060150/2018 **TIPO PROJETO: CONVÊNIO** Nº 878448/2018		
CONCEDENTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE	**CNPJ:** 00.530.493/0001-71	**UF:** DF
ENDEREÇO: ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, BRASÍLIA-DF, CEP: 70.058-900		
REPRESENTANTE LEGAL: NISIA TRINDADE DE LIMA		**CARGO/FUNÇÃO:** MINISTRA DA SAÚDE
CPF/MF: 425.005.407-15		
ENTIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	**CNPJ:** 21.583.042/0001-72	**UF:** MG
ENDEREÇO: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS. Juiz De Fora - MG. CEP: 36025-330		
REPRESENTANTE LEGAL: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA		**CARGO/FUNÇÃO:** DIRETOR PRESIDENTE
CPF/MF: 485.399.966-34	**PROCESSO:** 25000.160411/2018-11	
PEDIDO DO CONVENENTE: OF GJurHMTJ982 87844818 Nº 843 (SEI nº 0033087768)		

OBJETO DESTE TERMO ADITIVO: SUPLEMENTAÇÃO DE RECURSOS R$ 27.430.293,72
DOCUMENTAÇÃO DA APROVAÇÃO: Despacho CMAI/CGAFI/FNS/SE/MS (SEI nº 0033350991), Check-List Habilitação (NUP 25000.065435/2021-63 e SEI 0033392747).
VALOR GLOBAL DO CONVÊNIO: R$ 99.768.980,99 **TERMO ADITIVO DE VALOR:** R$ 27.430.293,72 **INÍCIO DA VIGÊNCIA ORIGINAL:** 17/09/2018 **TÉRMINO DA VIGÊNCIA ATUAL:** 31/12/2023 **PRAZO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS:** 29/02/2024 **VALOR DO INSTRUMENTO APÓS ADITIVO:** R$ 127.199.274,71

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

Aplica-se ao presente Termo Aditivo o Decreto nº 6.170/2007 e suas alterações; Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 e suas alterações e Lei nº 8.666/1993, no que couber.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo passará a contar da data de assinatura, limitando-se à data de vigência original deste convênio ou de suas eventuais prorrogações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições deste convênio não modificadas por este Termo.

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPLEMENTAÇÃO

Para execução do objeto deste Termo Aditivo, serão destinados recursos, neste ato fixados em R$ 27.430.293,72, alocados de acordo com o cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho, com a seguinte disposição e classificação orçamentária:

I - R$ 6.248.363,44 (seis milhões, duzentos e quarenta e oito mil trezentos e sessenta e três reais e quarenta e quatro centavos) (VALOR POR EXTENSO), no corrente exercício, correndo à conta da dotação alocada no orçamento do CONCEDENTE, autorizado pela Lei 14.116/2020, UG/Gestão 257001/00001, assegurado pelas Notas de Empenho nº 2023NE000127 (SEI nº 0033881308), vinculada ao Programa de Trabalho 10.423.5022.20YP.0001 , PTRES 173241 , à conta de recursos oriundos do Tesouro Nacional, Fonte de Recursos 1002000 , Natureza da Despesa 33.50.43.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo é assinado, devendo ser publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE,** em conformidade com a legislação vigente, para produzir os efeitos legais.

(Minuta chancelada pela CONJUR/MS no Processo 25000.046932/2019-48)

Documento assinado eletronicamente por **MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA**, **Usuário Externo**, em 02/06/2023, às 11:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Nísia Verônica Trindade Lima**, **Ministra de Estado da Saúde**, em 15/06/2023, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033915299** e o código CRC **3CF15106**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0033915299

Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos - CMAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Edifício Anexo A, sala 209 - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OF GJurHMTJ982 87844818 Nº 1013

segunda-feira, 10 de junho de 2024

Ao
Sr. Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena - SESAI
Ministério da Saúde - MS

Assunto: Solicitação de Termo Aditivo de Suplementação de Valor do Convênio Nº 878448/2018

Prezados.

O presente ofício trata da solicitação de elaboração de Termo Aditivo de Suplementação de Valor do Convênio Nº 878448/2018 celebrado entre o Ministério da Saúde e a entidade conveniada **Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus** para atuar junto ao **Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós** (DSEI RT).

Justificativa:

Dar continuidade as ações de saúde indígena desenvolvidas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI SUS no exercício de 2024.

Solicitação:

Celebração de Termo Aditivo de Suplementação de Valor em **R$ 36.402.993,60** para o presente convênio a fim de atender a demanda apresentada pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) no exercício de 2024.

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: OF GJurHMTJ982 87844818 Nº 1013
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
Hash: 31-C0-EB-84-9A-53-4E-0E-43-B2-3F-36-4E-04-CE-84-75-BF-46-95
Hash SHA256: 966d76926c553628c8b0581ccffdff5df1225ffead4b952fa4dc99012821cbdf

Assinaturas

Nome: Marco Antônio Guimarães de Almeida -**CPF/CNPJ:** 21.583.042/0001-72 - **Cargo:** Diretor Presidente
E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br - **Data:** 10/06/2024 16:47:55
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 10/06/2024 16:47:39 - **Leitura completa em:** 10/06/2024 16:47:41
IP: 186.235.109.122
Geolocalização: -21.7876194, -43.359845

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=31-C0-EB-84-9A-53-4E-0E-43-B2-3F-36-4E-04-CE-84-75-BF-46-95

Código HASH: 31-C0-EB-84-9A-53-4E-0E-43-B2-3F-36-4E-04-CE-84-75-BF-46-95

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

PARECER DE MÉRITO Nº 24/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Assunto: Análise do Plano de Trabalho

Convênio: 878448/2018

Convenente: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ

Trata-se do **Parecer Técnico de Mérito** do Convênio acima referenciado, para integração de um novo Plano de Trabalho relativo à **suplementação** de recursos para o exercício de 2024, no montante de **R$ 36.402.993,60 (trinta e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos),** para execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena - **DSEI Rio Tapajós**.

Cumpre informar que, para avaliação dos Planos de Trabalho, foi elaborada uma sistemática de análise técnica, com representantes dos setores da SESAI, de acordo com as atividades que são previstas nos convênios, com a participação de representantes do DSEI e CONDISI. Neste contexto, foram avaliados os seguintes itens:

- Compatibilidade com os valores pactuados junto ao Gabinete da SESAI;
- Definição de quantitativos de profissionais junto aos DSEI;
- Ações de Educação Permanente;
- Ações de Controle Social;
- Ações de Práticas Integrativas; e
- Proporcionalidade dos custos com as descrições de cada ação.

Destaca-se que todo o processo de construção do Plano de Trabalho foi registrado no Processo SEI n° 25000.002168/2024-66.

Além disso, o acompanhamento e monitoramento do convênio é realizado conforme diretrizes da Portaria de Consolidação n° 1 SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020, que contém em seus anexos os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução das ações complementares de atenção à saúde da população indígena mediante a celebração de convênios, no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena, com o objetivo de identificar e corrigir problemas e fornecer informações para a tomada de decisões realizadas pelas unidades de monitoramento.

Nesse sentido, **somos favoráveis à celebração do Termo Aditivo de Suplementação de recursos ao Convênio original**, para que não haja descontinuidade na assistência às populações indígenas, e atestamos que tal ato não configura lesão ou prejuízo a terceiros, ou à Administração Pública, em conformidade aos princípios do interesse público e eficiência.

Documento assinado eletronicamente por **Maria Lucilene Martins Santos**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena**, em 07/06/2024, às 14:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Cantarella de Almeida**, **Diretor(a) do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena**, em 07/06/2024, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Marcos Antonio da Silva Pádua**, **Coordenador(a)-Geral de Participação e Controle Social na Saúde Indígena substituto(a)**, em 10/06/2024, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Giovana Cruz Mandulão**, **Coordenador(a)-Geral de Gestão do Conhecimento, da Info., da Aval. e do Monit. da Saúde Indígena**, em 11/06/2024, às 09:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041194175** e o código CRC **B268F505**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041194175

Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos - SERTRANS/SESAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

PARECER ECONÔMICO FINANCEIRO Nº 117/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

PROGRAMA/AÇÃO: 10.423.5122.20YP

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

RAZÃO SOCIAL	**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**
CNPJ:	**21.583.042/0001-72**
Convênio:	**882487/2019**
DSEI:	**Rio Tapajós**
Tipo de Recurso:	**Programa**

Objetivo do Convênio: Prestação de serviços e ações complementares na área de atenção à saúde, visando o atingimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – (PNASPI) e as especificidades socioculturais dos povos indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS (Chamada pública nº 11/2018).

PARECER TÉCNICO-ECONÔMICO – CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS – CGPO/SESAI

O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ** apresenta o Plano de Trabalho e Termo de Referência contendo as atividades e as cotações de preço para execução, em caráter complementar, de Ações de Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena **Rio Tapajós,** contemplando atividades a serem desenvolvidas conforme Plano de Trabalho apresentado nos autos, de acordo com as normas previstas na Portaria Interministerial n° 424, de 30 de dezembro de 2016.

A presente proposta obteve preliminarmente Parecer de Mérito **FAVORÁVEL** das áreas técnicas da SESAI, a partir da análise realizada por representantes de cada setor da Secretaria, que avaliaram as ações de saúde indígena na região de abrangência do DSEI, a proporcionalidade existente entre as atividades descritas e as orçadas e suas justificativas.

O Parecer Técnico-Econômico compreende a análise da coerência e compatibilidade técnico-econômica do Plano de Trabalho, com base na descrição e detalhamento das atividades a serem desenvolvidas sob a ótica orçamentária da Secretaria de Saúde Indígena.

O montante deste Termo Aditivo de Suplementação de Valor é de **R$ 36.402.993,60 (trinta e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos),** que deverá ser repassado ao convenente conforme Cronograma de Desembolso apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Cronograma de Desembolso

Parcela 27	Parcela 28	Parcela 29	Parcela 30	Parcela 31
R$ 7.918.860,60	R$ 7.121.033,25	R$ 7.121.033,25	R$ 7.121.033,25	R$ 7.121.033,25

O valor a ser suplementado por meio deste Termo Aditivo será distribuído na Meta 2, conforme detalhamento, por Etapa, apresentado a seguir na Tabela 2:

Tabela 02: Valores por Etapa - Meta 02

NÚMERO DA ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	Valor Atual	Termo Aditivo	Valor Total
1	APOIO A GESTÃO ADMINISTRATIVA (TERMO ADITIVO 2020/2021 /2022/2023)	R$ 7.878.916,60	R$ 2.746.420,70	R$ 10.625.337,30
2	APOIO AS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO (TERMO ADITIVO 2020/2021/2022/2023)	R$ 330.265,80	R$ 100.000,00	R$ 430.265,80
3	CONTROLE SOCIAL (TERMO ADITIVO 2020/2021 /2022/2023)	R$ 1.235.759,74	R$ 563.489,39	R$ 1.799.249,13
4	EDUCAÇÃO PERMANENTE (TERMO ADITIVO 2020/2021 /2022/2023)	R$ 312.124,49	R$ 126.582,01	R$ 438.706,50
5	RH COM ENCARGOS (TERMO ADITIVO 2020/2021 /2022/2023)	R$ 86.333.857,13	R$ 32.858.745,59	R$ 119.192.602,72
6	EMSI COVID-19: SALÁRIOS, ENCARGOS E AJUDA DE CUSTO - Contratação de mão de obra e encargos sociais para enfrentamento da COVID-19 - PLANO EMERGENCIAL DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 (TERMO ADITIVO 2020/2021)	R$ 2.241.636,36	-	R$ 2.241.636,36
7	APOIO À ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS (TERMO ADITIVO 2020/2021 /2022/2023)	R$ 24.312,36	R$ 7.755,91	R$ 32.068,27
TOTAL		**R$ 98.356.872,48**	**R$ 36.402.993,60**	**R$ 134.759.866,08**

Na Tabela 03, será apresentado o Cronograma Físico alterado após celebração do presente Termo Aditivo.

Tabela 03: Cronograma Físico

Meta	Valor atual	Valor a ser aditivado	Total
1	R$ 6.729.663,00	--	R$ 6.729.663,00
2	R$ 22.112.739,23	--	R$ 22.112.739,23
3	R$ 98.356.872,48	R$ 36.402.993,60	R$ 134.759.866,08
Valor Global			**R$ 163.602.268,31**

Os valores previstos para a realização da presente proposta ocorrerão à conta do detalhamento abaixo:

Orçamento de 2024:

- Programa de trabalho: **10.423.5122.20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena**.
- PTRES: 234651.
- ND: 3350.43.
- VALOR: **R$ 36.402.993,60 (trinta e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos).**

Compreende-se no Parecer de Mérito a análise da coerência e compatibilidade do pleito com as questões relacionadas aos objetivos e prioridades do Ministério da Saúde, perfil e papel estratégico da instituição proponente.

O valor da suplementação será liberado em 05 (cinco) parcelas para cumprir com as atividades previstas no Plano de trabalho até dezembro de 2024, conforme disposto no cronograma de desembolso do Transferegov.br.

Nestes termos, sob o ponto de vista exclusivamente técnico-econômico, restrito às atividades a serem desenvolvidas e valores apresentados na Proposta analisada, nada temos a opor quanto à sua aprovação.

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

Realizar **Empenho** apenas da **primeira parcela**, conforme o cronograma de desembolso supramencionado na Tabela 1.

Em complementação ao Parecer Técnico-Econômico, considerou-se a análise dos valores propostos para a realização do Termo Aditivo.

Documento assinado eletronicamente por **Nelson Soares Filho**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira**, em 07/06/2024, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041194554** e o código CRC **C792E797**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041194554

Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos - SERTRANS/SESAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

NOTA TÉCNICA Nº 24/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

1. ASSUNTO

Trata-se de Nota Técnica destinada a fornecer informações gerais e balanço das medidas adotadas pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) no exercício de 2024, de forma a subsidiar os esclarecimentos necessários quanto à necessidade de elaboração de Termo Aditivo de suplementação de recurso para o Convênio nº **878448/2018**, celebrado pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, para a prestação de serviços complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS, a qual se amolda aos termos do PARECER REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387).

2. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), regulamentada pelo Decreto nº 3.156/1999 e aprovada pela Portaria nº 254/2002, visa a garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral e diferenciada à saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas.

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional.

Em novembro de 2022, foi realizada a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), onde a PNASPI foi atualizada com o objetivo de redefinir as diretrizes e efetivar as particularidades étnicas e culturais no modelo de atenção à saúde indígena. A partir das especificidades destacadas no referido documento e as peculiaridades de organização do Subsistema de Saúde Indígena como um todo, para viabilizar a execução da política pública, o convênio apresenta-se como um dos instrumentos viáveis para operacionalizar as ações de atenção primária, nesse sentido, foi elaborado o Plano de trabalho a partir de uma divisão em 06 (seis) etapas, conforme elencado abaixo:

Etapa 01 - Contratação e Gestão das Equipes Multidisciplinares de Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena incluindo ainda profissionais da gestão, de Edificações e Saneamento Ambiental (vencimentos e encargos sociais) e Apoio a manutenção e permanência das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Edificações e Saneamento Ambiental;

Etapa 02 - Apoio à Educação Permanente;

Etapa 03 - Apoio ao Controle Social;

Etapa 04 - Apoio à elaboração e implantação de Práticas Integrativas de Saúde voltadas a valorização de práticas e saberes tradicionais;

Etapa 05 - Apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho

em área (DIASI, SESANI); e

Etapa 06 - Apoio à gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar povos indígenas.

3. ANÁLISE

Esta Seção é destinada à manifestação pontual de todas as recomendações contidas no Parecer REFERENCIAL n. 00012/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (0040742067) para suplementação de recurso do presente Convênio.

3.1. PLANO DE TRABALHO PARA AS NOVAS METAS E OBJETIVOS

Destaca-se que as ações contidas no referido Plano de Trabalho 2024 foram analisadas e aprovadas por uma comissão formada por representantes técnicos dos setores da SESAI, conforme apresentado no Parecer de Mérito 24 (0041194175) e documentos anexados ao Processo 25000.002168/2024-66, na qual destacamos as seguintes fases:

- Pactuação de valores junto ao Gabinete da SESAI;
- Definição dos quantitativos junto aos DSEI e Presidentes de Condisi;
- Elaboração do Plano de Trabalho;
- Análise da Comissão avaliadora da SESAI - Nível Central em conjunto com representantes do DSEI e CONDISI; e
- Ajuste do instrumento conforme recomendações das áreas técnicas.

3.2. PLANO DE TRABALHO APROVADO NÃO ALTERA O OBJETIVO APROVADO

De antemão, é importante mencionar que o presente aditivo não altera o objeto aprovado. O que a suplementação de recursos visa é o atendimento das ações previstas no Convênio.

3.3. INTERESSE DOS PARTÍCIPES, DECLARADOS EXPRESSAMENTE

3.4. Há manifestação da convenente por meio do Ofício (0041194175), solicitando a suplementação de valor, havendo portanto manifestação expressa.

3.5. JUSTIFICATIVA POR ESCRITO

3.6. Destaca-se que a solicitação de suplementação de valor observa os regramentos legais e a tempestividade, de forma que não há prejuízo à execução do objeto.

3.7. PREVIAMENTE AUTORIZADA PELA AUTORIDADE COMPETENTE PARA CELEBRAR O TERMO ADITIVO

3.8. Informa-se que este processo tem início nos DSEI, com acompanhamento do Controle Social, aprovação das áreas técnicas e do Secretário da Saúde Indígena. A partir disso, está sendo encaminhado ao Fundo Nacional de Saúde para tratativas quanto às demais autorizações que se fizerem necessárias.

3.9. ANÁLISE QUANTO AO DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE ALOCADA PARA A EXECUÇÃO DO PRESENTE ADITIVO

Nos instrumentos firmados com entidades privadas sem fins lucrativos, é permitida a remuneração da equipe dimensionada no Plano de trabalho, inclusive de pessoal próprio da entidade, podendo contemplar despesas com pagamentos de tributos, FGTS, férias e décimo-terceiro salário proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais, de acordo com as regras estabelecidas no art. 39 da Portaria Interministerial n° 424, de 30 de dezembro de 2016.

O dimensionamento da equipe alocada para a execução do presente aditivo foi realizado por meio de análises preliminares que envolveram todas as áreas técnicas desta Secretaria, em que se verificou os dados demográficos, estruturais e logísticos da região, bem como as

especificidades étnicas e culturais para estabelecimento de parâmetros com vistas a estimar a força de trabalho necessária para atuação em cada DSEI.

A partir disso, foram instruídos processos SEI visando a pactuação do quantitativo de força de trabalho necessária para o Distrito, que contou com a sua participação e do Gabinete da Secretaria de Saúde Indígena. Por conseguinte, foi possível compreender as especificidades territoriais e culturais de cada Distrito e definir a quantidade de equipes multidisciplinares necessária para atuar no DSEI, porém, enquadrada ao quantitativo mínimo necessário, tendo em vista a disponibilidade orçamentária desta Secretaria para as referidas ações.

Distritos Sanitários Especial Indígena	Convenente	NUP
RIO TAPAJÓS	HMTJ	25000.002168/2024-66

3.10. **ANÁLISE DOS CUSTOS INDIVIDUAIS E GERAIS DO PRESENTE ADITIVO**

Destaca-se que foram anexados aos autos os seguintes documentos, que apresentam de maneira pormenorizada a distribuição orçamentária da presente suplementação de recursos nas metas, etapas e naturezas de despesa deste Convênio:

- Parecer de Mérito 24 (0041194175);
- Parecer Econômico Financeiro 117 (0041194554);
- Plano Aplicação Detalhado - PAD (0041194266); e
- Plano de Trabalho 2024 (0041194214).

É fundamental que se compreenda que este Termo Aditivo ocorre de maneira complementar, visando dar continuidade às atividades previstas no Plano de trabalho deste Convênio até 31/12/2023. Além disso, frisa-se que o Plano de trabalho foi aprovado pelas unidades Coordenação-Geral de Participação e Controle Social na Saúde Indígena - CGPSI, Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena - DAPSI e Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena - DEAMB, Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento, da Informação, da Avaliação e do Monitoramento da Saúde Indígena - CGCOIM e Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade - CORISC, por meio do Parecer de Mérito, na qual foram avaliados ainda a proporcionalidade entre as ações descritas e as cotações de preço encaminhada para cada atividade, conforme tratativas realizadas no Processo NUP 25000.002168/2024-66.

Em termos gerais, o presente Termo aditivo visa dar continuidade nas seguintes ações que serão apresentadas na Tabela 01. Cabe ressaltar que, para apuração dessa informação mais detalhada, devem ser consultados os documentos elencados acima.

Tabela 01: Quantitativos gerais

Quantitativos gerais	Descrição
Número de colaboradores contratados para prestação de serviço de saúde e saneamento básico	378 colaboradores
Capacitação educação permanente	06 ações
Reuniões/Capacitações Controle Social	25 eventos

Além das atividades descritas na Tabela 01, são previstas diárias de supervisão às atividades das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), pagamento de pernoite e diárias para essas equipes quando necessário, custos administrativos da gestão do Convênio, encargos sociais dos colaboradores, atividades de práticas integrativas. Ressalta-se que todas essas atividades são acompanhadas pela SESAI durante a execução do Instrumento, nos termos da Portaria de Consolidação n° 1 SESAI/MS, de 17 de Dezembro de 2020.

Para tanto, é necessário que o convênio seja suplementado em **R$ 36.402.993,60 (trinta**

e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos).

Para custear a suplementação de recursos pretendida, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) conta com o orçamento previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA), que será executado na Programação Orçamentária apresentada na Tabela 02.

Tabela 02: Programação Orçamentária - SESAI

PT(**)	PLANO ORÇAMENTÁRIO	PTRES	VALOR
10.423.5122.20YP	0000 (Custeio)	234651	**R$ 36.402.993,60**

Ademais, o valor pretendido para suplementação de recursos será repassado conforme cronograma de desembolso apresentado no Parecer Econômico e Documento PAD.

Destaca-se que, embora a suplementação esteja acima do limite estabelecido pelo art. 65, § 1º, da Lei nº 8.666/1993, esta satisfaz cumulativamente os seis pressupostos exigidos pela Decisão 215/1999 – Plenário – TCU, conforme abaixo:

> **I - não acarretar para a Administração encargos contratuais superiores aos oriundos de uma eventual rescisão contratual por razões de interesse público, acrescidos aos custos da elaboração de um novo procedimento licitatório;**
>
> **II - não possibilitar a inexecução contratual, à vista do nível de capacidade técnica e econômico-financeira do contratado;**
>
> **III - decorrer de fatos supervenientes que impliquem em dificuldades não previstas ou imprevisíveis por ocasião da contratação inicial;**
>
> **IV - não ocasionar a transfiguração do objeto originalmente contratado em outro de natureza e propósito diversos;**
>
> **V - ser necessárias à completa execução do objeto original do contrato, à otimização do cronograma de execução e à antecipação dos benefícios sociais e econômicos decorrentes;**
>
> **VI - demonstrar-se - na motivação do ato que autorizar o aditamento contratual que extrapole os limites legais mencionados na alínea "a", supra - que as consequências da outra alternativa (a rescisão contratual, seguida de nova licitação e contratação) importam sacrifício insuportável ao interesse público primário (interesse coletivo) a ser atendido pela obra ou serviço, ou seja gravíssimas a esse interesse; inclusive quanto à sua urgência e emergência;**

3.11. ANÁLISE QUANTO AO CUMPRIMENTO E CORRETA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

Destaca-se que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/MS), em consonância com as ações prioritárias aprovadas pelo Ministério da Saúde, realizou ações de controle abordando aspectos de governança e de gestão realizadas no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), sobre as contratações que dão suporte à execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A priorização da PNASPI, no âmbito do Plano Anual de Atividades/2020, vai ao encontro do atendimento à recomendação do Tribunal de Contas da União efetuada no Acórdão 599/2020-TCU-Plenário, no sentido de que *"quando do atendimento do Acórdão 1.246/2017-TCU-Plenário, inclua também em seu planejamento anual de atividades para o próximo exercício, ações de avaliação da gestão de riscos e de controles internos nas contratações relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas"*.

Nesse sentido, diante da emissão do Relatório final de Auditoria n° 2020105896 (0022197294), a Secretaria de Saúde Indígena realizou as seguintes atividades elencadas abaixo:

Reformulação do Plano de Trabalho 2024, com detalhamento dos itens e quantitativos a serem adquiridos, bem como a implementação do Termo de Referência com a indicação das pesquisas de preço para os itens do Plano de Trabalho, em que há a previsão de aquisição de itens ou contratação de empresas para o fornecimento de produtos ou serviços, conforme orientado aos DSEI, CASAI/BSB e Convenente, por meio do Ofício-Circular nº 3 (0028254274);

Emissão de Parecer Técnico pelos Coordenadores Distritais sobre a execução das ações realizadas de acordo com o previsto no Plano de Trabalho, prévio à liberação de parcela, em

atendimento ao art. 11, inciso VIII, da Portaria de Consolidação nº 1 SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020, conforme orientado no Ofício-Circular nº 33 (0026994772).

Quanto ao exposto, informa-se que as providências referentes ao acompanhamento e monitoramento dos Convênios podem ser consultadas de maneira resumida no Ofício nº 215/2022 /SESAI/CGPO/SESAI/MS (0027031351), direcionado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS).

3.12. **JUSTIFICATIVA TÉCNICA PARA PRORROGAÇÃO DO PRAZO DO CONVÊNIO**

Não se aplica, uma vez que não está sendo prorrogado o prazo do Convênio.

3.13. **NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DO PRAZO DE VIGÊNCIA, PARA FINS DE CELEBRAÇÃO DO TERMO ADITIVO, DE MODO QUE NÃO HAJA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE, EM CONSONÂNCIA COM A ORIENTAÇÃO NORMATIVA/AGU Nº 03**

Não se aplica, uma vez que o Convênio tem vigência até 31/12/2024.

3.14. **NECESSIDADE DE QUE A MINUTA SUBMETIDA SEJA PREENCHIDA COM OS DADOS CORRESPONDENTES AO ADITIVO A SER CELEBRADO**

Não se aplica à SESAI, pois a Minuta será preenchida pela CMAI/FNS/SE/MS.

4. **CONCLUSÃO**

Atesta-se que cada caso concreto deste Termo Aditivo de suplementação de recurso se amolda aos termos do PARECER REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387).

Por fim, solicita-se a suplementação de recurso no valor de **R$ 36.402.993,60 (trinta e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos)**, para atendimento das metas e ações previstas no Plano de Trabalho deste Convênio.

Documento assinado eletronicamente por **Nelson Soares Filho**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira**, em 07/06/2024, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041195445** e o código CRC **85ECA51F**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041195445

Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos - SERTRANS/SESAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

DESPACHO

SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 07 de junho de 2024.

Convênio nº: **878448/2018**

Interessado: **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**

Assunto**: Termo Aditivo de Suplementação de Valor**

À Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos - CMAI/FNS/MS,

Trata-se de solicitação de Termo Aditivo para o Convênio supramencionado, visando a suplementação de recursos na ordem de **R$ 36.402.993,60 (trinta e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos),** destinados ao cumprimento do objeto do Convênio até o final de sua vigência**.**

Ressalta-se que foram seguidas todas as recomendações apresentadas no PARECER REFERENCIAL n. 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (0018746387)., que versa sobre análise dos Termos Aditivos dos Convênios celebrados pelo Ministério da Saúde, conforme documentos inseridos nos autos. Ademais, as áreas técnicas desta SESAI manifestaram-se favoravelmente quanto ao mérito da presente suplementação de recursos.

Nesse sentido, foram apensados aos autos os seguintes documentos:

- Ofício Termo Aditivo Suplementação de Valor (0041194152);
- Plano de Trabalho 2024 (0041194214);
- Plano Aplicação Detalhado - PAD (0041194266);
- Parecer de Mérito 24 (0041194175);
- Parecer Econômico Financeiro 117 (0041194554); e
- Nota Técnica 24 (0041195445).

Dessa forma, encaminhe-se ao Fundo Nacional de Saúde – FNS para as providências cabíveis. Destacamos que, para celebração do Termo Aditivo, seja empenhada a 1ª parcela dos convênios.

Atenciosamente,

NELSON SOARES FILHO

Coordenador-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira

De acordo,

WEIBE TAPEBA

Secretário de Saúde Indígena

Documento assinado eletronicamente por **Nelson Soares Filho**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira**, em 07/06/2024, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Weibe Nascimento Costa**, **Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 07/06/2024, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041195784** e o código CRC **7EAB28F1**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041195784

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

DESPACHO

SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 11 de junho de 2024.

À CMAI/FNS/MS,

Trata-se de Despacho de retificação da Parecer Econômico Financeiro 117 (0041194554)

- Onde se lê:

Convênio: 882487/2019

Tabela 02: Valores por Etapa - Meta 02

- Leia-se:

Convênio: 878448/2018

Tabela 02: Valores por Etapa - Meta 02

Documento assinado eletronicamente por **Nelson Soares Filho**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira**, em 11/06/2024, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041271793** e o código CRC **A8EE03DA**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041271793

Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira
Serviço de Monitoramento de Transferências e Devolução de Recursos

DESPACHO

SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS

Brasília, 21 de junho de 2024.

À CMAI/FNS/MS,

Trata-se de Despacho de retificação da Parecer Econômico Financeiro 117 (0041194554).

- Onde se lê:

O valor a ser suplementado por meio deste Termo Aditivo será distribuído na Meta 2, conforme detalhamento, por Etapa, apresentado a seguir na Tabela 2:

Tabela 02: Valores por Etapa - Meta 02

- Leia-se:

O valor a ser suplementado por meio deste Termo Aditivo será distribuído na Meta 3, conforme detalhamento, por Etapa, apresentado a seguir na Tabela 2:

Tabela 02: Valores por Etapa - Meta 03

Documento assinado eletronicamente por **Nelson Soares Filho**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira**, em 21/06/2024, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041492818** e o código CRC **A5ED5553**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041492818

Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Coordenação-Geral de Análise e Formalização de Investimentos
Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos

DESPACHO

CMAI/CGAFI/FNS/SE/MS

Brasília, 12 de junho de 2024.

Referência: 25000.160411/2018-11

Interessado: **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**

Assunto: Termo Aditivo de Valor

Trata-se de solicitação de Termo Aditivo de Valor do Instrumento celebrado com o Ministério da Saúde, conforme Quadro Resumo abaixo:

Quadro Resumo

MODALIDADE DE REPASSE	Convênio
1 - INSTRUMENTO	878448/2018
2 - DATA FINAL DA VIGÊNCIA	31/12/2024
3 – ENTIDADE CONVENENTE/CNPJ	ENTIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ CNPJ: 21.583.042/0001-72
4 - OBJETO	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPLEMENTARES NA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE, VISANDO O ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS ESTABELECIDOS PELA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI EM CONSONÂNCIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - PNASPI E AS ESPECIFICIDADES SÓCIO-CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS, NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - SASISUS (CHAMADA PÚBLICA 11/2018)
5 - MANIFESTAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA	PARECER DE MÉRITO Nº 24/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041194175) PARECER ECONÔMICO FINANCEIRO Nº 117/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041194554) NOTA TÉCNICA Nº 24/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041195445)

	DESPACHOS SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041195784) e (SEI 0041271793)			
6 – TIPO DE RECURSO	Emenda ( ) Programa (x)			
6.1 - EMENDA PARLAMENTAR	Nome Parlamentar: (Incluir nome de todos) (X) Não se Aplica			Nº Emenda: (X) Não se Aplica
6.2 - PROGRAMA TRABALHO (CFP)	**6.3 – PLANO ORÇAMENTÁRIO - PO**	**6.4 - PTRES**	**6.5 - NATUREZA DE DESPESA (ND)**	**6.7 - VALOR**
10.423.5122.20YP	0000	234651	3350.43	**R$ 36.402.993,60**
6.7 - TA DE VALOR	R$ 36.402.993,60 (trinta e seis milhões, quatrocentos e dois mil novecentos e noventa e três reais e sessenta centavos)			
6.8- VALOR DO INSTRUMENTO	R$ 127.199.274,71 (cento e vinte e sete milhões, cento e noventa e nove mil duzentos e setenta e quatro reais e setenta e um centavos)			
6.9- VALOR FINAL APOS ADITIVO	R$ 163.602.268,31 (cento e sessenta e três milhões, seiscentos e dois mil duzentos e sessenta e oito reais e trinta e um centavos)			

Conforme o PARECER DE MÉRITO Nº 24/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI /CGPO/SESAI/MS (SEI 0041194175), a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI manifestou-se FAVORÁVEL à suplementação de recurso do Convênio. Segundo informado no referido Parecer:

> "Nesse sentido, somos **favoráveis** à celebração do Termo Aditivo de Suplementação de recursos ao Convênio original, para que não haja descontinuidade na assistência às populações indígenas e atestamos que tal ato não configura lesão ou prejuízo a terceiros ou à Administração Pública, tendo em vista a realização do interesse público e o exercício da eficiência."

Ato contínuo, a SESAI, mediante o PARECER ECONÔMICO FINANCEIRO Nº 117/2024-SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041194554), complementado pelos Despachos SESAI/SERTRANS/SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041195784) e (SEI 0041271793), manifestou-se do seguinte modo:

> "Compreende-se no Parecer de Mérito a análise da coerência e compatibilidade do pleito com as questões relacionadas aos objetivos e prioridades do Ministério da Saúde, perfil e papel estratégico da instituição proponente.
>
> O valor da suplementação será liberado em 05 (cinco) parcelas para cumprir com as atividades previstas no plano de trabalho até dezembro de 2024, conforme dispostas no cronograma de desembolso do Transferegov.br.
>
> Nestes termos, sob o ponto de vista exclusivamente técnico-econômico, restrito às atividades a serem desenvolvidas e valores apresentados na Proposta analisada, nada temos a opor quanto a sua aprovação."

Por fim, SESAI informa por meio da NOTA TÉCNICA Nº 24/2024-SESAI/SERTRANS /SESAI/CGPO/SESAI/MS (SEI 0041195445), que a elaboração de Termo Aditivo de suplementação de recurso para o Convênio nº 878448/2018 celebrado pela União, por intermédio deste Ministério da Saúde, com o objetivo de prestar serviços complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à

Saúde Indígena – SasiSUS, **se amolda aos termos do Parecer Referencial nº 00043/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU (SEI 0018746387) e Despacho de Aprovação nº 00182/2021/CONJUR-MS/CGU/AGU (SEI 0018746498)**.

Assim, considerando o exposto, a Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos (CMAI), a Coordenação-Geral de Análise e Formalização de Investimentos (CGAFI), a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (DEFNS) e a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde **recomendam** à **Ministra de Estado da Saúde** o **deferimento** da solicitação de Termo Aditivo de Valor por meio da assinatura do Termo Aditivo.

Documento assinado eletronicamente por **Edson Carlos Fukuta**, **Engenheiro(a)**, em 12/06/2024, às 13:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cid de Alcântara**, **Coordenador(a) de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos substituto(a)**, em 12/06/2024, às 14:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Iranildes Maria José**, **Coordenador(a)-Geral de Análise e Formalização de Investimentos**, em 12/06/2024, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Dárcio Guedes Junior**, **Diretor(a)-Executivo do Fundo Nacional de Saúde**, em 13/06/2024, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, **Secretário(a)-Executivo(a)**, em 21/06/2024, às 17:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041279835** e o código CRC **9824EDDE**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041279835

Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Coordenação-Geral de Análise e Formalização de Investimentos
Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos

TERMO ADITIVO

Processo nº 25000.160411/2018-11

TERMO ADITIVO **TERMO ADITIVO DE VALOR Nº 1/2024** **PROPOSTA N°** 060150/2018 **TIPO PROJETO: CONVÊNIO** Nº 878448/2018		
CONCEDENTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE	**CNPJ:** 00.530.493/0001-71	**UF:** DF
ENDEREÇO: ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, BRASÍLIA-DF, CEP: 70.058-900		
REPRESENTANTE LEGAL: NISIA TRINDADE DE LIMA		**CARGO/FUNÇÃO:** MINISTRA DA SAÚDE
CPF/MF: ***.005.407-**		
ENTIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	**CNPJ:** 21.583.042/0001-72	**UF:** MG
ENDEREÇO: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 - SAO MATEUS. Juiz De Fora - MG. CEP: 36025-330		
REPRESENTANTE LEGAL: MARCO ANTONIO GUIMARÃES DE ALMEIDA		**CARGO/FUNÇÃO:** DIRETOR-PRESIDENTE
CPF/MF: ***.399.966-**	**PROCESSO:** 25000.160411/2018-11	
PEDIDO DO CONVENENTE: Ofício Termo Aditivo Suplementação de Valor (SEI 0041194152)		
OBJETO DESTE TERMO ADITIVO: SUPLEMENTAÇÃO DE RECURSOS NO VALOR DE R$ 36.402.993,60		

DOCUMENTAÇÃO DA APROVAÇÃO: Despacho CMAI/CGAFI/FNS/SE/MS (SEI 0041279835), Check-List Habilitação (NUP 25000.065435/2021-63 e SEI 0041590066)
VALOR GLOBAL DO CONVÊNIO: R$ 127.199.274,71 **TERMO ADITIVO DE VALOR:** R$ 36.402.993,60 **INÍCIO DA VIGÊNCIA ORIGINAL:** 17/09/2018 **TÉRMINO DA VIGÊNCIA ATUAL:** 31/12/2024 **PRAZO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS:** 01/03/2025 **VALOR DO INSTRUMENTO APÓS ADITIVO:** R$ 163.602.268,31

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

Aplica-se ao presente Termo Aditivo o Decreto nº 6.170/2007 e suas alterações; Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 e suas alterações e Lei nº 8.666/1993, no que couber.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo passará a contar da data de assinatura, limitando-se à data de vigência original deste convênio ou de suas eventuais prorrogações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições deste convênio não modificadas por este Termo.

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPLEMENTAÇÃO

Para execução do objeto deste Termo Aditivo, serão destinados recursos, neste ato fixados em R$ 36.402.993,60, alocados de acordo com o cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho, com a seguinte disposição e classificação orçamentária:

I - R$ 7.918.860,60 (sete milhões, novecentos e dezoito mil oitocentos e sessenta reais e sessenta centavos), no corrente exercício, correndo à conta da dotação alocada no orçamento do CONCEDENTE, autorizado pela Lei 14.116/2020, UG/Gestão 257001/00001, assegurado pelas Notas de Empenho nº 2024NE000499 (SEI 0041549801), vinculada ao Programa de Trabalho 10.423.5122.20YP.0001, PTRES 234651, à conta de recursos oriundos do Tesouro Nacional, Fonte de

Recursos 1001, Natureza da Despesa 33.50.43.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo é assinado, devendo ser publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, pelo **MINISTÉRIO DA SAÚDE,** em conformidade com a legislação vigente, para produzir os efeitos legais.

(Minuta chancelada pela CONJUR/MS no Processo 25000.046932/2019-48)

Documento assinado eletronicamente por **Marco Antônio Guimaraes De Almeida**, **Usuário Externo**, em 28/06/2024, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Nísia Verônica Trindade Lima**, **Ministra de Estado da Saúde**, em 28/06/2024, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041593218** e o código CRC **570008CB**.

Referência: Processo nº 25000.160411/2018-11 SEI nº 0041593218

Coordenação de Monitoramento e Ajustes de Instrumentos de Investimentos - CMAI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Edifício Anexo A, sala 209 - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR NA ÁREA DA SAÚDE, COM PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO RECURSO NA UNIDADE HOSPITALAR, COM ANUÊNCIA POSTERIOR DA SES/GO

Certificado

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

inscrita(o) no CNPJ Nº 21.583.042/0001-72, está certificada(o) como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde e, como tal, presta serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Brasília-DF, 26 de Março de 2013

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
MINISTRO DA SAÚDE

* Conforme Portaria SAS/MS Nº 0060, publicada no DOU em 25 de janeiro de 2013

Ministério da Saúde

PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Certificado CEBAS-SAÚDE Válido até 24 de janeiro de 2016

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Barão do Rio Branco, 2380 - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel.: 3215-3118

Declaro ser autentica a presente fotocopia cujo original me foi apresentado. Do que dou fe
Em testo _____ da verdade.

EMOL 3,68 TF 1,21 RECOMPE 0,22 TOTAL: R$ 8,11
Juiz de Fora - MG, 12/08/2024 - 14:54
FERNANDO A. MAIA - TABELIAO
SUBSTITUTOS
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO

Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
CFO 07233

OF. DE NOTAS
MG

CARTÓRIO ORMINDO MAIA
3º OFÍCIO DE NOTAS
Autenticação válida para o anverso. Verso em branco.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 24/08/2022 | Edição: 161 | Seção: 1 | Página: 69

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA Nº 476, DE 22 DE AGOSTO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, com sede em Juiz de Fora (MG).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 208/2022 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.058568/2021-83, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%(sessenta por cento), do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, CNPJ nº 21.583.042/0001-72, com sede em Juiz de Fora (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 25 de janeiro de 2022 a 24 de janeiro de 2025.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta de Aplicação do Recurso na Unidade Hospitalar

O **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus,** por força da PORTARIA Nº 476 publicada no Diário Oficial da União em 22 DE AGOSTO DE 2022, teve deferida pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde a renovação do Certificadode Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE), e, por conseguinte, é isento da contribuição patronal do INSS. Dessa forma, considerando que os recursos públicos obtidos através de contratos de gestão são de uso restrito para custeio e/ou investimento das atividades operacionais da unidade, o montante dos recursos provenientes da isenção da cota patronal do INSS usufruída durante o exercício será contabilizado em conta própria em balanço patrimonial, no fechamento contábil, em atendimento do Princípio de Transparência, demonstrando o valor economizado, sendo certo que a proposta financeira apresentada leva em consideração o valor economizado no custeio da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**

3. - FA3 – QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OBTIDOS PELA UNIDADE HOSPITALAR DURANTE A GESTÃO DA OSC PROPONENTE.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, e-mail secretariadesaude@pjf.mg.gov.br, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há mais de 90 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060, 01.2020.163 e 08.2022.032, **com plena e ininterrupta vigência até a presente data**, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.
Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 22 de junho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

certificado

Certificado: N°611-006-280 | Validade: 03/2027

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CNPJ: 21.583.042/0001-72

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada DNV BUSINESS ASSURANCE AVALIACOES E CERTIFICACOES BRASIL LTDA - DNV, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços Hospitalares sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA

São Paulo, 18 de Março de 2024

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

Organização Nacional de Acreditação

DNV

ISQua Institutional Member 2024-2025

IEEA Accredited Organisation 2021-2025

IEEA Accredited Surveyor Training Programme 2020-2024

ISQuaEEA Accredited Standards 2023-2027

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge CNSaúde FBH FenaSaúde CMB SBAC Unimed

1852

São Paulo, 18 de Março de 2024

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Hospital E Maternidade Therezinha De Jesus, inscrito no CNPJ: 21.583.042/0001-72, foi certificado como ACREDITADO COM EXCELÊNCIA , com validade até 18/03/2027.

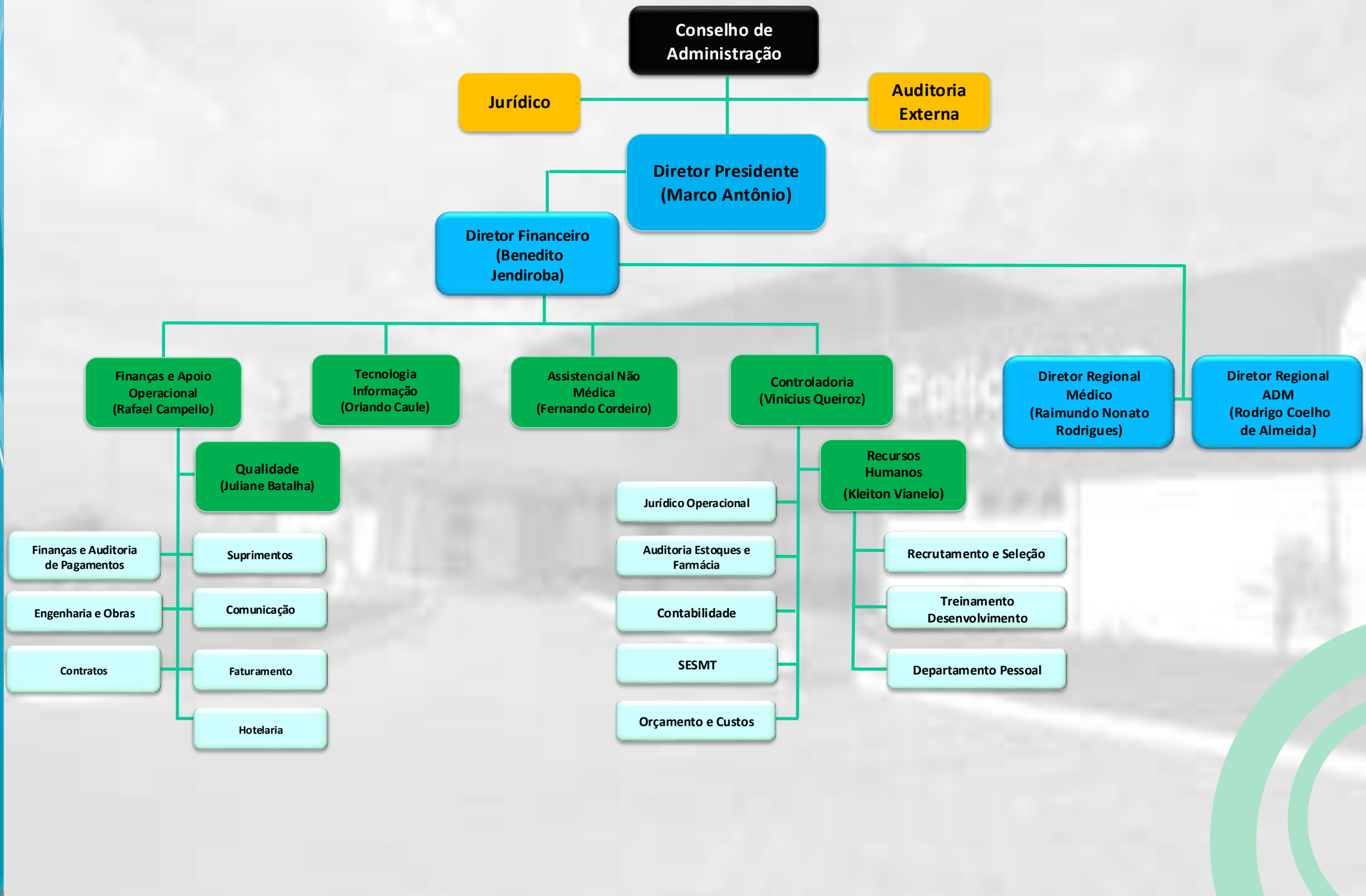
Fabio Gastal
Presidente

QUALIDADE TÉCNICA

ESPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR

Apresentação de organograma da unidade com definição das competências de cada mebro do corpo diretivo

ORGANOGRAMA SEDE – OSSHMTJ



ORGANOGRAMA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA/GOIAS

Diretoria OSS HMTJ

Diretoria Geral

Diretoria Técnica

Coordenação Administrativa

Coordenação Assistencial

- **Ambulatório**
- **CME – Central de Material Esterilização**
- **Endoscopia**
- **SADT - Imagem**
- **Laboratório de Análises Clínicas**
- **Raio x**
- **Hemodiálise**
- **Consultas Odontológicas**
- **Ambulatório Multiprofissional: Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Serviço Social; Terapia Ocupacional**

- **NIA - Núcleo Interno de Agendamento**
- **Serviço de Controle de Infecção Hospitalar**
- **Núcleo de Segurança do Paciente**
- **Comissões**
- **Qualidade**
- **Ouvidoria**

Ambulatório de Especialidades:

Anestesiologia;
Angiologia/Cirurgia Vascular;
Audiometria ;
Cardiologia;
Clínico Geral;
Cistoscopia;
Cirurgião;
Dermatologia;
Endocrinologia;
Gastroenterologia;
Ginecologia/Obstetrícia;
Hematologia;
Infectologia;
Mastologia;
Nefrologia;
Neurologia;
Oftalmologia;
Ortopedia/ Traumatologia;
Otorrinolaringologia;
Pediatria Clínica;
Pneumologia;
Radiologia;
Urologia;

- **Serviços de Higiene e Limpeza**
- **Transporte**
- **Almoxarifado/ Farmácia**
- **CSTI**
- **Custos**
- **Recepção**
- **RH/ DP**
- **Faturamento/ SAME**
- **SESMT**
- **Serviços terceirizados**
- **Manutenção**

Observação: As competências do Corpo Diretivo estão descritas no PEC

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Acompanhar o desenvolvimento da estrutura da instituição, verificando o funcionamento de suas unidades segundo regimentos e regulamentos vigentes, para propor e efetivar sugestões; acompanhar, avaliar e controlar o resultado, qualidade e execução dos serviços de gestão prestados;

2) Analisar as características e as necessidades da organização, os recursos disponíveis e a rotina dos serviços, colhendo informações em documentos, junto ao pessoal ou por outro meio, para avaliar, estabelecer ou alterar práticas administrativas/ assistenciais bem como providenciar e concluir procedimentos relativos à compra de materiais e equipamentos, utilizando os procedimentos necessários para determinação da opção mais adequada, a fim de conseguir suprir as necessidades da empresa com menor custo e melhor benefício;

3) Analisar os resultados de implantação de novos métodos, efetuando comparações entre as metas programadas e os resultados atingidos, para corrigir distorções, avaliar desempenhos e replanejar o serviço administrativo; avaliar os resultados de programas administrativos, consultando os colaboradores, para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias;

4) Assegurar a observância às políticas, planos, procedimentos, leis e regulamentações que possam ter um impacto significativo sobre as operações e informações, bem como verificando se a organização os segue;

5) Assessorar os dirigentes no desempenho efetivo do objeto social da instituição, suas funções e responsabilidades, fornecendo-lhes análises, apreciações, recomendações, pareceres e informações relativas às atividades examinadas, promovendo, assim, um controle efetivo a um custo razoável;

6) Buscar e fornecer informações, seja por meio de pesquisas internas ou externas que auxiliem os dirigentes da instituição na tomada de decisões, avaliando a integridade e confiabilidade das informações gerenciais e os meios utilizados para identificar, classificar e comunicar tais informações;

7) Contribuir efetivamente com orientações, devidamente fundamentadas, para a manutenção da regularidade das obrigações da instituição e de forma especial, junto às repartições públicas, vinculadas às suas atividades desenvolvidas;

8) Desenvolver sistemas de planejamento, organização, controle e a execução de atividades pertinentes à área sob sua responsabilidade técnica; desenvolver, influenciar e assessorar de forma consistente e articulada os clientes internos e externos;

9) Elaborar estudos, laudos técnicos, pareceres e relatórios na sua área de atuação; elaborar o plano de atividades de sua área gerencial, como os referentes aos serviços de informação, comunicação, organização e métodos, informática, utilização de equipamentos, compras, patrimônio e outros, baseando-se nos objetivos a serem alcançados, e na disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos, para definir prioridades, sistemas e rotinas referentes a esses serviços;

10) Esclarecer e orientar a Direção da Organização Social de Saúde, objetos quanto à aplicação da legislação vigente, referente à sua área específica de atuação, relacionada com a responsabilidade técnica e, também, em relação ao provimento dos cargos da sua estrutura organizacional; orientar os diretores da OSS quanto à eficiência, eficácia e a economia na utilização dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais;

11) Gerir rotinas administrativas (execução orçamentária, controle de receitas, normas internas, contas a pagar, controle de contas contábeis e de custos, parceiros e fornecedores, departamento pessoal, contratos, conciliação de pagamentos e depósitos bancários, arquivos e acompanhamento de soluções de não conformidade);

12) Informar a Diretoria da OSS sobre a situação administrativa da organização, às medidas em andamento e resultados obtidos, elaborando relatórios e estatísticas, acompanhados de análises e comentários pertinentes, para possibilitar a avaliação geral das diretrizes aplicadas e sua articulação com a política geral da instituição, submetendo os programas administrativos à apreciação da direção geral da OSS, sempre que necessário, apresentando justificativas e documentações, para obter a aprovação dos mesmos ou determinações sobre emendas, quando necessário;

13) Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas da instituição, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;

14) Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para os clientes, o mercado e a comunidade em geral além de identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos / serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva da empresa no mercado.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Medicina, Ciências Contábeis, Administração, Direito ou cursos correlatos. DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Gestão de Custos Hospitalares, Governança corporativa e áreas afins	**Experiência**	Desejável de 01 ano a 02 anos no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 26	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - Conhecimento em TOTVS; - Conhecimento em SigQuali; - Domínio em Fluig; - Domínio em GCPEC.

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio em Gestão Hospitalar; - Domínio em rotinas de contratualizações; - Conhecimento em análise de custos hospitalares; - Conhecimento em Gestão de Pessoas; - Conhecimento em ferramentas da Qualidade; - Domínio em indicadores gerenciais; - Domínio em Gestão do Corpo Clínico; - Noção de rotinas de contratos.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

Versão: 002/2024
Alterado em: 12/08/2024

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Versão: 004/2024
Alterado em: 12/08/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1312-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Garantir: O exercício ético da Medicina e o código de ética médica; O cumprimento das normas emanadas pelos conselhos médicos; O cumprimento da legislação vigente; O cumprimento do regimento interno do corpo clínico; O cumprimento de todas as normas da Unidade; A implementação efetiva das comissões assistenciais obrigatórias e as de apoio à gestão.

2) Representar a Unidade Hospitalar em suas relações com autoridades sanitárias e CFM, conforme legislação vigente.

3) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica e colaborar com as atividades da mesma.

4) Cientificar à Diretoria Geral de irregularidades que se observem em relação à ordem, ao desempenho ético-técnico e a disciplina nos diversos serviços.

5) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade.

6) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas.

7) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores.

8) Responsável por efetuar Avaliação de Desempenho de sua equipe, de acordo com o cronograma do RH.

9) Responsável por atender as determinações que constam nos PRS do RH.

10) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01. Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02. Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03. Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04. Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05. Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Medicina, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote office intermediário e sistemas: TOTVS, SIGQUALI, FLUIG e GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de codigo de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgencia e emergencia adulto e pediatrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar. - Conhecimento em processos de prestação de contas; - Conhecimento em processos regulação de vagas hospitalares; - Conhecimento em processos de contratos com gestão municipais; - Conhecimento em gestão de conflitos; - Conhecimento em gestão de mudanças.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Coordenar e supervisionar rotinas administrativas; Delegar funções; Criar, implantar e programar rotinas administrativas; Orientar a execução das normas e rotinas administrativas; Analisar o funcionamento das rotinas administrativas; Supervisionar cronogramas; Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;

02) Coordenar serviços gerais; serviço de malote; instalações; Coordenar serviço de limpeza;

03) Organizar documentos e correspondências; Receber, analisar, classificar, registrar e conferir documentos e correspondência; Encaminhar documentos e correspondências; Organizar registros;

04) Controlar abastecimento de estoque;

05) Coordenar equipe; Requisitar pessoal; Definir e gerenciar escala de trabalho; Avaliar desempenho da equipe; Remanejar pessoal; Apurar frequência ao trabalho; Gerenciar benefícios;

06) Manter rotinas referente ao pequeno caixa; Controlar verbas; Monitorar metas; Controlar contas a pagar; Controlar fluxo de caixa; Prestar contas;

07) Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar comunicados; Elaborar documentos e relatórios; Elaborar correspondência; Preencher formulários;

08) Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

09) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

10) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

11) Atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;

12) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01)Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das rotinas administrativas; - Conhecimento de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Desenvolver um plano de educação continuada/ permanente para as unidades supervisadas; atuar no setor de Educação Continuada promovendo treinamentos e ações voltadas para o desenvolvimento dos colaboradores, de acordo com as demandas levantadas pela gestão sejam técnicas e/ ou comportamentais, de maneira a cumprir com as solicitações contratuais e/ ou de necessidades para o funcionamento da unidade;

2) Realizar a aplicação de treinamentos de integração e palestras técnicas em implantação de unidades; realizar, junto com o superior imediato, uma sistemática para as aplicações dos treinamentos; buscar práticas para conscientizar os colaboradores quanto à importância de participar dos treinamentos e de que suas atividades contribuem para atingir os objetivos como um todo; Auxiliar na elaboração dos relatórios de treinamentos realizados, bem como no controle desses para acompanhamento efetivo juntamente com o RH; organizar e manter o controle e arquivo geral das atividades realizadas; participar da realização de eventos técnicos e sociais, quando necessário; colaborará no desenvolvimento de módulos e treinamentos técnicos e comportamentais;

3) Conduzir treinamentos e palestras, sendo responsável pela multiplicação de conhecimentos, controle e manutenção de indicadores e demais rotinas pertinentes aos setores assistenciais ou de setores de impacto na assistência, quando acionado; auxiliar o superior imediato no processo de treinamento, em todas as fases (Levantamento das Necessidades de Treinamento, cronograma, realização, evidência, eficácia e produtividade);

4) Padronizar e desenvolver o programa da CCIH nas unidades gerenciadas pela HMTJ; elaborar e acompanhar indicadores específicos da área. Solicitar mensalmente relatórios das ações e protocolos da CCIH; zelar pelo cumprimento e padronização das rotinas da CCIH nas unidades;

5) Confeccionar relatórios referentes às áreas responsáveis; realizar o diagnóstico situacional do local para tomar medidas referentes à identificação, controle e redução da infecção adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo;

6) Identificar, controlar e reduzir as infecções adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo; programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar; participar de reuniões sistemáticas para a discussão de problemas extraordinários, implementação de medidas preventivas, divulgação de indicadores de qualidade; implementar protocolos operacionais padrão (POP) e sistêmicos (PRS) para a execução de técnicas de enfermagem de nível central nas unidades afim de padronizar os processos da Sede OSSHMTJ;

7) Auxiliar o processo de investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado; propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento;

8) Padronizar promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs;

9) Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição; avaliar e monitorar as ações e indicadores vinculados ao Plano de Segurança do Paciente nas unidades bem como propor ações efetivas e estratégicas na atuação de acordo com o desempenho dos mesmos;

10) Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente em todos os serviços das unidades; acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço da unidade;

11) Apoiar as medidas de promoção e acompanhamento de ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional; elaborar plano

de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Diretoria, Gerência Assistencial, Gerência de RH e Gerência de Qualidade para as unidades; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde das unidades geridas pela OSSHMTJ;

12) Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

13) Garantir o desenvolvimento das seguintes ações de melhorias nas unidades: identificação corretamente do paciente; melhorar a comunicação efetiva; incentivar a higienização das mãos pelos profissionais; prevenir, controlar e notificar eventos adversos nas unidades; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; administração com segurança dos medicamentos pelos profissionais envolvidos, principalmente os de alto-risco, sangue e hemocomponentes; reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado da saúde; estimular a participação do paciente na assistência prestada e ações de prevenção de quedas e úlceras por pressão;

15) Apoiar a Sede da OSSHMTJ no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente nas unidades bem como cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade; coletar dados para a geração, interpretação e divulgação de indicadores de qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 6 meses a 1 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote Office intermediário (Word, Excel, Power Pont); Conhecimento em TOTVS; Conhecimento em Sigquali; Conhecimento em Fluig. Conhecimento em GCPEC

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio da lei nº 7498, 25 de junho de 1986 lei do exercício das atividades da enfermagem; - Domínio da utilização da Serviço Hospitalar de Enfermagem e dimensionamento nas áreas assistenciais; - Conhecimento de gestão hospitalar e a inserção da assistência; - Domínio dos indicadores gerenciais que envolve o processo assistencial; - Conhecimento das normas regulamentadoras dos órgãos oficiais que padronizam e fundamentam a assistência como as RDC's e Anvisa; - Conhecimento nas ferramentas da qualidade; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Domínio de segurança do paciente; - Conhecimento de tecnologias na área da saúde; - Conhecimento dos processos de gestão de pessoas.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Desenvolver um plano de educação continuada/ permanente para as unidades supervisadas; atuar no setor de Educação Continuada promovendo treinamentos e ações voltadas para o desenvolvimento dos colaboradores, de acordo com as demandas levantadas pela gestão sejam técnicas e/ ou comportamentais, de maneira a cumprir com as solicitações contratuais e/ ou de necessidades para o funcionamento da unidade;

2) Realizar a aplicação de treinamentos de integração e palestras técnicas em implantação de unidades; realizar, junto com o superior imediato, uma sistemática para as aplicações dos treinamentos; buscar práticas para conscientizar os colaboradores quanto à importância de participar dos treinamentos e de que suas atividades contribuem para atingir os objetivos como um todo; Auxiliar na elaboração dos relatórios de treinamentos realizados, bem como no controle desses para acompanhamento efetivo juntamente com o RH; organizar e manter o controle e arquivo geral das atividades realizadas; participar da realização de eventos técnicos e sociais, quando necessário; colaborará no desenvolvimento de módulos e treinamentos técnicos e comportamentais;

3) Conduzir treinamentos e palestras, sendo responsável pela multiplicação de conhecimentos, controle e manutenção de indicadores e demais rotinas pertinentes aos setores assistenciais ou de setores de impacto na assistência, quando acionado; auxiliar o superior imediato no processo de treinamento, em todas as fases (Levantamento das Necessidades de Treinamento, cronograma, realização, evidência, eficácia e produtividade);

4) Padronizar e desenvolver o programa da CCIH nas unidades gerenciadas pela HMTJ; elaborar e acompanhar indicadores específicos da área. Solicitar mensalmente relatórios das ações e protocolos da CCIH; zelar pelo cumprimento e padronização das rotinas da CCIH nas unidades;

5) Confeccionar relatórios referentes às áreas responsáveis; realizar o diagnóstico situacional do local para tomar medidas referentes à identificação, controle e redução da infecção adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo;

6) Identificar, controlar e reduzir as infecções adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo; programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar; participar de reuniões sistemáticas para a discussão de problemas extraordinários, implementação de medidas preventivas, divulgação de indicadores de qualidade; implementar protocolos operacionais padrão (POP) e sistêmicos (PRS) para a execução de técnicas de enfermagem de nível central nas unidades afim de padronizar os processos da Sede OSSHMTJ;

7) Auxiliar o processo de investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado; propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento;

8) Padronizar promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs;

9) Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição; avaliar e monitorar as ações e indicadores vinculados ao Plano de Segurança do Paciente nas unidades bem como propor ações efetivas e estratégicas na atuação de acordo com o desempenho dos mesmos;

10) Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente em todos os serviços das unidades; acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço da unidade;

11) Apoiar as medidas de promoção e acompanhamento de ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional; elaborar plano

de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Diretoria, Gerência Assistencial, Gerência de RH e Gerência de Qualidade para as unidades; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde das unidades geridas pela OSSHMTJ;

12) Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

13) Garantir o desenvolvimento das seguintes ações de melhorias nas unidades: identificação corretamente do paciente; melhorar a comunicação efetiva; incentivar a higienização das mãos pelos profissionais; prevenir, controlar e notificar eventos adversos nas unidades; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; administração com segurança dos medicamentos pelos profissionais envolvidos, principalmente os de alto-risco, sangue e hemocomponentes; reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado da saúde; estimular a participação do paciente na assistência prestada e ações de prevenção de quedas e úlceras por pressão;

15) Apoiar a Sede da OSSHMTJ no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente nas unidades bem como cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade; coletar dados para a geração, interpretação e divulgação de indicadores de qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 6 meses a 1 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote Office intermediário (Word, Excel, Power Pont); Conhecimento em TOTVS; Conhecimento em Sigquali; Conhecimento em Fluig. Conhecimento em GCPEC

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio da lei nº 7498, 25 de junho de 1986 lei do exercício das atividades da enfermagem; - Domínio da utilização da Serviço Hospitalar de Enfermagem e dimensionamento nas áreas assistenciais; - Conhecimento de gestão hospitalar e a inserção da assistência; - Domínio dos indicadores gerenciais que envolve o processo assistencial; - Conhecimento das normas regulamentadoras dos órgãos oficiais que padronizam e fundamentam a assistência como as RDC's e Anvisa; - Conhecimento nas ferramentas da qualidade; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Domínio de segurança do paciente; - Conhecimento de tecnologias na área da saúde; - Conhecimento dos processos de gestão de pessoas.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Felipe de Souza Rosa, inscrito no CPF sob o número 080.262.966-05, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Felipe de Souza Rosa
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

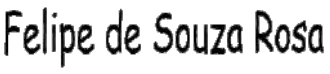
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Felipe - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 30-5B-D4-7A-DE-05-DA-04-F5-23-15-F5-C0-F7-EC-D5-9E-6F-D8-65
SHA256: 201e15bb97d9fd77d0b166dfe4a1e7ee78ab6e0773e22ab163e7803989db47db

Assinaturas

Nome: Felipe de Souza Rosa - **CPF/CNPJ:** 080.262.966-05 - **Cargo:** Coordenador de Comunicação e Marketing
E-mail: felipesouza@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 11:50:31
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 11:50:12 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 11:50:16
IP: 177.174.217.208 - **IPV6:** 2804:18:110d:5e2b:e001:da90:f8c7:73a6
Geolocalização: -17.745105403629395, -49.15873086765286



Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=30-5B-D4-7A-DE-05-DA-04-F5-23-15-F5-C0-F7-EC-D5-9E-6F-D8-65

HASH TOTVS: 30-5B-D4-7A-DE-05-DA-04-F5-23-15-F5-C0-F7-EC-D5-9E-6F-D8-65

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Caroline Ferreira Pereira, inscrita no CPF sob o número 089.578.106-92, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Caroline Ferreira Pereira
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

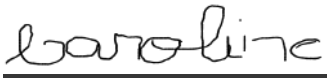
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Caroline - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: A4-42-71-61-4A-27-A4-2B-BD-E6-FC-8B-76-F6-33-58-D8-D6-C9-73
SHA256: cdf4fcafb9c905002b180bdd51a6c3af3febb3e6c8905b014924c5cd8b7a6311

Assinaturas

Nome: Caroline Ferreira Pereira - **CPF/CNPJ:** 089.578.106-92 - **Cargo:** Coordenadora do SESMT
E-mail: carolinepereira@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:47:40
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 09:47:31 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 09:47:35
IP: 138.204.196.70
Geolocalização: -18.4267386, -49.213221



Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=A4-42-71-61-4A-27-A4-2B-BD-E6-FC-8B-76-F6-33-58-D8-D6-C9-73

HASH TOTVS: A4-42-71-61-4A-27-A4-2B-BD-E6-FC-8B-76-F6-33-58-D8-D6-C9-73

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Carla Machado dos Santos, inscrita no CPF sob o número 023.420.807-43, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Carla Machado dos Santos
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Carla - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 0D-7B-81-74-C8-03-83-76-F8-CF-E2-C7-44-7C-E2-61-AC-83-D7-87
SHA256: bc71147b438274da8aa1184e729aa203942812d08c3c2523d36911361d7fb5f8

Assinaturas

Nome: Carla Machado - **CPF/CNPJ:** 023.420.807-43 - **Cargo:** Coordenadora Jurídica
E-mail: carlamachado@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 14:12:20
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 14:12:12 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 14:12:16
IP: 177.12.18.13
Geolocalização: -22.906961081699727, -43.1064183616261

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=0D-7B-81-74-C8-03-83-76-F8-CF-E2-C7-44-7C-E2-61-AC-83-D7-87

HASH TOTVS: 0D-7B-81-74-C8-03-83-76-F8-CF-E2-C7-44-7C-E2-61-AC-83-D7-87

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Mariana de Magalhães Barbosa Leite, inscrita no CPF sob o número 067.482.636-11, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Mariana de Magalhães Barbosa Leite
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Mariana - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 04-8E-EF-4F-56-53-45-E7-4A-A7-2F-CD-14-BD-26-EA-B4-35-AA-50
SHA256: 0546b8e7a18836946dcde6fdabd28a9d1e59fb29933db9c5be7bd6d83639233d

Assinaturas

Nome: Mariana de Magalhaes Barbosa Leite - **CPF/CNPJ:** 067.482.636-11 - **Cargo:** Coordenadora de Licitações
E-mail: marianabarbosa@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:32:22
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 09:32:16 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 09:32:18
IP: 201.55.120.193
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=04-8E-EF-4F-56-53-45-E7-4A-A7-2F-CD-14-BD-26-EA-B4-35-AA-50

HASH TOTVS: 04-8E-EF-4F-56-53-45-E7-4A-A7-2F-CD-14-BD-26-EA-B4-35-AA-50

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Mariana de Magalhães Barbosa Leite,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30/08/2019 a 07/05/2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 5 de maio de 2023.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registro: 52 Folha:2 Livro:20235001
Juiz de Fora, 5 de maio de 2023

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA
Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Título do Trabalho Final: RECANTO DA SERRA - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
Nota: 8

Assinado digitalmente por DJALMA RABELO RICARDO:80531334600 Data: 11/05/2023 09:28:00 -03:00

Assinado digitalmente por ANALICE ALVES ALMEIDA DE OLIVEIRA:79658148620 Data: 11/05/2023 09:37:19 -03:00

Assinado digitalmente por SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MED:05079440000108 Data: 11/05/2023 09:39:47 -03:00

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Carla Machado dos Santos**, matrícula **19/150222** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente** que teve início no dia 30/08/2019 e término em 07/05/2022, com carga horária total de 440 h/a.

Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15320**

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : e7a089e3-6a57-458d-931c-f5672a3709fa

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1891

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Caroline Ferreira Pereira,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 15 de julho de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Certificado

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a ***Felipe de Souza Rosa****, por haver concluído com freqüência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em* ***MBA - Gestão em Saúde e Segurança do Paciente – Turma 02****, em nível de especialização, realizado no período de 23 de setembro de 2016 a 22 de setembro de 2018, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº1 de 8 de junho de 2007, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Juiz de Fora, 23 de maio 2019.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registro: 1476 Folha: 122 Livro: 001
Juiz de Fora, 03 de junho de 2019.

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral Pró-têmpore, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Título do Trabalho Final: CLÍNICA DE ULTRASSONOGRAFIA MÓVEL.
Nota: 10,0.

Coordenadores de Curso:

Professor Flirton Rigatini

Professor José Mariano Soares de Moraes

Professora Cassiana Gil Prates

Professor Luiz Carlos Marzano

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

1895
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

O Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora, no uso de suas atribuições, certifica que **KLEITON OLIVEIRA VIANELO,** nascido em 29 de agosto de 1983, natural do estado de Minas Gerais, concluiu o **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CAPACITAÇÃO DE GERENTES HOSPITALARES - PROHOSP, aprovado pela Resolução nº 48/2008-CSPP,** ministrado no período de 28/08/2010 a 16/07/2011 com 540 horas/aula, outorgando-lhe o presente certificado para que possa gozar de todas as prerrogativas inerentes ao título.

Juiz de Fora, 12 de junho de 2013.

José Fonseca Marangon

Henrique Duque de Miranda Chaves Filho
Reitor

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Kleiton Oliveira Vianelo**, matrícula **12/150040** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **Governança Clínica e Segurança da Assistência Hospitalar** que teve início no dia 10/08/2012 e término em 22/03/2014, com carga horária total de 380 h/a.
Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15321**

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : 14d905fd-21ca-4929-9af6-5eceb5eecd53

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1896

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Kleiton Oliveira Vianelo, inscrita no CPF sob o número 058.731.106-11, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Kleiton Oliveira Vianelo
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Kleiton - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: E8-34-DA-B9-37-37-EA-84-15-F6-2B-FC-5C-BE-5C-4B-D2-A0-34-9B
SHA256: db454d8556e198d0127842eaa89d50a4e13df913eb1b8c62e598cec0ab48f630

Assinaturas

Nome: Kleiton Oliveira Vianelo - **CPF/CNPJ:** 058.731.106-11 - **Cargo:** Gerente de Recursos Humanos
E-mail: kleitonvianelo@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:41:37
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 09:41:25 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 09:41:28
IP: 187.16.187.104 - **IPV6:** 2804:2484:8636:d100:b4ec:445a:290e:dd02
Geolocalização: -21.73729273527854, -43.395286877230454

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=E8-34-DA-B9-37-37-EA-84-15-F6-2B-FC-5C-BE-5C-4B-D2-A0-34-9B

HASH TOTVS: E8-34-DA-B9-37-37-EA-84-15-F6-2B-FC-5C-BE-5C-4B-D2-A0-34-9B

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Leandro Bonoto Marchito,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Leandro Bonoto Marchito, inscrita no CPF sob o número 083.197.636-57, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Leandro Bonoto Marchito
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Leandro- Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 38-2B-15-65-9D-70-31-87-7F-F1-7E-4D-97-EE-55-5D-19-21-48-F3
SHA256: 88518d68cffced756d2909b21ea24b190199fba21067549e9e6c64b8ab68e704

Assinaturas

Nome: Leandro Bonoto Marchito - **CPF/CNPJ:** 083.197.636-57 - **Cargo:** Coordenador de Contratos
E-mail: leandrobonoto@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:51:06
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 09:51:00 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 09:51:03
IP: 201.55.120.193
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=38-2B-15-65-9D-70-31-87-7F-F1-7E-4D-97-EE-55-5D-19-21-48-F3

HASH TOTVS: 38-2B-15-65-9D-70-31-87-7F-F1-7E-4D-97-EE-55-5D-19-21-48-F3

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Jefferson Luiz da Silva Mendonça,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Jefferson Luiz da Silva Mendonça, inscrita no CPF sob o número 090.054.946-70, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Jefferson Luiz da Silva Mendonça
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Jefferson - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 4E-5F-A6-02-46-2B-68-87-23-8B-2A-EE-4A-05-8B-51-C2-01-44-1B
SHA256: 1887ba04a9bcc95804c801522f45768b2d15c897578e3c772cbb5f66f295f8bd

Assinaturas

Nome: Jefferson Luiz da Silva Mendonça - **CPF/CNPJ:** 090.054.946-70 - **Cargo:** Gerente de Suprimentos
E-mail: jeffersonmendonca@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:35:05
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 09:35:00 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 09:35:02
IP: 186.233.41.213
Geolocalização: -21.79072, -43.3586176

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=4E-5F-A6-02-46-2B-68-87-23-8B-2A-EE-4A-05-8B-51-C2-01-44-1B

HASH TOTVS: 4E-5F-A6-02-46-2B-68-87-23-8B-2A-EE-4A-05-8B-51-C2-01-44-1B

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Andreia Monteiro Baptista de Andrade,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30/08/2019 a 07/05/2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 18 de agosto de 2023.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

1905

Registro: 114 Folha:3 Livro:20235001
Juiz de Fora, 18 de agosto de 2023

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA
Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Título do Trabalho Final: PLANO DE PREVENÇÃO DA SAÚDE
Nota: 9

Assinado digitalmente por DJALMA RABELO RICARDO:80531334600
Data: 18/08/2023 11:48:54 -03:00

Assinado digitalmente por ANALICE ALVES ALMEIDA DE OLIVEIRA:79658148620
Data: 18/08/2023 11:49:39 -03:00

Assinado digitalmente por SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MED:05079440000108
Data: 18/08/2023 11:50:25 -03:00

Histórico

SUPREMA - SOC. UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
Alameda Savaterra, 200 - Salvaterra - Juiz de Fora - MG Tel.: (32) 2101-5000

Aluno **Andreia Monteiro Baptista de Andrade** Matrícula 19/150272

Naturalidade	Nacionalidade	Data de Nascimento	Identidade	CPF
Rio de Janeiro	Brasileira	25/05/1971	083357459	02210734770

Curso	Modalidade	Realização
Pós Graduação	MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente	De 30/08/2019 a 07/05/2022

Trabalho Final

Conceito: 9 PLANO DE PREVENÇÃO DA SAÚDE

Disciplinas	C.H.	Nota	Falta	Professor	Titulação	Instituição
Compliance em Saúde	20	10	0	Bruno Martins Torchia	Mestrado	FUMEC/MG
Gestão da Informação, Comunicação e Markerting em Saúde	20	10	0	João Roberto Marques Lobo	Mestrado	UFF/RJ
Gestão da Qualidade	40	10	5	Ronaldo Ricardo Fernandes	Especialização	PUC Minas/MG
Gestão de Processos	20	9	0	Cassiana Gil Prates	Doutorado	UFRGS/RS
Gestão de Recursos Humanos	20	9.5	0	Lisia Maria Vilela Junqueira	Especialização	UNIBH/MG
Gestão Estratégica em Saúde	20	10	0	Antônio Lourenço Júnior	Mestrado	FUMEC/MG
Gestão Financeira, Contábil e Auditoria em Saúde	20	8	5	Miguel Agostinho Gori de Oliveira	Especialização	IBMEC/MG
Governança Clínica	80	9	0	Elana Maria Ramos Freire	Doutorado	UFMG/MG
Governança Coorporativa	20	8	5	Artur Carlos das Neves	Especialização	USP/SP
Inovação em Saúde	20	9	0	Angela Cláudia Martin Duarte	Especialização	FGV/RJ
Métodos e Técnicas de Ensino e Pesquisa	60	9	10	Plínio dos Santos Ramos	Doutorado	UERJ/RJ
Resp. Social e Ambiental das Instituições de Saúde	20	10	0	Nayara de Almeida Lima Ferreira	Especialização	UNA/MG
Segurança do Paciente	80	7.5	10	Nadjanaira Alves Costa	Mestrado	PUC Minas/MG
Exercício de Avaliação Cognitiva	**	10	**	******		
Trabalho de Conclusão de Curso	**	9	**	******		

Total da Carga Horária:	440

Observações:

O curso de Pós-Graduação "lato-sensu" cumpre as disposições legais da resolução CNE/CES/MEC nº 1 de 06 abril de 2018.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA
Credenciada pela Portaria Nº3726, de 23 de dezembro de 2002 no DOU - Diário Oficial da União

Data de Expedição e Registro do Certificado: 18/08/2023

Juiz de Fora, 18 de agosto de 2023

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

Jorge Montessi
Diretor Geral

Assinado digitalmente por DJALMA RABELO RICARDO:80531334600
Data: 18/08/2023 11:48:52 -03:00

Assinado digitalmente por ANALICE ALVES ALMEIDA DE OLIVEIRA:79658148620
Data: 18/08/2023 11:49:37 -03:00

Assinado digitalmente por SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MED:05079440000108
Data: 18/08/2023 11:50:24 -03:00

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Andreia Monteiro Baptista de Andrade, inscrita no CPF sob o número 022.107.347-70, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Andreia Monteiro Baptista de Andrade
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Andreia - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 88-1D-6A-EC-31-0C-A1-45-DC-BD-F9-23-7C-35-1F-43-41-9E-48-DE
SHA256: 4fc68a170ba32f25017b7bfbddc2e7e55342c924dce22eff5a8f90d7468a2c85

Assinaturas

Nome: andreia monteiro baptista de andrade - **CPF/CNPJ:** 022.107.347-70 - **Cargo:** coordenadora financeira
E-mail: andreiamonteiro@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 18:50:37
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 18:50:28 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 18:50:31
IP: 152.255.122.79 - **IPV6:** 2804:18:4084:ab19:a17b:1a9e:9e9a:e0ac
Geolocalização: -21.77823873148617, -43.359150019490635

Assinatura **Rubrica**

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=88-1D-6A-EC-31-0C-A1-45-DC-BD-F9-23-7C-35-1F-43-41-9E-48-DE

HASH TOTVS: 88-1D-6A-EC-31-0C-A1-45-DC-BD-F9-23-7C-35-1F-43-41-9E-48-DE

QUALIDADE TECNICA

Experiência Mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade com documento comprobatório de interesse

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Igor Vitoi Cangussu**, CRM MG 58375, é Diretor Clínico do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2022 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidade Hospitalares, tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o Corpo Clinico da Instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientado os colaboradores para o atendimento humanizado aos usuários da Unidade.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Dr. Igor Vitoi Cangussu, inscrito no CRM MG sob o número 58375, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 25 de setembro de 2024

Igor Vitoi Cangussu
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Igor - Formosa
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: CC-3F-A2-17-97-2A-DB-72-B6-9B-58-64-FE-D3-12-2C-78-09-08-0D
SHA256: fadba80e79959a0e2203d034fd45f8b0e05ccefa73383cac9b1d38fd10b900c6

Assinaturas

Nome: Igor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 070.838.756-00 - **Cargo:** Diretor Clinico
E-mail: igorvitoi@gmail.com - **Data:** 25/09/2024 17:04:15
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
IP: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante
Geolocalização: -22,051422119140625,-43,19680924210233

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=CC-3F-A2-17-97-2A-DB-72-B6-9B-58-64-FE-D3-12-2C-78-09-08-0D

HASH TOTVS: CC-3F-A2-17-97-2A-DB-72-B6-9B-58-64-FE-D3-12-2C-78-09-08-0D

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Victor Vitoi Cangussu**, CRM MG 52702, é Diretor Técnico do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2020 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na área médica, administração e gestão, sendo responsável pelos processos assistenciais médicos e não médicos, assim como a garantia das condições técnicas de atendimento na Instituição.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Dr. Victor Vitoi Cangussu, inscrita no CRM MG sob o número 52702, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 25 de setembro de 2024

Victor Vitoi Cangussu
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

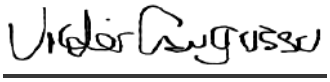
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Victor - Formosa
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: CB-FF-79-CB-C9-51-5B-61-A4-3B-7F-49-64-EE-F4-29-90-66-CE-24
SHA256: 796fa034fbc0932258f2ff25985b96317f00accaf77f46728d2a22c6dd7ae6d0

Assinaturas

Nome: Victor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 071.200.576-50 - **Cargo:** Diretor Técnico
E-mail: victorcangussu@hmtj.org.br - **Data:** 25/09/2024 19:18:47
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 25/09/2024 19:18:43 - **Leitura completa em:** 25/09/2024 19:18:45
IP: 177.26.71.225 - **IPV6:** 2804:18:4061:d1f:a5c5:2e0c:be44:cdc3
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante



Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=CB-FF-79-CB-C9-51-5B-61-A4-3B-7F-49-64-EE-F4-29-90-66-CE-24

HASH TOTVS: CB-FF-79-CB-C9-51-5B-61-A4-3B-7F-49-64-EE-F4-29-90-66-CE-24

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Marco Antônio Guimarães de Almeida**, CPF 485.399.066-34, é Diretor Presidente do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2021 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência e habilidade de organização e liderança para supervisionar funcionários e garantir a conformidade com as Políticas e com os Regulamentos.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Marco Antônio Guimarães de Almeida, inscrita no CPF sob o número 485.399.966-34, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 25 de setembro de 2024

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Marco - Formosa
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: F6-6B-FD-6A-88-82-18-D4-63-CB-D0-D7-6F-B1-1D-23-40-56-52-60
SHA256: ae4d4be4a615cdf3768e1cbab1b28acca9e7f1bebd9e7a856ee511d9d307d054

Assinaturas

Nome: Marco Antônio Guimarães de Almeida -**CPF/CNPJ:** 21.583.042/0001-72 - **Cargo:** Diretor Presidente
E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br - **Data:** 25/09/2024 17:44:01
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 25/09/2024 17:43:51 - **Leitura completa em:** 25/09/2024 17:43:54
IP: 186.233.41.210
Geolocalização: -21.7779846, -43.3593718

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=F6-6B-FD-6A-88-82-18-D4-63-CB-D0-D7-6F-B1-1D-23-40-56-52-60

HASH TOTVS: F6-6B-FD-6A-88-82-18-D4-63-CB-D0-D7-6F-B1-1D-23-40-56-52-60

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Dr. **Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, CPF 261.429.297-49**, é Diretor Financeiro do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2016 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na administração e gestão financeira da Entidade, sendo responsável pelos processos e atividades de Controladoria, Orçamento e Custos, Contratos e Documentação, além da execução financeira, Tecnologia da Informação bem como os Sistemas de Apoio Operacional.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, inscrita no CPF sob o número 261.429.297-49, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 25 de setembro de 2024

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Jendiroba - Formosa
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: F2-06-D4-23-4B-26-93-90-95-EE-55-23-E1-4D-01-DE-37-19-8B-61
SHA256: 3268ab479eb1a88d27538007ac907f75f43db5b9d5a6bdb6676fd49c49980d87

Assinaturas

Nome: Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - **CPF/CNPJ:** 261.429.297-49 - **Cargo:** Diretor Financeiro
E-mail: jendiroba@hmtj.org.br - **Data:** 25/09/2024 17:06:09
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 25/09/2024 17:06:02 - **Leitura completa em:** 25/09/2024 17:06:05
IP: 186.233.41.210
Geolocalização: -21.778291986711228, -43.3599533163355

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=F2-06-D4-23-4B-26-93-90-95-EE-55-23-E1-4D-01-DE-37-19-8B-61

HASH TOTVS: F2-06-D4-23-4B-26-93-90-95-EE-55-23-E1-4D-01-DE-37-19-8B-61

Atestado

Hospital do Coração Anis Rassi, inscrita no CNPJ/MF n. 01.145.407/001-70, com sede na Rua 09 St. Oeste Goiânia/ Go | CEP: 74.110-020 atesta que o Dr. Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho, inscrito no CRM GO sob o número 12140, é profissional eficiente e com vasta ampla experiência no gerenciamento e administração de Unidades hospitalares.

Atua como Diretor de práticas assistenciais, sem vínculo empregatício, do Hospital do Coração Anis Rassi, desde 01/07/2020 (até a presente data), tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientando os colaborares para atendimento humanizado aos usuários da unidade.

Goiânia, 11 de setembro de 2024.

Hospital do Coração Anis Rassi
Dr. Antonio Fernando Carneiro
Diretor Técnico
CRM 5709

Dr Antonio Fernando Carneiro
Diretor técnico

Hospital do Coração
ANIS RASSI
Gilmar Pires
Diretor Executivo - CRA 5564

Sr. Gilmar Pires
Diretor Executivo

Dr. Antonio Fernando Carneiro | CRM 5709
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho, inscrito no CPF sob o número 877.012.351-91, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 25 de setembro de 2024

Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Raimundo - Formosa
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: F8-8A-83-92-AE-CC-18-A1-41-92-CE-ED-5B-09-98-B1-C8-F9-8E-48
SHA256: 5223b782a25848be230fbba7c61c19d82822899e1d35c34107ded81708662bc2

Assinaturas

Nome: RAIMUNDO NONATO DINIZ RODRIGUES FILHO - **CPF/CNPJ:** 877.012.351-91
E-mail: nonatofilho@yahoo.com.br - **Data:** 25/09/2024 17:03:13
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 25/09/2024 17:03:03 - **Leitura completa em:** 25/09/2024 17:03:06
IP: 104.28.47.60 - **IPV6:** 2a09:bac3:670:878::d8:1b6
Geolocalização: -16.62960159593879, -49.214520240248376

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=F8-8A-83-92-AE-CC-18-A1-41-92-CE-ED-5B-09-98-B1-C8-F9-8E-48

HASH TOTVS: F8-8A-83-92-AE-CC-18-A1-41-92-CE-ED-5B-09-98-B1-C8-F9-8E-48

ÁREA DA QUALIDADE

ESTRUTURA DA GESTÃO

Experiência previa em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/ Clínicas especializadas, etc.

Ministério da Saúde

Secretaria de Saúde Indígena

Distrito Sanitário Especial Indígena - Porto Velho

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Sr. BRENO AUGUSTO CERUTTI MATTOS, CPF 117.159.116-01, é Diretor de Saúde Indígena, pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2019 até a presente data. Trata-se de profissional capacitado que vem atuando de forma competente junto à assistência em Saúde da população indígena, atuando em caráter complementar, executando ações de vigilância e assistência à saúde aos povos indígenas, através da implementação da Atenção Primária à Saúde nos territórios, com vasta experiência e habilidade de organização e liderança para supervisionar funcionários e garantir a conformidade com as Políticas e com os Regulamentos.

Porto Velho/RO, 11 de Setembro de 2024.

Atenciosamente,

ISAC ISRAEL GOMES DE OLIVEIRA:03351037236

Assinado de forma digital por ISAC ISRAEL GOMES DE OLIVEIRA:03351037236
Dados: 2024.09.11 16:22:54 -04'00'

ISAC ISRAEL GOMES DE OLIVEIRA

Coordenador Distrital de Saúde Indígena

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Breno Augusto Cerutti Mattos, inscrito no CPF sob o número 117.159.116-01, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Breno Augusto Cerutti Mattos
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Breno - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 2B-01-7F-4C-F1-9B-3F-83-A9-E2-59-58-06-8F-70-47-B7-B3-C7-9F
SHA256: 196a0a018a39f4dad3a76a0113cca6471c5aa0c0f5fe63a791f700c24e5294a3

Assinaturas

Nome: Breno Augusto Cerutti Mattos - **CPF/CNPJ:** 117.159.116-01 - **Cargo:** Coordenador de Projetos II
E-mail: brenomattos@hmtjsaudeindigena.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:10:03
Status: Assinado eletronicamente como responsável legal
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
IP: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante
Geolocalização: -9,922256469726562,-63,03532283726242

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=2B-01-7F-4C-F1-9B-3F-83-A9-E2-59-58-06-8F-70-47-B7-B3-C7-9F

HASH TOTVS: 2B-01-7F-4C-F1-9B-3F-83-A9-E2-59-58-06-8F-70-47-B7-B3-C7-9F

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Claudio Cesar Monteiros dos Santos** , CRM SP 57712, faz parte do Corpo Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, atuando como Diretor Regional Médico do Estado de São Paulo, atuando na gestão do **Ambulatório de Especialidades Sul, Hospital de Clinicas Sul, Unidade Básica de Saúde Parque Industrial e UPA Putim, na Cidade de São José dos Campos – SP, desde agosto de 2023 até a presente data** Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidade Hospitalares, tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o Corpo Clinico da Instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientado os colaboradores para o atendimento humanizado aos usuários da Unidade.

Juiz de Fora, 04 de Setembro de 2024.

José Fábio Gimenez Morais Rodrigues
Chefe de Contratos
Secretaria de Saúde de São José dos Campos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 11:53:19 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Cláudio César Monteiro dos Santos, inscrito no CRM SP sob o nº 55712, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Cláudio César Monteiro dos Santos
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Cláudio - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: BB-63-A7-68-AC-58-6B-61-7B-E8-62-39-96-44-14-D6-EB-F7-1B-B0
SHA256: 1471f6de96486af2e0524ae4e2b05a087a00c2228bebedf094106b299256b502

Assinaturas

Nome: Claudio Cesar Monteiro dos Santos - **CPF/CNPJ:** 929.703.388-15 - **Cargo:** Diretor Geral
E-mail: claudiosantos@hmtjsp.org.br - **Data:** 20/09/2024 10:43:25
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
IP: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=BB-63-A7-68-AC-58-6B-61-7B-E8-62-39-96-44-14-D6-EB-F7-1B-B0

HASH TOTVS: BB-63-A7-68-AC-58-6B-61-7B-E8-62-39-96-44-14-D6-EB-F7-1B-B0

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. João Paulo Pinto Magalhães**, CRM SP 172633, faz parte do Corpo Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, atuando como Diretor Técnico do **Ambulatório de Especialidades Sul na Cidade de São José dos Campos – SP, desde agosto de 2023 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na área médica, administração e gestão, sendo responsável pelos processos assistenciais médicos e não médicos, assim como a garantia das condições técnicas de atendimento na Instituição.

Juiz de Fora, 04 de Setembro de 2024.

José Fábio Gimenez Morais Rodrigues

Chefe de Contratos

Secretaria de Saúde de São José dos Campos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 11:53:19 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, João Paulo Pinto Magalhães, inscrito no CRM SP sob o nº 172633, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

João Paulo Pinto Magalhães
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse João Paulo - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 03-93-AB-B5-22-1E-0C-2A-AB-91-D5-25-EB-19-47-3E-1D-D6-C4-A4
SHA256: 1ff83c29bf88520b919698d81732bfe2af5972029046191b6f2c069a2bf460b8

Assinaturas

Nome: João Paulo Pinto Magalhães - **CPF/CNPJ:** 131.012.237-76 - **Cargo:** Diretor Técnico
E-mail: joaopaulomagalhaes@hmtjsp.org.br - **Data:** 20/09/2024 09:41:05
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
IP: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante
Geolocalização: -23,024612426757812,-45,58522838922811

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=03-93-AB-B5-22-1E-0C-2A-AB-91-D5-25-EB-19-47-3E-1D-D6-C4-A4

HASH TOTVS: 03-93-AB-B5-22-1E-0C-2A-AB-91-D5-25-EB-19-47-3E-1D-D6-C4-A4

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Lucas Fadel Monteiro dos Santos**, CRM SP 134213, faz parte do Corpo Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, atuando como Diretor Geral do **Ambulatório de Especialidades Sul na Cidade de São José dos Campos – SP, desde agosto de 2023 até a presente data** Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidade Hospitalares, tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o Corpo Clinico da Instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientado os colaboradores para o atendimento humanizado aos usuários da Unidade.

Juiz de Fora, 04 de Setembro de 2024.

José Fábio Gimenez Morais Rodrigues

Chefe de Contratos

Secretaria de Saúde de São José dos Campos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 11:53:19 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Lucas Fadel Monteiro dos Santos, inscrito no CRM SP sob o nº 134213, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) da **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa** localizada na a Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira – Formosa, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Lucas Fadel Monteiro dos Santos
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Lucas - Policlínica
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: B8-DF-E9-AF-D6-E5-B5-0E-33-2E-D6-06-49-8B-72-F3-2B-86-58-2E
SHA256: 92e5713b4032c6499425117f4abeb0291ca7b6cf2f138b9a259cc0f8aa7fece8

Assinaturas

Nome: Lucas Fadel Monteiro dos Santos - **CPF/CNPJ:** 320.069.518-82
E-mail: lucasfadel@yahoo.com.br - **Data:** 20/09/2024 09:39:07
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando validação de código enviado por e-mail
Visualizado em: 20/09/2024 09:38:51 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 09:38:54
IP: 104.28.47.100 - **IPV6:** 2a09:bac3:dae:1c8c::2d8:99
Geolocalização: -23.194414515400975, -45.91825379284434

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=B8-DF-E9-AF-D6-E5-B5-0E-33-2E-D6-06-49-8B-72-F3-2B-86-58-2E

HASH TOTVS: B8-DF-E9-AF-D6-E5-B5-0E-33-2E-D6-06-49-8B-72-F3-2B-86-58-2E

10.2.3: QUALIDADE TÉCNICA

ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.

Recursos Humanos Médicos PJ - Policlínica Regional Goiás - PRRV							
Setor	**Cargo**	**Horário**	**Forma de Plantão**	**Dia de Semana**	**Quantidade***	**Valor Base***	**Vínculo**
Gestão	Diretor Geral	Fixo	Fixo	Fixo	1	12.000,00	Pessoa Jurídica
Gestão	Diretor Técnico	Fixo	Fixo	Fixo	1	7.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Clínico Geral – linha do cuidado	Fixo	Fixo	Fixo	1	14.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Cirurgia Vascular	Produção	Produção	Produção	67	171,83	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Cardiologia	Produção	Produção	Produção	241	81,94	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Dermatologia	Produção	Produção	Produção	76	120,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Endocrinologia	Produção	Produção	Produção	94	120,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Gastroenterologia	Produção	Produção	Produção	67	150,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Ginecologia	Produção	Produção	Produção	100	80,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	Produção	Produção	Produção	67	80,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Hematologia	Produção	Produção	Produção	67	180,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Infectologia	Produção	Produção	Produção	67	95,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Mastologia	Produção	Produção	Produção	67	104,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Nefrologia	Produção	Produção	Produção	67	150,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Neurologia	Produção	Produção	Produção	134	160,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Pediatria	Produção	Produção	Produção	71	120,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Oftalmologia	Produção	Produção	Produção	172	76,67	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Ortopedia/Traumatologia	Produção	Produção	Produção	510	50,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Otorrinolaringologia	Produção	Produção	Produção	89	110,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Pneumologia	Produção	Produção	Produção	67	165,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Proctologia	Produção	Produção	Produção	67	100,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Psiquiatria	Produção	Produção	Produção	71	95,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Reumatologia	Produção	Produção	Produção	69	180,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Urologia	Produção	Produção	Produção	136	80,00	Pessoa Jurídica
Cirurgias Ambulatoriais	Cirurgias Ambulatoriais	Produção	Produção	Produção	30	180,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Audiometria	Produção	Produção	Produção	10	200,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Cistoscopia	Produção	Produção	Produção	10	1.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Colonoscopia	Produção	Produção	Produção	55	125,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Colposcopia	Produção	Produção	Produção	40	180,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Densitometria Óssea	Produção	Produção	Produção	64	40,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Mamografia	Produção	Produção	Produção	39	50,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Radiologia	Produção	Produção	Produção	248	7,50	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Tomografia	Produção	Produção	Produção	394	55,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Ultrassonografia	Produção	Produção	Produção	303	70,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Doppler Vascular	Produção	Produção	Produção	44	171,83	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Ecocardiografia	Produção	Produção	Produção	51	131,94	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletrocardiografia	Produção	Produção	Produção	86	23,81	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletroencefalografia	Produção	Produção	Produção	10	145,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletroneuromiografia	Produção	Produção	Produção	10	295,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Emissões Otoacústica	Produção	Produção	Produção	10	200,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Endoscopia	Produção	Produção	Produção	111	125,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Espirometria	Produção	Produção	Produção	19	150,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Holter	Produção	Produção	Produção	33	23,81	Pessoa Jurídica
SADT Externo	MAPA	Produção	Produção	Produção	31	23,81	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Nasofibroscopia	Produção	Produção	Produção	10	120,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	Produção	Produção	Produção	10	150,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha grossa	Produção	Produção	Produção	10	150,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Teste Ergométrico	Produção	Produção	Produção	42	62,50	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Urodinâmica	Produção	Produção	Produção	10	350,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Videolaringoscopia	Produção	Produção	Produção	10	120,00	Pessoa Jurídica

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código AF16-1C3F-5FCE-5D8A.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código AF16-1C3F-5FCE-5D8A.

Recursos Humanos Médicos PJ - Policlínica Regional Goiás - PRRV							
Setor	**Cargo**	**Horário**	**Forma de Plantão**	**Dia de Semana**	**Quantidade***	**Valor Base***	**Vínculo**
Hemodiálise	Nefrologista RT	Fixo	Fixo	Fixo	1	10.000,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Cirurgião	Dia	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1	1.650,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista	Dia	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1	1.650,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista	Noite	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1	1.650,00	Pessoa Jurídica
STAFF	Anestesiologia	Fixo	Fixo	Fixo	1	39.529,60	Pessoa Jurídica

Quantidade*: Para as contratações como forma de produção, o quantitativo se refere ao número de consultas/exames.

Valor Base*: Para as contratações como forma de produção os valores são referentes ao valor de consulta /exame e para os fixos os valores são mensais.

Juiz de Fora/MG, 20 de Setembro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código AF16-1C3F-5FCE-5D8A.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código AF16-1C3F-5FCE-5D8A.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/AF16-1C3F-5FCE-5D8A ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: AF16-1C3F-5FCE-5D8A

Hash do Documento

788E7E9317A377F6BF257AD858040F2F08946C7AF6781873D4227396FB563C50

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/09/2024 é(são) :

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 20/09/2024 15:47 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 15:48:09 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782127 Longitude: -43.3593359 Accuracy: 37.295799255371094
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
B8F4CD4E351F6EB970F711CFB27F8E26A8BC99E30765B0A9CC62F658B44714A8

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 20/09/2024 15:44 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 15:44:47 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.778245492093053 Longitude: -43.35997294878077 Accuracy: 35
IP 201.55.120.193
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

7D7661235320044B934D2D2C1B8357B04939F113674B5A411FEF85416972231A

ÁREA DA QUALIDADE

Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e rotinas operacionais para serviços compatível com as atividades propostas no plano de trabalho

PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINA

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é uma unidade que tem a finalidade de atender as demandas da Atenção Secundária, devido ao seu perfil de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). A policlínica funciona como suporte e retaguarda para os demais níveis de atenção, sobretudo a Atenção Primária, realizando procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e alta complexidade.

O objetivo da assistência ambulatorial prestado pela Policlinica é proporcionar ao paciente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da enfermidade e suas perspectivas de tratamento.

Para fins de regulação da primeira consulta médica ambulatorial, a marcação deverá ser feita respeitando-se o período de 20 minutos a partir do horário de início do ambulatório, sendo reservada 1 vaga por cada ambulatório para primeira consulta.

Em caso de vagas excedentes para primeira consulta, cada serviço deverá comunicar a Central de Regulação até o dia 10 de cada mês para preenchimento das mesmas, respeitando-se sempre a regra acima de 20 minutos para cada consulta.

A marcação dos retornos ambulatoriais será de responsabilidade de cada serviço, respeitando-se o intervalo por consulta. As consultas de retorno deverão ser confirmadas pelo serviço responsável no período de até 7 dias antecedentes à data da consulta.

A confirmação das consultas visa evitar horários vagos nos ambulatórios. Uma vez detectado que o paciente não poderá comparecer à consulta, deve-se encaixar outro em seu lugar, a fim de otimizar o atendimento à população.

O encaminhamento poderá ser realizado por qualquer profissional da equipe assistente, mas preferencialmente pelo médico e deverá incluir o motivo do encaminhamento, com descrição dos sintomas físicos não controlados. Em caso de dor, pode-se classificá-la em leve, moderada ou intensa .O referido encaminhamento poderá, ainda, incluir a capacidade de mobilidade do paciente ou a avaliação funcional , de modo a facilitar a classificação de prioridade .A ampliação do acesso requer que ele ocorra em tempo oportuno e seja resolutivo.

O HMTJ capacita seus colaboradores para que tenham postura acolhedora, desburocratizada. É fundamental que os profissionais estejam preparados para acolher o usuário que chegar, incluindo as demandas que não foram programadas, ou seja, as

eventualidades e os imprevistos. Esta ação poderá ser realizada por qualquer trabalhador da Unidade.

Classificação de prioridade para primeira consulta:

- Prioridade 1 – Paciente com dor intensa (Escala Visual ou Verbal Numérica ≥ 7, numa escala de 0 a 10), mesmo após ser medicado pela equipe assistente ou com outro sintoma de difícil controle pela equipe assistente.
- Prioridade 2 – Paciente com restrição de mobilidade (em cadeira de rodas ou maca) ou comEscala de Performance Paliativa (PPS) ≤ 40%. (Quadro abaixo).
- Prioridade 3 – Paciente com dor leve a moderada (Escala Visual ou Verbal Numérica ≤ 6, numaescala de 0 a 10).
- Prioridade 4 – Paciente em Cuidados Paliativos
- Prioridade 5 – Paciente assintomático ou sem demanda especificada.

Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale) – PPS.					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa

60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos d e confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos d e confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado Incapaz par a qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente Acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	. Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência coma. confusão Morte

Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de

Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-418

ROTINAS PARA O AMBULATÓRIO

1- Iniciar suas atividades laborais no horário preestabelecido entre as partes e constante da distribuição de local de atendimento e horário de trabalho.

2- Nos atendimentos realizados aos usuários deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade.

3- Os colaboradores, quando em serviço, deverão estar uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, sendo proibido o uso de roupas decotadas e/ou saias ou bermudas.

4- Todos os colaboradores deverão usar identificação de acordo com a sua função e setor.

5- Organizar sua estação de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral.

6- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades.

7- Todo o usuário deverá ser escutado, objetivando a resolução da sua necessidade, quando possível, sendo proibido o encaminhamento desses para as áreas que não competem às marcações.

8- É vedada a presença de pessoas estranhas e/ou não identificadas no interior da Unidade Ambulatorial.

9- Todo o atendimento desta unidade de saúde será norteado pelo dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade.

10- É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da Unidade.

11- Imagens de usuários e/ou aparelhos ambulatoriais sem autorização, colocadas em qualquer site, acarretará punições.

12- Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida

circulação em outros andares.

13- Quando houver intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado.

14- Evitar deixar objetos e alimentos sobre as bancadas, pois a exposição dos mesmos aos microrganismos hospitalares poderá acarretar em riscos à saúde.

15- Manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho.

16- As informações sobre o estado de saúde do paciente, tratamentos, exames e outros somente poderão ser fornecidos pelo médico.

17- Registrar em livro ata as ocorrências da respectiva clínica.

18- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial.

19- Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente.

20- Zelar pelo patrimônio da instituição.

21- Compete ao profissional responsável pela triagem informar, orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos.

22- Tratar o paciente pelo nome.

Abertura de cadastros de pacientes deverá observar o que se segue:

1. Solicitar os documentos necessários para abertura de cadastro de novos pacientes que comprovem a identificação pessoal (documentos com fotos, aceitos por lei).
2. Solicitar o cartão SUS.
3. Solicitar o contato pessoal.e
4. Observar se o paciente se enquadra no pacto da macrorregião e/ou municípios conveniados

A marcação de novas consultas deverá observar o que se segue:

- Casos provenientes da atenção primária ou de serviços secundários nos ambulatórios das especialidades:

- A UBS solicitará a marcação de consultas de acordo com a disponibilidade de vagas.

- A Regulação Estadual marcará a primeira consulta do paciente, via sistema on line.

- A marcação de consultas só será feita mediante as normas estabelecidas.

- Cabe aos municípios da região de cobertura priorizarem, junto as UBS's, os pacientes a serem encaminhados para marcação de consultas.

- O encaminhamento do paciente de forma equivocada e em desconformidade com as normas aplicáveis, implicará em perda da consulta do paciente e o mesmo deverá retornar à UBS município para ajustar as pendências que impossibilitaram a realização da consulta e/ou ser reencaminhado ao ambulatório adequado.

Casos de Interconsultas:

- Deverá ser agendada, no Ambulatório da Unidade, conforme confirmação de atendimento prévio na especialidade.
- O agendamento das consultas de retornos será realizado somente na Unidade Ambulatorial.

Definição das Funções

Marcações de Consultas e Exames

As marcações de consultas e exames deverão ser realizadas no guichê central da Unidade Ambulatorial, a saber:

a) Agendar consultas e/ou exames (interconsultas, reconsultas e outras condições), observando a especialidade e/ou subespecialidade.

b) Verificar os dados cadastrais do paciente e/ou público geral sempre que for

realizada a marcação de consultas e/ou exames, atualizando- os sempre que necessário.

c) Conferir se houve atendimentos anteriores, tendo como objetivo checar o fluxo de atendimentos do paciente.

d) Registrar consultas extras conforme pedido médico. Diariamente as marcações extras deverão ser encaminhadas à Coordenação Ambulatorial para monitoramento sistêmico.

e) Se houver vagas, promover os encaixes correspondentes. As informações sobre ausência ou presença de pacientes serão monitoradas pela equipe do ambulatório, à qual deverá, imediatamente, entregar a senha de controle da ordem de chegada do paciente.

f) Comunicar ao paciente que aguarda o encaixe, no período matutino até às 9hs e no período vespertino até às 14hs, sobre a possibilidade de realização de encaixe.

g) Fornecer dados para atualização da Gestão dos Consultórios.

h) Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização da consulta.

i) Registrar consultas com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.

j) Realizar a triagem do paciente e direcioná-lo ao local de sua consulta.

k) Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência

Ala Interna do Ambulatório

a) Solicitar o prontuário do paciente pelo sistema de apoio com 3 (três) dias de antecedência.

b) Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência.

c) Organizar impressos para atendimento.

d) Registrar a presença ou ausência dos pacientes no sistema .

e) Registrar a presença ou ausência dos profissionais no sistema.

f) Verificar a quantidade de pacientes que não compareceram às consultas previamente agendadas (no período matutino às 8hs e no período vespertino às 13h) para que possam ser promovidos os encaixes até o número de atendimento pactuado nas grades.

g) Em caso de ausência imprevista do médico, solicitar ao apoio institucional da Unidade Ambulatorial remarcação do atendimento, conforme orientação do médico responsável pelo paciente. Não dispensar o paciente sem definir remarcação e/ou atualização de cadastro.

h) Direcionar a ala e o consultório de atendimento, conforme impresso da marcação.

i) Verificar presença de pacientes no pátio a fim de redirecioná-los, caso haja necessidade.

j) Solicitar e repor materiais e impresso de escritório.

k) Auxiliar pacientes em caso de dúvidas quanto as localizações.

l) Encaminhar estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

m) Prestar informações à Coordenação da Unidade Ambulatorial sobre inconformidades no uso de salas, dentre outros efeitos que interfiram no bom andamento.

n) Distribuir o impresso de receituário controlado (receita azul) ao p rofissional.

o) Atualizar os dados da planilha de controle dos talonários de receituário controlado (receita azul), preenchendo, obrigatoriamente, o nome do profissional que

recebeu o talonário,contato telefônico, numeração inicial e final, bem como a data e hora da devolução.

p) Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.

Marcação de Procedimentos

1) Registrar o paciente no sistema de acordo com o procedimento a ser realizado.

2) Verificar, obrigatoriamente, os dados cadastrais do paciente e/ou público geral, atualizandoos sempre que necessário.

3) Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização do procedimento.

4) Registrar procedimentos com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.

5) Encaminhar APAC e/ou estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

Unidade Ambulatorial

1) Realizar a remarcação de pacientes na ausência imprevista do profissional.

2) Atender as demandas de intercorrências relativas às atividades de marcação de consultas, exames, procedimentos e ala interna da Unidade Ambulatoria.

3) Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.

4) Realizar a marcação de consultas dos pacientes da Unidade (demandas oriundas das UBS's encaminhadas à Unidade Ambulatorial.

5) Realizar a intermediação entre a Regulação Estadual, Coordenação da Unidade Ambulatorial e os recepcionistas lotados na ala interna, tendo como objetivo sanar eventuais dúvidas.

6) Garantir a continuidade da Atenção à Saúde em casos complexos e prioritários (Recepção das demandas). Médico deverá realizar contato com os colegas passando a demanda recebida e/ou caso do paciente.

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo a comunicação de valores críticos e situações de alerta aos médicos resultantes dos exames. O conceito de valor crítico é de um resultado que comunicado pode definir uma conduta médica que garanta a vida do paciente, bem como, indicar os valores críticos de resultados de exames que devem ser comunicados imediatamente ao médico responsável.

II. Materiais

Papel sulfite
Impressora

III. Abrangência

Biomédicos, radiologistas, gestor do cuidado, médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Sempre que ocorrer um resultado crítico, este deve ser comunicado imediatamente ao gestor do cuidado que terá acesso aos médicos responsáveis, ou na sua ausência, a comunicação pode ser feita a equipe de enfermagem.
- Esta comunicação deve ser registrada via e-mail com resultado crítico em anexo se encaminhadas pelo laboratório de análises clínicas ou pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT (andrenunes@hmtjgo.org.br)
- Se encaminhadas pelos médicos à gestão do cuidado, esta comunicação deve ser registrada no receituário simples em prontuário eletrônico (MVPEP) e o paciente direcionado à recepção da equipe multiprofissional;
- Se os resultados críticos forem encaminhados pelo laboratório de análises clínicas à gestão do cuidado, os mesmos passarão pela avaliação do médico do cuidado (clínico geral) que fará a análise e definirá a conduta que deve ser tomada.
- Condutas que podem variar de acordo com a necessidade estabelecido pelo médico do cuidado: adiantamento de consulta médica de retorno, encaminhamento para especialidade pertinente com maior agilidade e urgência, repetição do exame e outros;
- Se encaminhados pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT à gestão do cuidado, o paciente, cuja sua entrada na unidade tenha sido unicamente para realização de exame/ externo, o mesmo deve ser direcionado ao médico do cuidado (clínico geral) para avaliação e conduta. Em caso de paciente

interno, com médico especialista solicitante do exame, o retorno deve ser agendado dentro do prazo de 7 dias úteis ou em próxima data de agenda do médico solicitante.

- De acordo com as condutas médicas estabelecidas para o paciente, a depender da gravidade, em caso de encaminhamento para outra unidade externa, da atenção terciária, o caso será direcionado, através do receituário simples no prontuário eletrônico à gestão do cuidado para acompanhamento e compartilhamento do caso com o município de origem (ver POP de compartilhamento de caso com a Rede de Atenção à Saúde).

V. Siglas e Definições

RESULTADOS CRÍTICOS: Entende-se por resultados críticos todos que são potencialmente fatais ou incompatíveis com a vida. (GONG & ADELI, 2009). Uma vez que são resultados que geram ações médicas imediatas, uma comunicação oportuna, precisa, completa e inequívoca desses valores críticos é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir os efeitos adversos causados por atrasos no tratamento (LLOPIS DÍAZ et al., 2010). O médico que será notificado desses valores críticos tem a responsabilidade de interpretar o resultado relacionando com a clínica do paciente e tomar a conduta necessária. Caso a pessoa notificada não esteja qualificada para tomar decisões clínicas, esta tem a obrigação de repassar a informação imediatamente a uma pessoa qualificada.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

BRASIL, Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Acesso: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n 2014-de-17-- Fevereiro-2016.pdf.

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo definir condutas a serem realizadas pela pessoa na função de Gestor (a) do Cuidado em caso de documentos médicos irregulares com as normas padronizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e/ou pela Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, que interfira no seguimento do tratamento do paciente.

II. Materiais

Papel sulfite;
Impressora;
Caneta;
Computador com acesso ao Sistema MVPEP.

III. Abrangência

Gestão do Cuidado; médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Situações que interferem no seguimento e/ ou perca de continuidade no tratamento do paciente:
  - **a)** Quando a Autorização de internação hospitalar – AIH: CID incompatível com código de procedimento SIGTAB (SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (datasus.gov.br)); documento manuscrito não é aceito;
  - **b)** Quando a Autorização de Procedimento – APAC: CID incompatível com procedimento solicitado; documento manuscrito não é aceito;
  - **c)** Quando os Encaminhamentos externos forem realizados em receituário simples e sem CID;
  - **d)** Quando o atendimento médico indicar necessidade de retorno ambulatorial com a especialidade mesmo o médico não fazendo o pedido de retorno;
  - **e)** Quando o paciente estiver sem receita médica quando a evolução médica indicar prescrição medicamentosa;
  - **f)** Quando houver qualquer falha sistêmica que prejudique o andamento da consulta do paciente;
  - **g)** Quando houver qualquer documento com erro de grafia, nominal ou qualquer outro erro que impossibilite a continuidade do paciente no tratamento indicado.
  - **h)** Qualquer situação que não esteja aqui discriminada será resolvida pela direção técnica em conjunto com a diretoria geral.

V. Siglas e Definições

AIH – Autorização de internação Hospitalar

APAC – Autorização de procedimento

CID – Código internacional de doenças

GC – Gestor do cuidado

MVPEP – Prontuário eletrônico do paciente

SIGTAB – Sistema de gerenciamento de tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

Nada consta.

I. Objetivos

1. OBJETIVO

Padronizar as ações assistenciais relacionadas à realização de procedimento de Colonoscopia no âmbito PLC-GO.

II. Materiais

torre colonoscopia contendo: •Colonoscópio montado;

- Garrafa com água;
- Frasco de aspiração de 5000ml;
- Balde com água e detergente enzimático.
- Na mesa auxiliar:
- Luvas de procedimento;
- Medicações diluídas para sedação (conforme sala de endoscopia);
- Frasco de água para injeção de 500ml;
- Gaze;
- Cuba redonda pequena;
- Cuba rim;
- Seringa de 50 ou 60 ml;
- Seringas de 20ml;
- Seringas de 10ml com bico Luer Lock (rosca);
- Frascos de formol para biópsia;
- Xilocaína gel;
- Agulha de aspiração;
- Pinças de biópsia;
- Alça de polipectomia;
- Cata pólipo;
- Gel conduto

Preparar na régua de gases:

- Mamadeira de O2 com intermediário;
- Frasco de aspiração ligado ao frasco da torre;
- Frasco de aspiração em ar comprimido para aspirar secreções se necessário.

Manter em sala:

- Cateter de O2;
- Sondas de aspiração;
- Pacotes para guarda de próteses e óculos dos pacientes;

- Seringas de 5, 10 e 20ml;
- Agulhas 25x7, 25x8, 40x12;
- Material para punção periférica (abocath 20, 22 e 24, garrote, micropore, tesoura);
- Etiquetas para identificação de medicações e frascos de biópsia;
- Luvas de procedimento;
- Frasco com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Caixa de descarte para perfurocortantes;
- Maca vestida com lençol e móvel;
- Suporte de soro móvel;
- Escada com dois degraus;
- Monitor multiparâmetros;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Eletrocautério;
- Computador para laudos

III. Descrição dos passos da atividade

Recepcionar o usuário;

- Realizar confirmação do paciente chamando-o pelo nome e comparando o registro, conferir pulseira de identificação realizando dupla checagem;
- Confirmar o preparo do paciente para o exame (ANEXO 02) e o preenchimento do Termo de Consentimento (ANEXO 01 E ANEXO 04);
- Preencher o checklist de endoscopia/colonoscopia segura (ANEXO 03);
- Confirmar a retirada de próteses, óculos, bonés e adornos;
- Posicionar o paciente em posição lateral, deitado sobre o seu lado esquerdo, para que haja maior conforto para o paciente, evitando náuseas e engasgos. Mantendo-o aquecido e confortável;
- Monitorar paciente para controle de seus sinais vitais;
- Puncionar acesso venoso em MSE, preferencialmente;
- Instalar e controlar oxigeno terapia se necessário
- Avaliar nível de consciência;
- Realizar manobras de abertura de vias aéreas/aspiração de secreções se necessário;
- Auxiliar nos procedimentos médicos;
- Identificar protocolar e encaminhar as amostras coletadas para exames, com atenção aos descritores de identificação do paciente;
- Proceder os registros de enfermagem;

- Dar o destino adequado à instrumentos e materiais utilizados;
- Assegurar a segurança dos pacientes contra risco de queda, devido ao efeito sedativo;
- Após o término do exame o paciente será encaminhado para sala de repouso, até a neutralização completa dos efeitos sedativos e/ou anestésico;
- Retorno a atividades de acordo com orientação médica. O paciente somente será liberado após alta médica e presença de acompanhante maior de idade;
- Orientá-lo que informe ao seu médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômito nas 24 horas após o exame;
- Armazenar o colonoscópio na caixa organizadora denominada "SUJO" e encaminhar para sala de reprocessamento para dar início a limpeza e desinfecção.

Observações:

● Na colonoscopia são realizados procedimentos de biópsia e polipectomia, como na endoscopia, porém com instrumentais específicos.

● O fragmento pode ser coletado com a própria pinça, como na biópsia, ou com a alça.

● Porém, na polipectomia com alça, normalmente, é necessário coletar o pólipo com um cata pólipo. O médico instila a água e a aspira. O pólipo vem com a água pela aspiração e fica retido no cata pólipo que deve ser colocado entre o colonoscópio e a borracha de aspiração, na torre.

● Na sala há um armário para guarda de documentos e equipamentos específicos da colonoscopia e do ultrassom endoscópico, onde estão as válvulas do aparelho de ultrassom e algumas tampas de canal de colonoscópio furadas para realização de biópsias.

● O paciente deve ser registrado em livro controle, observando o médico que executou o procedimento.

● O laudo do exame deve ser impresso em duas vias, uma via para o paciente e uma via para arquivo na pasta do médico que efetuou o exame.

● As amostras de biópsia devem ser protocoladas e identificadas corretamente para encaminhamento à patologia.

● O médico é responsável pela elaboração do laudo do exame após o procedimento e entrega na Central de Exames.

V. Anexos

4.1 Termo de Consentimento para realização do exame de Colonoscopia;

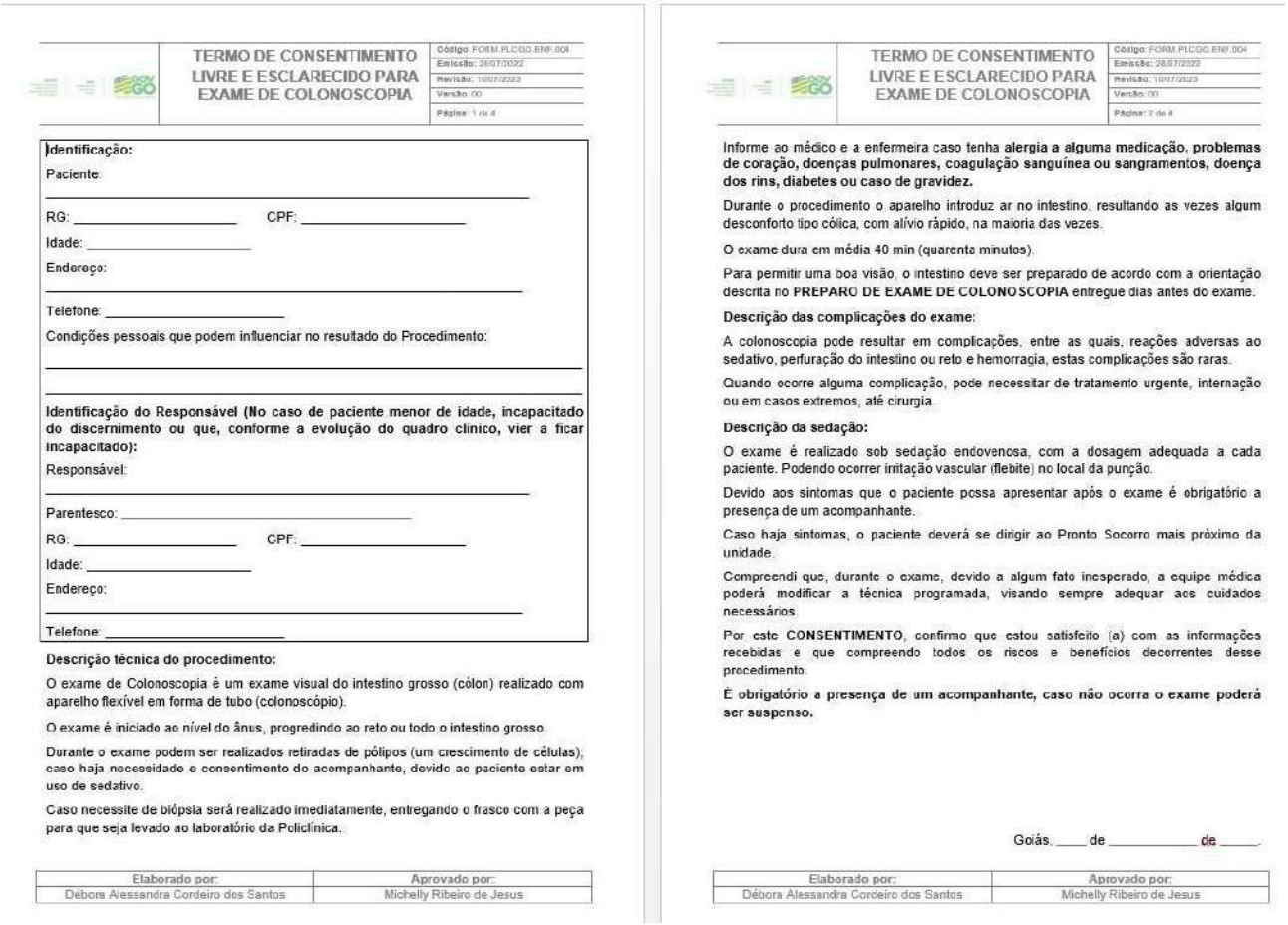
4.2 Termo de Ciência e Consentimento para anestesia;

4.3 Preparo para exame de Colonoscopia;

4.4 Checklist de Endoscopia/Colonoscopia segura;

4.5 POP limpeza e desinfecção de endoscópios.

Anexo 1: Termo de consentimento para realização do exame de Colonoscopia.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Código: FORM.PLCGO.ENF.004
Emissão: 28/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 1 de 4

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Identificação do Responsável (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Responsável:

Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Descrição técnica do procedimento:

O exame de Colonoscopia é um exame visual do intestino grosso (cólon) realizado com aparelho flexível em forma de tubo (colonoscópio).

O exame é iniciado ao nível do ânus, progredindo ao reto ou todo o intestino grosso.

Durante o exame podem ser realizados retiradas de pólipos (um crescimento de células), caso haja necessidade e consentimento do acompanhante, devido ao paciente estar em uso de sedativo.

Caso necessite de biópsia será realizado imediatamente, entregando o frasco com a peça para que seja levado ao laboratório da Policlínica.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Código: FORM.PLCGO.ENF.004
Emissão: 28/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 2 de 4

Informe ao médico e a enfermeira caso tenha **alergia a alguma medicação, problemas de coração, doenças pulmonares, coagulação sanguínea ou sangramentos, doença dos rins, diabetes ou caso de gravidez.**

Durante o procedimento o aparelho introduz ar no intestino, resultando as vezes algum desconforto tipo cólica, com alívio rápido, na maioria das vezes.

O exame dura em média 40 min (quarenta minutos).

Para permitir uma boa visão, o intestino deve ser preparado de acordo com a orientação descrita no **PREPARO DE EXAME DE COLONOSCOPIA** entregue dias antes do exame.

Descrição das complicações do exame:

A colonoscopia pode resultar em complicações, entre as quais, reações adversas ao sedativo, perfuração do intestino ou reto e hemorragia, estas complicações são raras.

Quando ocorre alguma complicação, pode necessitar de tratamento urgente, internação ou em casos extremos, até cirurgia.

Descrição da sedação:

O exame é realizado sob sedação endovenosa, com a dosagem adequada a cada paciente. Podendo ocorrer irritação vascular (flebite) no local da punção.

Devido aos sintomas que o paciente possa apresentar após o exame é obrigatório a presença de um acompanhante.

Caso haja sintomas, o paciente deverá se dirigir ao Pronto Socorro mais próximo da unidade.

Compreendi que, durante o exame, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica programada, visando sempre adequar aos cuidados necessários.

Por este **CONSENTIMENTO**, confirmo que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes desse procedimento.

É obrigatório a presença de um acompanhante, caso não ocorra o exame poderá ser suspenso.

Goiás, ____ de _____ de _____.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

Anexo 2: Preparo para exame de Colonoscopia:

PREPARO PARA COLONOSCOPIA PERÍODO DA MANHÃ

Paciente: _____
Data do exame: ____/____/2022
Horário: ____:____

DIETA DO DIA ANTERIOR AO EXAME

Café da manhã: Água, chá, água de coco, isotônico (ex: Gatorade) de cor clara, bolacha de água e sal, torrada sem manteiga, gelatina e sucos coados, café, refrigerantes e geleias.

Almoço: Arroz branco, frango ou peixe grelhado sem pele, macarrão sem molho, purê de batata e gelatina.

Jantar: Chá, isotônico, sucos coados, torradas sem manteiga, geleias, macarrão tipo miojo, sopas, batidas ou canja.

Laxante: BISACODIL (lactopurga) ou Humectol D. Tomar 2 comprimidos ás 12 horas e 2 comprimidos ás 18 horas.

OBSERVACÃO:

NÃO COMER FRUTAS E/OU VERDURAS, NEM TOMAR LEITE OU DERIVADOS NA VÉSPERA DO EXAME.

PREPARO (NO DIA DO EXAME): ____/____/_____ ÀS _____:_____ HORAS.

Diluir 1 frasco de IMOLAC (200ml) em 400ml de suco de laranja ou limão, coado e sem açúcar. Iniciar a ingestão 5 horas **ANTES** do horário marcado para o exame. Dividir 600ml em 4 copos em quantidade iguais e tomar 1 copo de 15 em 15 minutos. Durante a ingestão do IMOLAC beber bastante água. **AO TÉRMINO DO IMOLAC NÃO INGERIR NENHUM LÍQUIDO ATÉ A REALIZAÇÃO DO EXAME.**

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade nº _____, declaro estar informado (a), orientado (a), quanto ao preparo do exame a ser realizado e quanto à obrigatoriedade da presença de um acompanhante maior de 18 anos. Em decorrência dos efeitos da medicação sedativa, não poderei voltar dirigindo e nem em garupa de moto. Não poderei realizar atividades que necessitem de atenção no período de 24 horas após o exame. Se o meu acompanhante não estiver presente no momento em que eu for chamado, o exame não será realizado, passando a vez para o próximo paciente, até que o acompanhante esteja presente. Ciente, me responsabilizo e assino abaixo.

Goiás, ____ de _____ de 20____.

PREPARO PARA COLONOSCOPIA PERIÓDO DA TARDE

Paciente: _____
Data do exame: ____/____/2022
Horário: ____:____

VÉSPERA DO EXAME

Dieta líquida sem resíduos, ingerir apenas os alimentos recomendados abaixo:

Alimentos liberados: Pão branco, bolacha de água e sal, torrada (não integral), gelatinas, flan, macarrão sem molho, purê de batata, frango ou peixe grelhado, arroz.

Líquidos liberados: Água, suco sem polpa, chás, refrigerantes, isotônicos, água de coco 3-4 litros.

A ingestão dos seguintes alimentos **PREJUDICA** o preparo: Frutas, verduras, castanhas, leite, sementes, queijo, café, molhos vermelhos, bebidas escuras (vermelhas, roxa, etc.)

Ingerir grande quantidade de líquidos: (MÍNIMO DE 3-4 LITROS)

Ingerir no dia anterior ao exame 20:00 – 3 comprimidos de BISACODIL (lactopurga) 10mg OU 6 comprimidos de BISACODIL (lactopurga) 5mg

DIA DO EXAME

Ingerir no dia do exame – **07:00 da manhã**:

SOLUÇÃO DE PICOSSULFATO DE SÓDIO 10mg (manipulado)

Diluir 2 envelopes em 300ml de liquido claro e ingerir todo conteúdo.

OU

SOLUÇÃO DE MANITOL

2 frascos de manitol a 20% (250ml) + 2 frascos de Simeticona (15ml) + 500ml de suco cítrico sem açúcar.

Tomar 1 copo (200ml) de 15 em 15 minutos até terminar.

ORIENTAÇÕES

MANTER JEJUM

6 horas para alimentos sólidos – Comer até ás: ____:_____

4 horas para alimentos líquidos – Beber até as: ____:_____

Se possível caminhar em quanto toma o preparo;

Avaliar a qualidade do preparo, não podendo haver resíduos de evacuações;

Suspender medicação para diabetes no período de jejum;

Suspender o uso de anticoagulantes ou agregantes plaquetários como AAS e Clopidogrel 5 dias antes do exame e Xarelto 2 dias antes do exame;

De preferência usar roupas confortáveis, calçados baixos e evitar o uso de joias e adornos;

Em pacientes com quadro de sangramento digestivo baixos deve ser realizado preferencialmente o preparo anterógrado em uso de manitol, mas esses casos também, devem ser avaliados individualmente;

A FALTA DO ACOMPANHANTE É MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO EXAME!

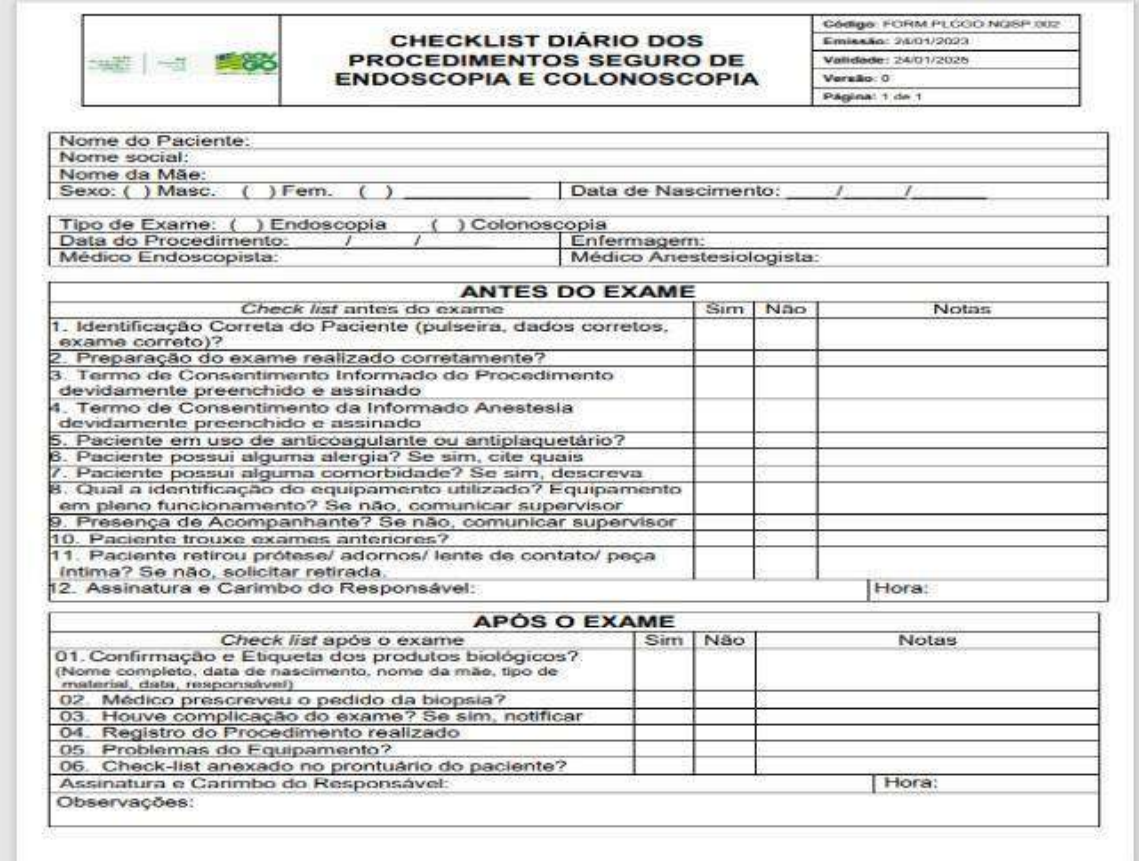
No caso de preparo insatisfatório fazer 1 frasco de clister glicerinado ou FOSFHO ENEMA via retal.

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade nº _____, declaro estar informado (a), orientado (a), quanto ao preparo do exame a ser realizado e quanto à obrigatoriedade da presença de um acompanhante maior de 18 anos. Em decorrência dos efeitos da medicação sedativa, não poderei voltar dirigindo e nem em garupa de moto. Não poderei realizar atividades que necessitem de atenção no período de 24 horas após o exame. Se o meu acompanhante não estiver presente no momento em que eu for chamado, o exame não será realizado, passando a vez para o próximo paciente, até que o acompanhante esteja presente. Ciente, me responsabilizo e assino a baixo.

Goiás, ____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura do paciente

Anexo 3: Checklist de endoscopia/colonoscopia segura



CHECKLIST DIÁRIO DOS PROCEDIMENTOS SEGURO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

Código: FORM PLGOO NGSP 002
Emissão: 24/01/2023
Validade: 24/01/2025
Versão: 0
Página: 1 de 1

Nome do Paciente:
Nome social:
Nome da Mãe:
Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. ( ) _____ | Data de Nascimento: ____/____/_____

Tipo de Exame: ( ) Endoscopia ( ) Colonoscopia
Data do Procedimento: / / | Enfermagem:
Médico Endoscopista: | Médico Anestesiologista:

ANTES DO EXAME

Check list antes do exame	Sim	Não	Notas
1. Identificação Correta do Paciente (pulseira, dados corretos, exame correto)?			
2. Preparação do exame realizado corretamente?			
3. Termo de Consentimento Informado do Procedimento devidamente preenchido e assinado			
4. Termo de Consentimento da Informado Anestesia devidamente preenchido e assinado			
5. Paciente em uso de anticoagulante ou antiplaquetário?			
6. Paciente possui alguma alergia? Se sim, cite quais			
7. Paciente possui alguma comorbidade? Se sim, descreva			
8. Qual a identificação do equipamento utilizado? Equipamento em pleno funcionamento? Se não, comunicar supervisor			
9. Presença de Acompanhante? Se não, comunicar supervisor			
10. Paciente trouxe exames anteriores?			
11. Paciente retirou prótese/ adornos/ lente de contato/ peça íntima? Se não, solicitar retirada.			
12. Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:

APÓS O EXAME

Check list após o exame	Sim	Não	Notas
01. Confirmação e Etiqueta dos produtos biológicos? (Nome completo, data de nascimento, nome da mãe, tipo de material, data, responsável)			
02. Médico prescreveu o pedido da biopsia?			
03. Houve complicação do exame? Se sim, notificar			
04. Registro do Procedimento realizado			
05. Problemas do Equipamento?			
06. Check-list anexado no prontuário do paciente?			
Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:
Observações:			

VI. Referências

POP N°05: Assistência Multiprofissional na Colonoscopia. Unidade de Endoscopia. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Versão 1. 2017. Exame de Colonoscopia.

POP.GAS.USD.002. Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Versão 1. 2019

POP.SADT.002- universidade federal do Tocantins hospital de doenças tropicais - Realização de procedimento de colonoscopia- HDT/ EBDERH, 2020.

I. Objetivos

Padronizar as ações assistenciais relacionadas à realização de procedimento de Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

II. Materiais

Cateter de O2;

- Sondas de aspiração;
- Pacotes para guarda de próteses e adornos dos pacientes;
- Seringas de 5, 10 e 20ml;
- Agulhas 25x7, 25x8, 40x12;
- Pinça dente de rato e pinça jacaré;
- Material para punção periférica (abocath 20, 22 e 24, garrote, micropore, tesoura);
- Etiquetas para identificação de medicações e frascos de biópsia;
- Luvas de procedimento;
- Frasco com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Caixa de descarte para perfurocortantes;
- Maca vestida com lençol e móvel;
- Suporte de soro móvel;
- Escada com dois degraus;
- Monitor multiparamétrico;
- Carro de emergência com desfibrilador;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Eletrocautério;
- Computador para laudos.

III. Descrição dos passos da atividade

7.1 Procedimentos de enfermagem:

7.1.1 Realizar confirmação do paciente chamando-o pelo nome e comparando o registro, conferir pulseira de identificação realizando dupla checagem;

7.1.2 Confirmar o preparo do paciente para o exame (ANEXO 02) e o preenchimento do Termo de Consentimento (ANEXO 01 E ANEXO 03);

7.1.3 Preencher o checklist de endoscopia/colonoscopia segura (ANEXO 04);

7.1.4 Posicionar o paciente na mesa em decúbito lateral esquerdo;

7.1.5 Na impossibilidade da mudança de decúbito por cirurgia recente de quadril ou fratura sob tração, pode-se realizar o exame em decúbito dorsal;

7.1.6 Aplicar xilocaína Spray 10% conforme prescrição médica e orientar a deglutição;

7.1.7 Fixar bocal;

7.1.8 Preparar medicações para início da sedação, conforme prescrição médica;

7.1.9 Monitorizar o paciente para controle de seus sinais vitais;

7.1.10 Acompanhar o paciente durante todo o procedimento, checando sinais vitais, condições clínicas e informar qualquer alteração à equipe médica;

7.1.11 Administrar medicação conforme solicitação médica, em caso de intoxicação pelos sedativos, a medicação estará na sala de realização do exame;

7.1.12 Assegurar a segurança dos pacientes contra risco de queda, devido ao efeito sedativo;

7.1.13 Após o término do exame o paciente será encaminhado para sala de repouso, até a neutralização completa dos efeitos sedativos e/ou anestésico;

7.1.14 Retorno a atividades de acordo com orientação médica. O paciente somente será liberado após alta médica e presença de acompanhante maior de idade;

7.1.15 Orientá-lo que informe ao seu médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômito nas 24 horas após o exame;

7.1.16 Armazenar o endoscópio na caixa organizadora denominada ¨SUJO¨ e encaminhar para sala de reprocessamento dos endoscópios para dar início a limpeza e desinfecção

7.2 Procedimento médico:

7.2.1 •Execução do procedimento endoscópico: introdução do aparelho flexível de visão frontal através de um bocal fixado na cavidade oral, progredindo-o através do esfíncter superior do esôfago, ao longo de todo o trajeto do esôfago, estômago até a segunda porção duodenal. Exame detalhado destes segmentos;

7.2.2 •Durante o exame, a identificação de alterações nestes segmentos pode indicar a realização de biópsias ou outros procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos;

7.2.3 •Retirada do aparelho;

- •Após o procedimento, ainda dentro da sala de endoscopia, com o aparelho conectado na fonte de luz: Limpar o tubo de inserção com um pano embebido em água ou detergente enzimático, no sentido da manopla para baixo;
- Limpeza do canal de aspiração: Aspirar água ou detergente enzimático por 30 segundos, em seguida, aspirar ar por 30 segundos;
- Limpeza do canal de insuflação: Encaixar o adaptador de limpeza do canal de ar/água. Injete água e, em seguida ar, através dos canais de ar/água por 30 segundos;

- Destrocar as válvulas. O tubo do canal auxiliar deve permanecer conectado ao endoscópio durante o transporte para a sala de reprocessamento;
- Desconectar todas as partes desconectáveis; Fixar a tampa de vedação. Colocar o aparelho na caixa organizadora denominada SUJO

7.2.4 O médico é responsável pela elaboração do laudo do exame após o procedimento e entrega na Central de Exames.

IV. Siglas e Definições

EDA - Endoscopia Digestiva Alta;

- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

V. Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Código: FORM.PLCGC.ENF.004
Emissão: 28/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 1 de 4

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Identificação do Responsável (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Responsável:

Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Descrição técnica do procedimento:

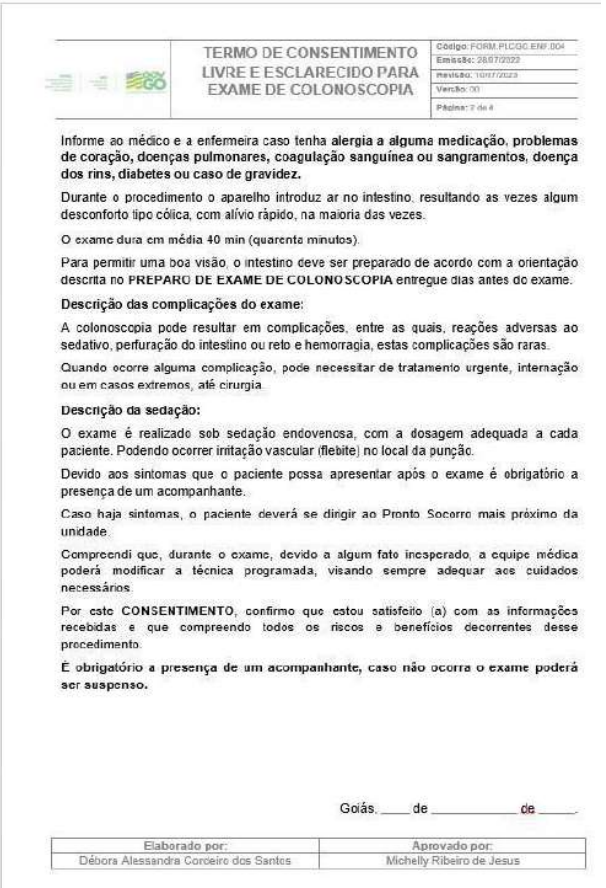
O exame de Colonoscopia é um exame visual do intestino grosso (cólon) realizado com aparelho flexível em forma de tubo (colonoscópio).

O exame é iniciado ao nível do ânus, progredindo ao reto ou todo o intestino grosso.

Durante o exame podem ser realizados retiradas de pólipos (um crescimento de células), caso haja necessidade e consentimento do acompanhante, devido ao paciente estar em uso de sedativo.

Caso necessite de biópsia será realizado imediatamente, entregando o frasco com a peça para que seja levado ao laboratório da Policlínica.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

Código: FORM.PLCGC.ENF.004
Emissão: 28/07/2022
Revisão: 10/07/2023
Versão: 00
Página: 2 de 4

Informe ao médico e a enfermeira caso tenha **alergia a alguma medicação, problemas de coração, doenças pulmonares, coagulação sanguínea ou sangramentos, doença dos rins, diabetes ou caso de gravidez.**

Durante o procedimento o aparelho introduz ar no intestino, resultando as vezes algum desconforto tipo cólica, com alívio rápido, na maioria das vezes.

O exame dura em média 40 min (quarenta minutos).

Para permitir uma boa visão, o intestino deve ser preparado de acordo com a orientação descrita no **PREPARO DE EXAME DE COLONOSCOPIA** entregue dias antes do exame.

Descrição das complicações do exame:

A colonoscopia pode resultar em complicações, entre as quais, reações adversas ao sedativo, perfuração do intestino ou reto e hemorragia, estas complicações são raras.

Quando ocorre alguma complicação, pode necessitar de tratamento urgente, internação ou em casos extremos, até cirurgia.

Descrição da sedação:

O exame é realizado sob sedação endovenosa, com a dosagem adequada a cada paciente. Podendo ocorrer irritação vascular (flebite) no local da punção.

Devido aos sintomas que o paciente possa apresentar após o exame é obrigatório a presença de um acompanhante.

Caso haja sintomas, o paciente deverá se dirigir ao Pronto Socorro mais próximo da unidade.

Compreendi que, durante o exame, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica programada, visando sempre adequar aos cuidados necessários.

Por este **CONSENTIMENTO**, confirmo que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes desse procedimento.

É obrigatório a presença de um acompanhante, caso não ocorra o exame poderá ser suspenso.

Goiás, ____ de _____ de _____.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

	TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA	Código: FORM.PLCGO.ENF.003 Emissão: 29/07/2022 Revisão: 10/07/2023 Versão: 00 Página: 1 de 3

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Responsável:

Parentesco: _____ CPF: _____

Endereço:

Fone: _____

Procedimento:

Data: _____

Nº do atendimento: _____

Médico: _____

CRM: _____

Procedimento: _____

O presente Termo de Ciência de Consentimento para Procedimento Anestésico tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto ao procedimento anestésico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços da **POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIAO RIO VERMELHO – GOIAS.**

Autorizo o médico anestesista abaixo identificado, ou qualquer outro membro da equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____ ou a seguinte alternativa

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

	TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA	Código: FORM.PLCGO.ENF.003 Emissão: 29/07/2022 Revisão: 10/07/2023 Versão: 00 Página: 2 de 3

anestésica _____ devido qualquer complicação informada.

Declaro ainda que:

1. Fui informado quanto ao procedimento anestésico/sedação a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais conforme exemplificadas abaixo e alternativas me foram explicadas claramente.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
3. Tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperados e não discutidos, inclusive risco de morte.
4. Afirmo que prestei todas as informações relativas às minhas alterações de saúde, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas e experiências ou complicações com anestesia/medicamentos minhas e familiares, medicações em uso e hábitos, inclusive alergias a medicamentos.
5. Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento, com sérios e graves riscos a minha saúde.
6. Autorizo outros procedimentos necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daquelas inicialmente propostas.
7. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
8. Principais riscos anestésicos exemplificados:

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇOES** desto procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA	Código: FORM.PLCGO.002 Emissão: 10/07/2022 Revisão: 10/07/2023 Versão: 00 Página: 1 de 4

Identificação:

Paciente:

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Condições pessoais que podem influenciar no resultado do Procedimento:

Identificação do Responsável (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Responsável:

Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____

Idade: _____

Endereço:

Telefone: _____

Descrição do exame:

E um exame indicado para avaliação do tubo digestivo, incluindo o esôfago, estômago e a porção inicial do duodeno. Ele é realizado introduzindo-se pela boca um aparelho flexível com iluminação central que permite a visualização de todo o trajeto examinado.

Descrição das complicações:

Sangramento; irritação da garganta; perfurações (esôfago, estômago, duodeno); dor; vômitos; dificuldade respiratória em função da sedação; aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.

Descrição da sedação: Será submetido a sedação ou anestesia endovenosa para fazer o exame, com drogas seguras e de boa qualidade, garantindo e aumentando o seu conforto e segurança. A sedação poderá ser leve ou profunda, na dependência da necessidade de

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE ENDOSCOPIA	Código: FORM.PLCGO.002 Emissão: 10/07/2022 Revisão: 10/07/2023 Versão: 00 Página: 2 de 4

seu procedimento e da sua reação aos medicamentos necessários para tal. Haverá sempre um médico responsável pela sua sedação para assisti-lo. Pacientes mais graves ou inconscientes poderão necessitar serem submetidos a anestesia geral, passando um tubo pela garganta que será conectado a um respirador para garantir a sua segurança. Isso será informado ao responsável legal caso seja necessário e possa ser previsto com antecedência.

Descrição do procedimento:

Na sala de exame você será colocado numa posição adequada. Será oferecida uma medicação oral para eliminar bolhas de ar, facilitando a visualização do estômago e duodeno.

Um anestésico tópico (spray) poderá ser "borrifado" na sua garganta, que facilitará a passagem do aparelho.

Um protetor plástico será colocado entre seus dentes para manter sua boca aberta durante o exame.

Uma medicação para relaxar ou mesmo um anestésico será administrado na veia, momentos antes de iniciar o exame.

Um tubo flexível, fino e pequeno será passado através de sua boca. Por meio dele, o médico será capaz de identificar anormalidades que possam estar presentes, inclusive pesquisar amostras de tecido (biópsia) colhidas durante o exame para análise laboratorial detalhada. Esse procedimento não causa dor.

Alguns tratamentos podem ser realizados pela endoscopia. Estes incluem: dilatação de uma área estreitada do esôfago, estômago ou duodeno, remoção de pólipos, objetos deglutidos e tratamento de vasos sangrantes e úlceras por injeção interna ou aplicação de calor (usando corrente elétrica, laser argônio ou heat probe).

A medicação para relaxar ou o anestésico provocam sono e esquecimento por algum tempo. Após o exame, você não deve dirigir, realizar tarefas que necessitem de atenção, operar máquinas ou tomar decisões relevantes uma vez que a sedação diminui seus reflexos e raciocínio.

Deverá vir acompanhado de uma pessoa que lhe conduza para casa. O exame somente será realizado se no momento da admissão o paciente identificar quem se responsabilizará por conduzi-lo após o exame.

Tempo do exame:

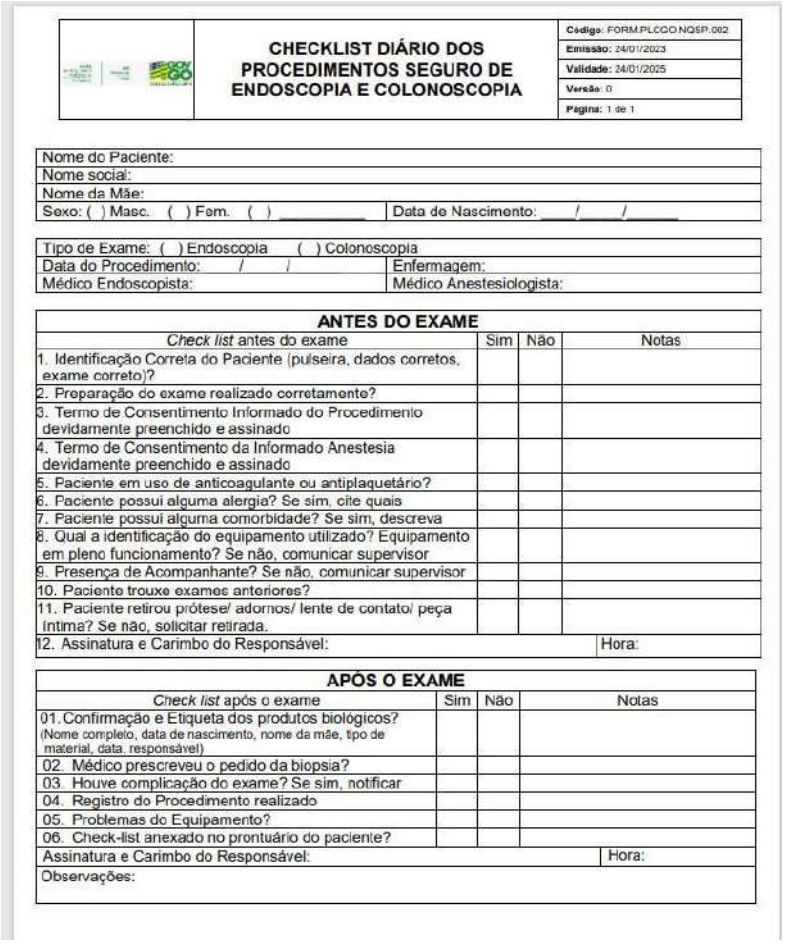
E um exame que dura, em média, 15 minutos.

Após o Procedimento:

Você irá permanecer na endoscopia em torno de 30 minutos, até a neutralização completa dos efeitos do sedativo e/ou anestésico.

Sua garganta pode ficar adormecida ou levemente irritada.

Elaborado por:	Aprovado por:
Débora Alessandra Cordeiro dos Santos	Michelly Ribeiro de Jesus



	CHECKLIST DIÁRIO DOS PROCEDIMENTOS SEGURO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Código: FORM.PLCGO.NQSP.002 Emissão: 24/01/2023 Validade: 24/01/2025 Versão: 0 Página: 1 de 1

Nome do Paciente:	
Nome social:	
Nome da Mãe:	
Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. ( ) _____	Data de Nascimento: ____/____/_____

Tipo de Exame: ( ) Endoscopia ( ) Colonoscopia	
Data do Procedimento: / /	Enfermagem:
Médico Endoscopista:	Médico Anestesiologista:

ANTES DO EXAME

Check list antes do exame	Sim	Não	Notas
1. Identificação Correta do Paciente (pulseira, dados corretos, exame correto)?			
2. Preparação do exame realizado corretamente?			
3. Termo de Consentimento Informado do Procedimento devidamente preenchido e assinado			
4. Termo de Consentimento da Informado Anestesia devidamente preenchido e assinado			
5. Paciente em uso de anticoagulante ou antiplaquetário?			
6. Paciente possui alguma alergia? Se sim, cite quais			
7. Paciente possui alguma comorbidade? Se sim, descreva			
8. Qual a identificação do equipamento utilizado? Equipamento em pleno funcionamento? Se não, comunicar supervisor			
9. Presença de Acompanhante? Se não, comunicar supervisor			
10. Paciente trouxe exames anteriores?			
11. Paciente retirou prótese/ adornos/ lente de contato/ peça íntima? Se não, solicitar retirada.			
12. Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:

APÓS O EXAME

Check list após o exame	Sim	Não	Notas
01. Confirmação e Etiqueta dos produtos biológicos? (Nome completo, data de nascimento, nome da mãe, tipo de material, data, responsável)			
02. Médico prescreveu o pedido da biopsia?			
03. Houve complicação do exame? Se sim, notificar			
04. Registro do Procedimento realizado			
05. Problemas do Equipamento?			
06. Check-list anexado no prontuário do paciente?			
Assinatura e Carimbo do Responsável:			Hora:
Observações:			

VI. Referências

POP N°05: Assistência Multiprofissional na Colonoscopia. Unidade de Endoscopia. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Versão 1. 2017.

Exame de Colonoscopia. POP.GAS.USD.002. Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Versão 1. 2019.

BRASIL. Resolução RDC n° 6 de 10 de março de 2013. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2013

SOBED – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA. Diretrizes da SOBED: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de aparelhos e acessórios em endoscopia gastrintestinal. Versão 09/09/2017

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)
ELETROENCEFALOGRAMA

ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL (EEG)

1) Ficha do Paciente

Preencher com o máximo de informações possíveis. Isto ajudará na elaboração de uma conclusão que auxilie de fato o médico do paciente.

São informações ***obrigatórias:***

- Nome completo
- Idade
- Indicação clínica (o porquê de estar realizando o exame)

São informações pertinentes:

- Em caso de epilepsia, a idade de início das crises
- Qual tipo de epilepsia (focal x generalizada x desconhecida)
- Em caso de epilepsia, quais são os medicamentos anticrise em uso *(vide tabela)*
- Em caso de crises epilépticas conhecidas, quando foi a última crise
- Se o paciente tem deficiência intelectual (antigo 'retardo mental')
- AVC prévio?
- Traumatismo craniano grave prévio?

2) Provas de ativação

Provas de ativação são qualquer procedimento que teste a reatividade cerebral ou ação que ative descargas epileptiformes. Existem três provas de ativação na área de EEG: a) abertura e fechamento ocular; b) hiperventilação (HV) ou hiperpneia; c) fotoestimulação intermitente (FEI).

A única **prova obrigatória** em todos os exames de EEG é a abertura e o fechamento ocular. Esta prova objetiva avaliar a reatividade do ritmo cerebral dominante do paciente.

As demais provas (FEI e HV) são realizadas na suspeita de epilepsias generalizadas genéticas. Apesar de seguras, ressalta-se que existem situações clínicas impeditivas da realização da hiperventilação (HV), conforme listado a seguir. Não existem contraindicações a FEI.

Procedimento de abertura e fechamento ocular:

Após realizada a montagem dos eletrodos, iniciar o exame e solicitar que o paciente permaneça relaxado e de olhos fechados. A maioria da população saudável neste momento apresentará um ritmo contínuo e sinusoidal na tela, localizada principalmente em regiões posteriores (T5-01; T6-02; P3-01; P4-02) da cabeça. Assim que identificarmos esse ritmo, pedir para o paciente abrir os olhos uma única vez. Isto produzirá um artefato de de piscamento na tela. Notaremos que este ritmo desaparecerá enquanto o paciente permanecer com os olhos abertos.

Uma vez que identificarmos esse bloqueio fisiológico, pediremos para o paciente fechar novamente os olhos e relaxar. Notaremos que o ritmo dominante posterior retornará a tela. Com esses passos, a prova de reatividade a abertura e fechamento ocular foi realizada com sucesso.

Algumas vezes os pacientes podem começar o exame sonolentos e não notaremos com clareza esse ritmo. Deixaremos que o paciente entre em sono espontâneo e realize o exame, mas, nos últimos 2 minutos de exame deveremos estimular o paciente a abrir os olhos, realizar o procedimento acima descrito ou até mesmo realizar perguntas ao paciente a fim de que ele desperte pelo menos no final do exame.

Observar que 10% das pessoas normais não possuem ritmo dominante posterior e que pessoas com lesão neurológica frequentemente não ter ritmo dominante posterior identificável na tela.

Indicações de HV e FEI:

- Realizar as provas caso conste em pedido médico: “EEG de rotina com hiperventilação e hiperneia - código TUSS **40103234’’** ou “EEG de rotina com provas de ativação’’

Quando <u>não</u> realizar hiperventilação (HV):

- AVC prévio nos últimos 3 meses
- Hemorragia cerebral nos últimos 3 meses
- Enfisema pulmonar/DPOC ou outra doença pulmonar
- Anemia falciforme
- Dor de cabeça intensa e refratária em investigação

Procedimento de hiperventilação (HV):

Solicitar ao paciente que inspire e expire (numa frequência de 20 incursões por minuto), puxando e soltando o ar pela boca por 1 a 3 minutos. Alguns pacientes não toleram 3 minutos completos de HV. Neste caso, é melhor que realizemos uma HV adequada por no mínimo 1 minuto. Continuar o registro do EEG por pelo menos 1 minuto após o término da hiperventilação. O esperado é que o EEG tenha uma lentificação das ondas cerebrais.
Aguardar 3 minutos após o fim da HV para iniciar o fotoestímulo (FEI), como descrito abaixo.

Procedimento de fotoestimulação intermitente (FEI):

Posicionar a luz estroboscópica a 30 centímetros a face do paciente. Pedir para o paciente permanecer de olhos fechados e abrir os olhos assim que o flash iniciar. Logo em seguida (poucos segundos após o flash), o paciente deve fechar os olhos. Quando o flash parar de piscar, orientar o paciente para permanecer de olhos fechados e relaxar. Assim que o flash voltar a piscar, ele deve automaticamente abrir os olhos e olhar diretamente para a luz, repetindo o processo.

Para iniciar o fotoestímulo:

Barra de Ferramentas >> Estimuladores >> Executar/Interromper Programa de Foto.

O processo levará cerca de 3 minutos e encerrará sozinho.

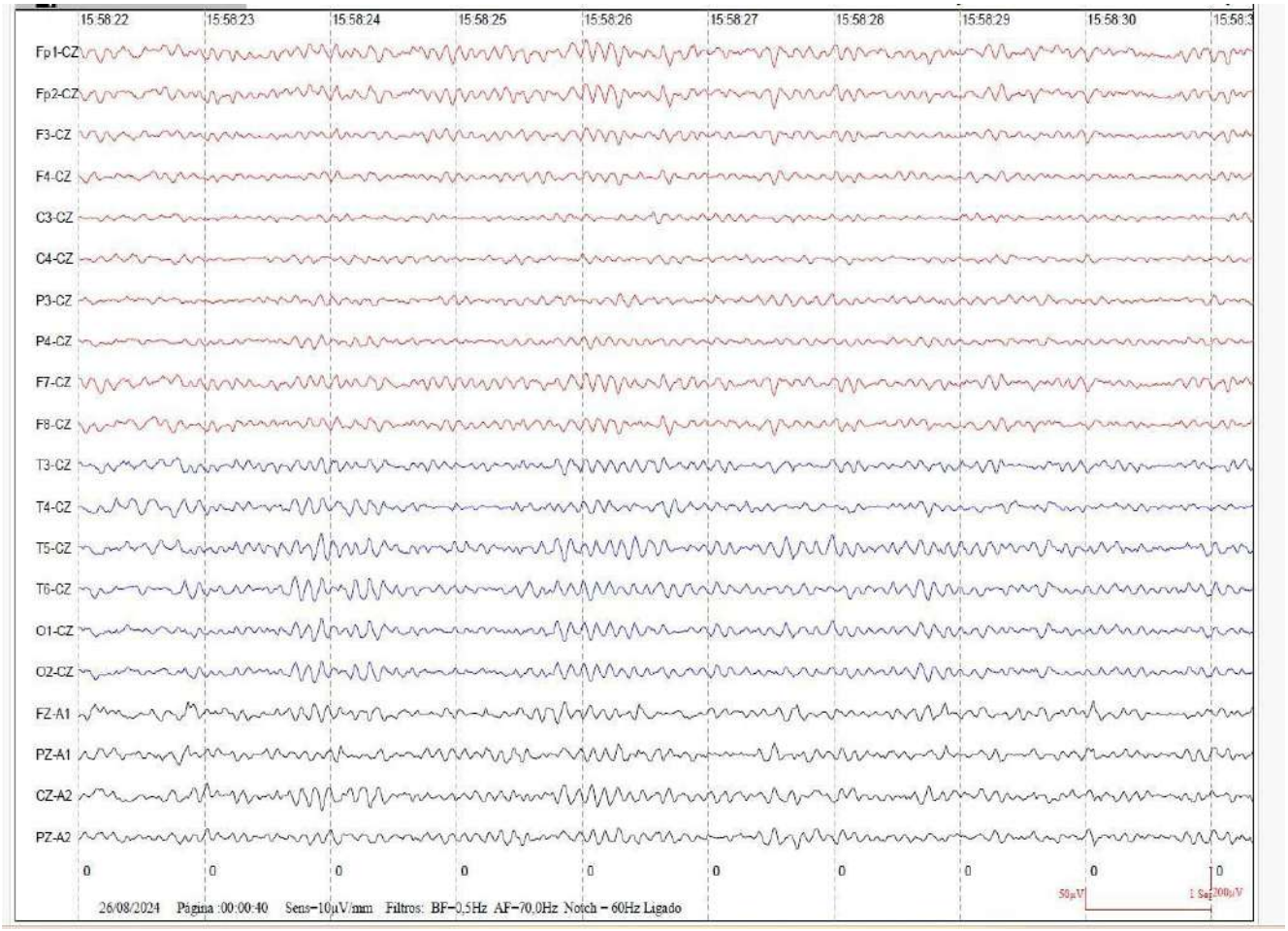
Goiás, 27 de agosto de 2024

Dra. Louise A. Lobo Lopes

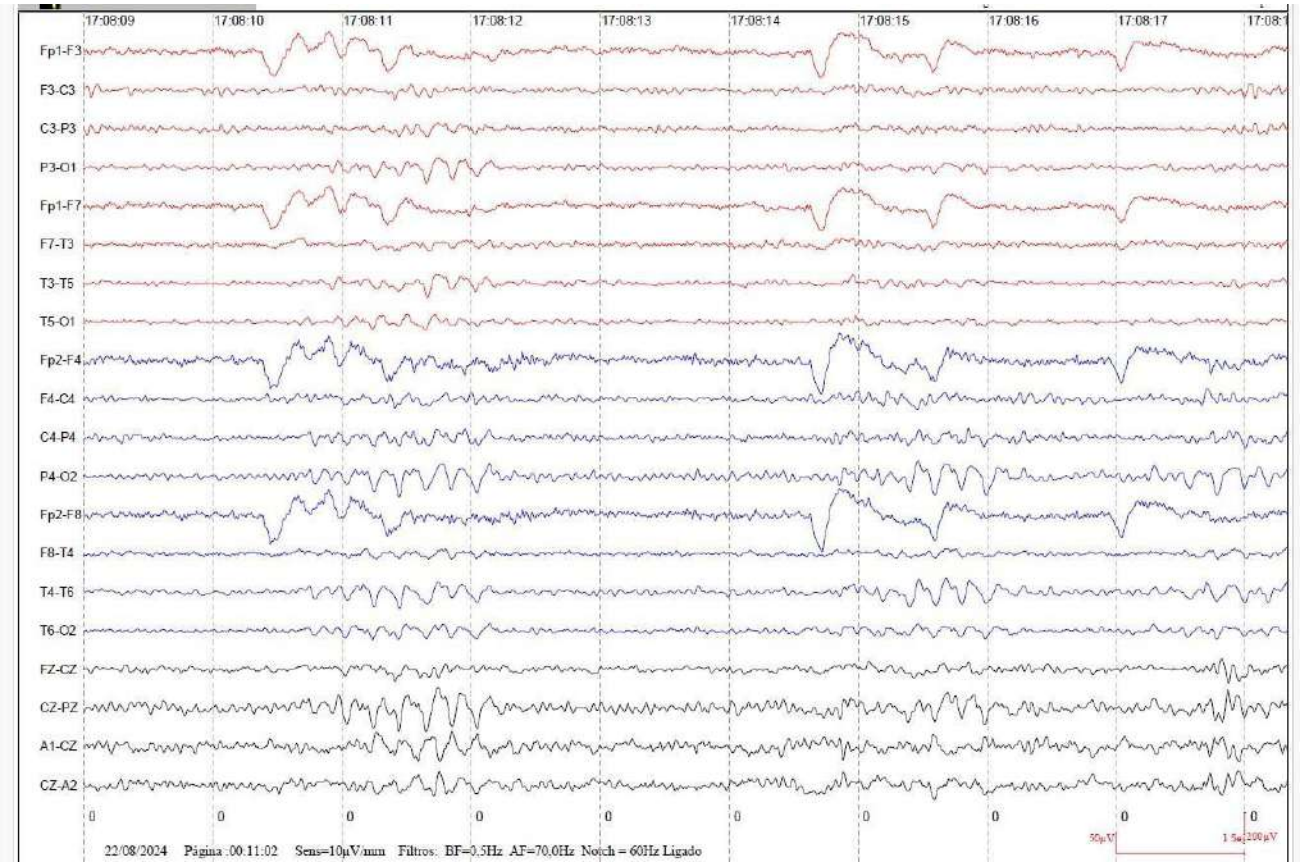
Médica Neurologista

CRM GO 20.079 RQE 12.785

ANEXO I -



Ritmo dominante posterior localizado nas regiões posteriores (01 e 02) da cabeça. Note que ele é uma onda arredonda, contínua.



Artefato de piscamento ocular (onda triangular grande, apontando para baixo, em canais Fp1-F3, Fp2-F4, Fp1-F7 e Fp2-F8.

ANEXO II – MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVANTES

Medicações anticrise ou anticonvulsivantes
Fenobarbital (Gardenal)
Fenitoína (Hidantal)
Carbamazepina (Tegretol) ou Oxcarbazepina
Topiramato
Ácido valproico ou divalproato de sódio (Depakene, Depakote)
Clobazam (Frisium)
Clonazepam (Rivotril)
Lamotrigina
Levetiracetam (Keppra)
Lacosamida
Canabidiol
Etossuximida

ANEXO III – POSICIONAMENTO DE ELETROS

Eletrodo Terra / Referência

Posicionar na região do nasion (eletrodo Fpz) e conectar na primeira entrada da esquerda para direita (na entrada cinza) do cabeçote.

Eletrodos de eletrocardiograma (ECG)

Posicionar nas entradas + 1 e -1 (nas entradas brancas)

ANEXO IV – FLUXOGRAMA DE EXAMES

Exame de rotina	**Duração de 15 minutos – <u>SEM</u> provas de ativação**
Início do Exame	Paciente de olhos fechados, relaxado Identificar o ritmo dominante posterior
2 minutos	Pedir pro paciente abrir os olhos
2 minutos e 30 segundos	Pedir pro paciente permanecer de olhos fechados e relaxado até o final do exame
15 minutos	Encerrar o exame

Exame de rotina	**Duração de 15 minutos – <u>COM</u> provas de ativação**
Início do Exame	Paciente de olhos fechados, relaxado Identificar o ritmo dominante posterior
2 minutos	Pedir para o paciente permanecer de olhos abertos
5 minutos	Pedir para paciente permanecer de olhos fechados
08 minutos	Iniciar hiperventilação (HV) por 1 minuto
09 minutos	Encerrar a HV. Paciente segue relaxado, de olhos fechados
12 minutos	Iniciar fotoestimulação intermitente (FEI)
15 minutos	Encerrar o exame

I. Objetivos

Realizar método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognostico das lesões do sistema nervoso periférico. A eletroneuromiografia é método complementar de diagnóstico de doenças do sistema nervoso periférico, na Disciplina de Neurologia. Baseia-se na mensuração da passagem do impulso elétrico pelos nervos, e na captação de atividade elétrica emitida pelos músculos durante o repouso e contrações voluntárias. Avaliar pacientes com doenças nos nervos periféricos, doenças da transmissão neuromuscular e doenças primárias do músculo.

II. Materiais

Equipamentos de Proteção Individual (EPI's):
Óculos de proteção, máscara, cirúrgica, avental, se o paciente estiver em esquemas de precaução. Em geral, luvas de procedimento.

Materiais e Equipamentos Específicos para o Procedimento:
Equipamento de eletroneuromiografia com acessórios, incluindo estimulador elétrico e eletrodos captadores, em sala adequada, incluindo maca e lençóis descartáveis, eletrodos captadores, sala adequada, diva, lençol descartável, Álcool 70 INPM, gaze não estéril, Gel condutor, Micropore, Pasta de boa qualidade e boa condutividade elétrica para fixar eletrodos, Luva de procedimento, Escadinha.

III. Descrição dos passos da atividade

Orientações sobre o preparo:

1. Evite o uso de cremes, pomadas e hidratantes nas regiões a serem avaliadas

Realização do Exame:

1. Realizar a higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo 30 segundos) ou Álcool Gel (mínimo 15 segundos);
2. Forrar o divã com lençol descartável;
3. Chamar o paciente pelo nome completo;
4. Confirma verbalmente o nome e sobrenome;
5. Confirmar o tipo de exame;
6. Encaminhar a sala de exame;
7. Explicar o procedimento ao paciente;
8. Calçar luvas de procedimentos;
9. Posicionamento o paciente no divã junto com o aparelho;

10. Realizar limpeza de pele para diminuição da impedância;
11. Verificar conexões elétricas do equipamento em rede e fio terra;
12. Ligar equipamento na tomada correspondente à rede elétrica
na potência do aparelho;
13. Conectar eletrodos captadores e fio terra ao paciente;
14. Realizar o exame;
15. Anotar resultados significativos;
16. Imprimir achados cruciais;
17. Orientar o paciente a data do resultado;
18. Orientar o paciente até a saída no término do procedimento;
19. Desprezar os materiais em lixo comum ou em lixo branco se o paciente estiver em precaução de contato;
20. Retirar as luvas de procedimentos;
21. Fazer higienização das mãos;
22. Registrar o exame realizado no prontuário do paciente.

IV. Siglas e Definições

ENMG: Eletroneuromiografia

V. Anexos

VI. Referências

1. HENDRICKS H. Planejamento e organização do serviço de enfermagem: manual de normas e rotinas. São Paulo: CEDAS - Centro Universitário São Camilo; 1998. 87 p. (Apostila).
2. FELIPPE MJDB, SILVA NAM, GARCIA VC. MB. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Unidade de Internação – Terceiro Andar Esquerdo. Bauru: Hospital Estadual Bauru; 2006. 32 p.
3. TAUCCI RA, BIANCHINI EMG. Verificação da interferência das disfunções temporomandibulares na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares. Ver Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(4):274-80.

I. Objetivos

Esta seção tem por objetivo definir claramente os propósitos e metas do procedimento de Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF), seguindo as normas e diretrizes atuais. Os objetivos incluem:

1. **Obter amostras de tecido ou líquido** de lesões sólidas ou císticas para análise histopatológica ou citológica.
2. **Diagnosticar neoplasias malignas ou processos inflamatórios** em pacientes com massas ou nódulos visíveis e acessíveis à agulha.
3. **Realizar o procedimento de forma ambulatorial**, sem necessidade de anestesia geral, permitindo que o paciente retome suas atividades normais imediatamente após o exame.
4. **Garantir a segurança e o conforto do paciente** durante todo o processo, seguindo rigorosamente as normas de biossegurança e ética médica.

II. Materiais

Esta seção descreve todos os materiais necessários para a realização do procedimento de Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF), conforme as normas e regras atualizadas:

1. **Materiais Médicos:**
   - Agulhas de diferentes calibres para PAAF (por exemplo, 40x12, 25x7, 13x4,5).
   - Agulhas para Core Biópsia conforme o procedimento específico (por exemplo, 14x10, 14x12 para mama, 18x20, 18x25, 18x30 para próstata, 16x10, 18x10 para tireoide).
   - Lidocaína a 2% sem vasoconstritor para anestesia local.
   - Seringas de 5 mL ou 10 mL.
   - Álcool 70%, álcool absoluto, clorexidina alcóolica para assepsia.
   - Cloreto de sódio 0,9% para diluição.
   - Gel condutor para ultrassonografia, se necessário.
   - Instrumentos para preparação e coleta das amostras (lâminas de vidro, porta lâminas, etc.).
   - Materiais para curativo (gaze estéril, micropore).
2. **Materiais de EPI (Equipamento de Proteção Individual):**
   - Luvas estéreis.
   - Máscara cirúrgica.
   - Gorro e avental estéreis, conforme necessário.
   - Óculos de proteção, se aplicável.

3. **Equipamentos:**
   - Aparelho de ultrassonografia para guiamento do procedimento, se indicado.
   - Equipamento de limpeza e desinfecção de ultrassom e outros equipamentos, conforme POP específico.
4. **Documentos e Formulários:**
   - Termo de Consentimento para PAAF.
   - Requisição médica completa e corretamente preenchida.
   - Protocolo de Identificação do Paciente.

III. Descrição dos passos da atividade

Preparação Pré-Procedimento:

- Verificar a requisição médica completa e corretamente preenchida.
- Confirmar a identidade do paciente através de dupla checagem de dados (nome completo, data de nascimento) com um documento de identificação válido.
- Explicar ao paciente sobre o procedimento, incluindo seus objetivos, potenciais riscos e benefícios.
- Obter o consentimento informado por escrito do paciente para realizar o procedimento.

Preparação do Ambiente:

- Assegurar que todos os materiais e equipamentos necessários estejam prontos e esterilizados.
- Preparar a sala de procedimento de acordo com as normas de biossegurança, incluindo a desinfecção adequada dos equipamentos.

Posicionamento do Paciente:

- Posicionar o paciente de forma adequada na mesa de exame, geralmente em decúbito dorsal, conforme a localização da lesão a ser biopsiada.

Anestesia Local (se aplicável):

- Auxiliar o médico na administração de anestesia local na área de biópsia utilizando lidocaína a 2% sem vasoconstritor, conforme necessário para o conforto do paciente durante o procedimento.

Processamento das Amostras:

- Preparar as amostras coletadas em lâminas de vidro, identificando-as de acordo com o protocolo estabelecido.
- Encaminhar as amostras devidamente etiquetadas para o laboratório de Anatomia Patológica para análise histopatológica ou citológica.

Finalização do Procedimento:

- Aplicar curativo compressivo no local da punção para prevenir sangramentos e infecções.
- Orientar o paciente sobre os cuidados pós-procedimento e instruir sobre o recebimento dos resultados da biópsia.

Limpeza e Desinfecção:

- Realizar a desinfecção adequada dos equipamentos utilizados e da sala de procedimento, conforme os protocolos de limpeza estabelecidos.

Documentação:

- Registrar todos os procedimentos realizados no prontuário eletrônico ou em formulários específicos, conforme as diretrizes institucionais.

IV. Siglas e Definições

Siglas:

- PAAF: Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina.
- EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- POP: Procedimento Operacional Padrão.
- CID: Classificação Internacional de Doenças.
- CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.
- SOP: Standard Operating Procedure (Procedimento Operacional Padrão).

Definições:

- Biópsia por Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF): Procedimento minimamente invasivo para coleta de amostras de tecido ou líquido de lesões sólidas ou císticas, utilizando uma agulha fina para análise histopatológica ou citológica.
- Anatomia Patológica: Especialidade médica responsável pelo diagnóstico das doenças baseado em alterações morfológicas e funcionais nos tecidos e órgãos.

- Consentimento Informado: Processo pelo qual o paciente recebe informações detalhadas sobre o procedimento, seus objetivos, riscos e benefícios, e concorda voluntariamente em participar após compreender completamente as informações fornecidas.
- Biossegurança: Conjunto de medidas voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.
- Histopatologia: Ramo da patologia que estuda as alterações morfológicas dos tecidos decorrentes de doenças.
- Citologia: Ramo da biologia que estuda as células em relação à sua estrutura, função e patologia.

V. Anexos

Anexo 01: Termo de Consentimento

VI. Referências

 Normas e Diretrizes:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP).
- Protocolos da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO).
- Recomendações da Sociedade Brasileira de Ultrassonografia (SBUS).

 Publicações Científicas:

- Artigos relevantes sobre técnicas avançadas de biópsia por punção aspirativa.
- Estudos comparativos de métodos de diagnóstico em patologias neoplásicas.

 Manuais e Guias Técnicos:

- Manuais de procedimentos operacionais padrão (POPs) da instituição.
- Guias de biossegurança em procedimentos invasivos.

 Legislação e Regulamentos:

- Legislação vigente sobre práticas médicas e biossegurança.
- Regulamentos específicos para a realização de procedimentos invasivos em saúde.

- Livros e Textos Acadêmicos:

  - Livros de anatomia patológica e citologia.
  - Textos atualizados sobre técnicas de biópsia e diagnóstico por imagem.

1) INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença crônica multifatorial que depende de fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais. Em relação aos sintomas percebe-se que a doença por muitas vezes se apresenta de forma assintomática e em função disso acaba evoluindo para outras complicações caso não seja feito o seu diagnóstico oportuno. Nesse sentido a doença pode evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Ademais também tem relação com fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes melito (DM). O seu diagnóstico é realizado quando um paciente apresenta elevação persistente da pressão arterial, as formas de diagnóstico possíveis são:

- Média de 2 medidas em, pelo menos, 2 consultas: ≥ 140 x 90 mmHg

- MAPA: ≥ 130 x 80 (24h) ; ≥ 135 x 85 (vigília); ≥ 120 x 70 (sono)

(Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial)

- MRPA: ≥ 135 x 85 (média) com 6 aferições ao dia, durante 5 dias consecutivos e feito a média entre as medidas.

(Monitorização Residencial da Pressão Arterial)

- Hipertensão arterial com Lesão de órgão-alvo

Classificação para hipertensão arterial:

Classificação	PAS (mmhg)	PAD (mmhg)
Ótima	<120	<80
Normal	120 – 129	80-84
Pré-hipertenso	130-139	85-89
HAS estágio 1	140-159	90-99
HAS estágio 2	160-179	100-109
HAS estágio 3	≥ 180	≥110

Fonte: Adaptado 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial

Proibido Reproduzir

2) OBJETIVOS

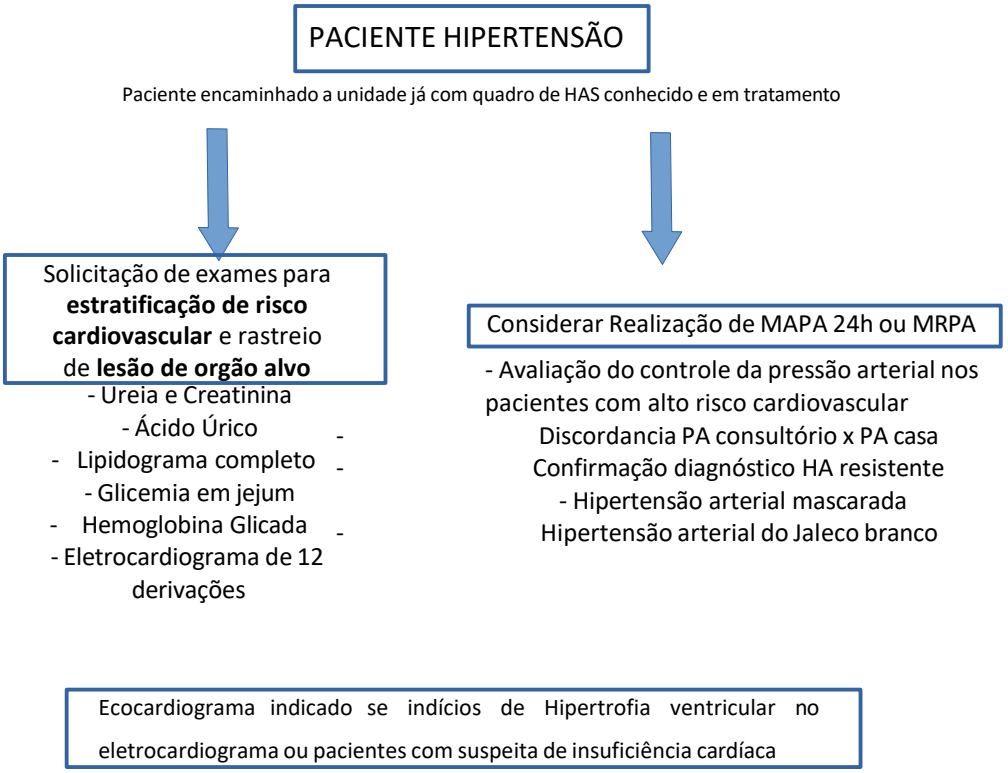
O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento da doença hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa dispõe dos seguintes equipamentos para avaliação diagnóstica e também das possíveis lesões de órgão alvo que podem ser consequência da HAS:

- Aparelho de MAPA 24h; Ecocardiograma transtorácico; Eletrocardiograma de 12 derivações; Teste ergométrico; Ultrassonografia de carótidas.

Inicialmente ressalta-se que a grande maioria dos pacientes já chegam a unidade com o diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sendo então atendidos pelo médico cardiologista já em uso de alguma medicação para hipertensão arterial.



Proibido Reproduzir

Após os exames laboratoriais e a anamnese inicial serão avaliados os fatores de risco para realização da estratificação pelo risco cardiovascular para determinar o risco cardiovascular e a estratégia terapêutica medicamentosa indicada. Lista dos principais fatores de riscocardiovascular.

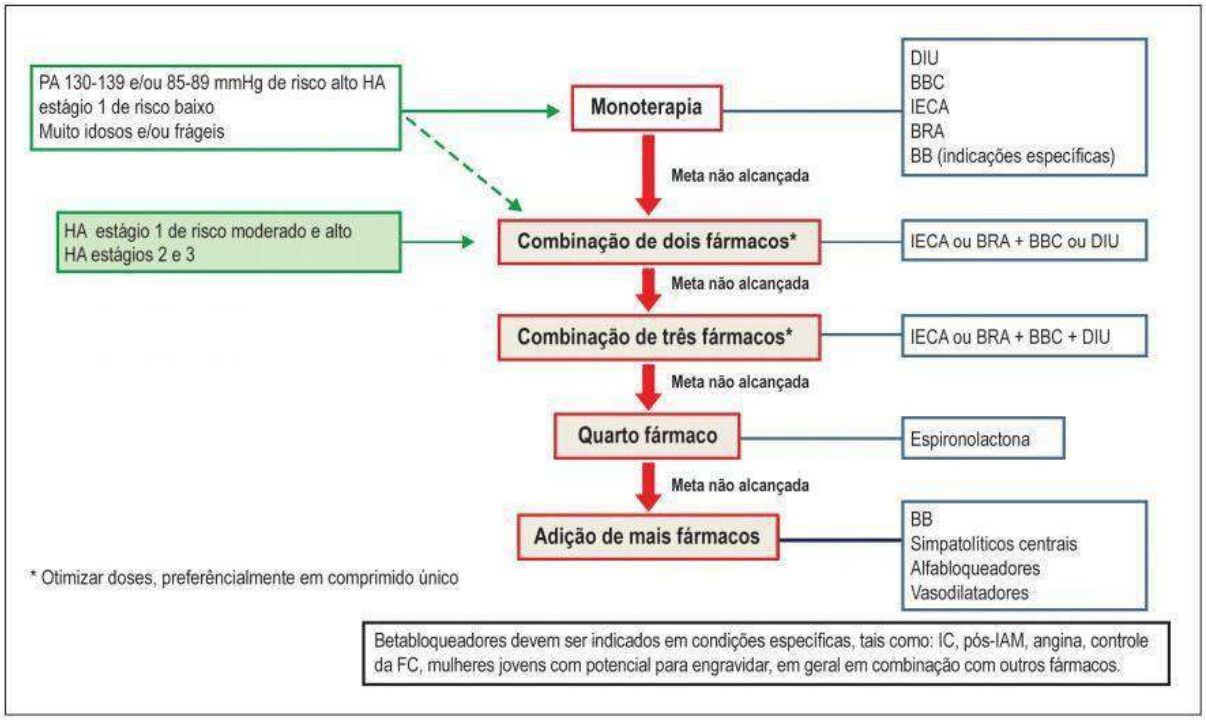
- Homens > 55 anos ● Mulheres > 65 anos Tabagismo; Dislipidemias; Diabetes melitus
- Colesterol total > 190 mg/dL; Triglicérides > 150 mg/dL
- HDL-C < 40 mg/dL; LDL-C > 100 mg/dL
- História familiar prematura de DCV (familiares de 1º grau): Homens < 55 anos Mulheres < 65 anos

● **Tabela Estratificação de risco cardiovascular**

Fatores de risco	PA normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Adaptado 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial

● **Tabela tratamento medicamentoso**



Fonte: Adaptado 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial

Proibido Reproduzir

Nesse sentido ressalta-se o fluxograma do uso das terapias medicamentosas a partir da tabela 2, sendo inidicado inicio em monoterapia se paciente HAS baixo risco ou pacientes muito idosos ou frágeis e a partir de HAS estágio 1 de risco moderado já deve ser iniciado o tratamento medicamentoso com a terapia dupla.

- **Tabela de metas terapêuticas pressóricas:**

Risco cardiovascular Alto:

PA sistólica < 130 mmHg PA diastólica < 80 mmHg

Risco cardiovascular baixo ou moderado:

PA sistólica < 140 mmHg Pa diastólica < 90 mmHg

Idosos Hígidos

PA sistólica 130 – 139 mmHg PA diastólica 70 – 79 mmHg

Idosos Frágeis

PA sistólica 140 – 149 mmHg PA diastólica 70 – 79 mmHg

Por fim os pacientes que se apresentam com pré-hipertensão com baixo risco ou moderado risco cardiovascular e os pacientes hipertensos estágio 1 com risco baixo ainda podem ser manejados apenas com tratamento não medicamentoso exclusivo por 3 a 6 meses, caso ao fim desse período não houver controle da pressão arterial deve ser iniciado o tratamento em monoterapia. O tratamento não medicamentoso se baseia na redução do consumo de sódio; atividade física, controle de peso, moderação no consumo de álcool dentre outras estratégias. Ressalta-se que em todos os estágios de hipertensão a estratégia não medicamentosa deve ser indicada mesmo naqueles que já estão em uso de medicação anti-hipertensiva.

- **Solicitação de outros exames complementares:**

Quanto aos outros exames disponíveis na unidade quando devem ser solicitados:

- Teste ergométrico: está indicado na suspeita de doença coronária estável, diabetes melitus ou antecedente familiar para doença coronária em pacientes com pressão arterial controlada.

- Ultrassonografia de carótidas: indicado na presença de sopro carotídeo, sinais de doença cerebrovascular ou presença de doença aterosclerótica em outros territórios. O aumento na espessura íntima-média (EIM) das carótidas e/ou a identificação de placas de aterosclerose prediz a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e infarto do miocárdio, independentemente de outros fatores de risco CV. Valores da EIM > 0,9 mm têm sido considerados como anormais, assim como o encontro de placas ateroscleróticas

- Ecocardiograma: é mais sensível que o eletrocardiograma quanto ao diagnóstico de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) e agrega valores na avaliação de formas geométricas de hipertrofia e tamanho do átrio esquerdo, nas funções sistólica e diastólica. Está indicado quando houver indícios de HVE no eletrocardiograma ou em pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca

- **Retorno e acompanhamento médico:**

Paciente com PA não controlada, fora da meta: consulta médica mensal até o controle

Paciente com PA controlada de baixo risco cardiovacular: consulta médica anual

Paciente com PA controlada de risco moderado cardiovascular: consulta medica semestral

Paciente com PA controlada de alto risco cardiovascular: consulta médica quadrimestral

- **Hipertensão arterial resistente e refratária**

A hipertensão arterial resistente (HAR) é caracterizada por uma pressão arterial (PA) no consultório que permanece igual ou superior a 140/90 mmHg, mesmo com o uso de três ou mais medicamentos anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas recomendadas ou toleradas, sendo que um deles deve ser, preferencialmente, um diurético tiazídico. Além disso, quando o paciente necessita de quatro ou mais medicamentos para atingir o controle da PA, ele é classificado como hipertenso resistente, mas controlado (PA < 140/90 mmHg). A hipertensão refratária (HARf), por sua vez, é um subgrupo em que a PA não é controlada (PA ≥ 140/90 mmHg), mesmo com o uso de cinco ou mais medicamentos, incluindo

Proibido Reproduzir

espironolactona e um diurético de longa ação. A investigação diagnóstica de HAR envolve quatro aspectos principais:

1. **Pseudorresistência:** É essencial descartar fatores como aferição inadequada da PA (por exemplo, uso incorreto do manguito em pacientes obesos), inércia clínica, baixa adesão ao tratamento e uso de substâncias que elevam a PA.

2. **Avaliação de fatores de risco cardiovascular, lesões em órgãos-alvo (LOA) e doenças cardiovasculares:** Após confirmar a HAR, é necessária uma investigação mais detalhada, que inclui exames específicos para avaliar o comprometimento de LOA e a possibilidade de hipertensão secundária. Também deve-se detectar possíveis comorbidades com exames complementares baseados nas suspeitas clínicas.

3. **Monitorização ambulatorial e residencial da pressão arterial (MAPA e MRPA):** Embora o diagnóstico inicial de HAR seja feito no consultório, a medição fora do ambiente clínico, através da MAPA ou MRPA, é fundamental para excluir o "efeito do avental branco" e a hipertensão mascarada. A abordagem diagnóstica e terapêutica deve se basear nas medições realizadas pela MAPA ou MRPA. Pacientes com pressão elevada durante o dia e/ou à noite necessitam de ajuste na medicação, com repetição da MAPA após essas modificações. Aqueles com MAPA controlada devem manter o tratamento atual, independentemente das medições no consultório, com revisões semestrais ou anuais.

4. **Investigação de causas secundárias:** As causas secundárias de hipertensão são mais frequentes em pacientes com HAR do que nos não resistentes. As mais comuns incluem a apneia obstrutiva do sono (AOS) (presente em até 80% dos casos), hiperaldosteronismo (6-23%), estenose de artéria renal (2,5-20%) e doença renal parenquimatosa (2-10%). Alterações na função tireoidiana (1-3%) também devem ser investigadas.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IECA – Inibidores da Enzima conversora de angiotensina

BRA – Bloqueadores do receptor da Angiotensina II

BB – Beta bloqueador

BBC – Bloqueador de Canal de Cálcio

FC – Frequência cardíaca

HAR – Hipertensão Arterial Resistente

HARf – Hipertensão Arterial Refratária

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658 (7ª Diretriz brasileira de Hipertensão Arterial).

Proibido Reproduzir	

1) INTRODUÇÃO

A nefrolitíase é uma condição médica relevante que afeta uma parte significativa da população brasileira. Caracterizada pela formação de cálculos no sistema urinário, especialmente nos rins, a nefrolitíase pode causar sintomas como dor intensa, obstrução urinária, infecções e em casos graves pode comprometer a função renal. Ademais a recorrência da litíase renal é comum e aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão um segundo episódio, após 5 a 10 anos do primeiro, se não forem submetidos a nenhum tipo de tratamento.

Epidemiologia no Brasil

A prevalência de nefrolitíase no Brasil está em uma crescente com a dieta da população cada vez mais baseada em alimentos industrializados ricos em sódio e com uma menor ingestão de frutas e vegetais. Dados epidemiológicos revelam que aproximadamente 6% a 10% da população brasileira pode ser afetada por cálculos renais ao longo da vida. Esse número reflete uma condição de saúde relevante, que tem mostrado um aumento na incidência nos últimos anos.

Incidência: Estudos apontam que a incidência anual de nefrolitíase no Brasil varia entre 0,5% e 1%. A condição é mais prevalente em homens, especialmente na faixa etária dos 30 aos 50 anos, embora também haja um aumento significativo entre mulheres e idosos.

Distribuição Regional: A prevalência de nefrolitíase no Brasil mostra variações regionais. Em áreas de clima quente e seco, como o Nordeste, a taxa de cálculos renais tende a ser mais alta devido à maior incidência de desidratação e menor ingestão de líquidos. Em contraste, nas regiões com clima mais úmido e temperaturas mais amenas, como o Sul e o Sudeste, a prevalência pode ser relativamente menor.

Fatores de Risco

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são a desidratação e a dieta rica e sódio. Ademais também existem alterações metabólicas como o hiperparatireoidismo e a obesidade que também contribuem para o desenvolvimento da doença

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento da nefrolitíase na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

Na unidade tem-se disponível os seguintes instrumentos para diagnóstico:

- Ultrassonografia de abdome total

- Tomografia de abdome total sem contraste

Proibido Reproduzir	

- **Solicitar o exame de imagem e exames laboratoriais iniciais**

- Ureia, creatinina, EAS, hemograma completo

- TC de abdome total sem contraste exame de escolha por maior sensibilidade e especificidade

- Se paciente gestante realizar ultrassonografia de abdome total

- **Cálculos menores que 10 mm**

Os cálculos de até 6 mm tem uma probabilidade de cerca de 60% de serem expelidos espontaneamente. Nesse viés estes cálculos pequenos que não estejam causando complicações como infecção, dor refratária ou perda da função renal podem ser manejados com de forma expectante com o uso de analgésicos com preferência para os antiinflamatórios não estoeroidais e hidratação. Ademais pode ser utilizada também a terapia expulsiva medicamentosa (TEM) que auxilia no relaxamento do ureter facilitando a saida do cálculo da via urinária.

A medicação de escolha para a TEM são os alfabloqueadores sendo a tansulozina a principal medicação utilizada pela menor quantidade de efeitos colaterais.

Após a medicação deve ser realizado o acompanhamento seriado através de novo exame de imagem após 4 a 6 semanas do uso da medicação.

- **Indicações de tratamento intervencionista da urologia:**

- Cálculos maiores que > 10 mm

No caso de indicação do tratamento intervencionista os pacientes são encaminhados pelo medico especialista da unidade para realização da cirurgia eletiva. Em alguns casos o paciente tem indicação de avaliação de cirurgia de emergência e o paciente é encaminhado para a unidade de emergência.

- **Indicações de tratamento intervencionista da urologia com encaminhamento para a emergência:**

- Presença de infecção da via urinária associada à litíase obstrutiva;

- Função renal limítrofe, rim único, evidencia de injúria renal aguda; anúria;

- Dor refratária a analgesia ou recorrente

- Cálculo obstrutivo em rim único em paciente transplantado renal

Para fins de conhecimento as opções de tratamento intervencionista são as seguintes:

- **Litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC)**

Indicações:

Proibido Reproduzir

Cálculos renais de até 2 cm; cálculos uretrais de até 1 cm; Cálculos fora do polo inferior do rim; paciente sem alterações anatômicas do rim; atenuação do cálculo a tomografia de até 900 unidades de Hounsfield; Pacientes não obesos (distância linear da pele até o cálculo < 10 cm)

Contraindicações: Gestação; diátese hemorrágica; infecção do trato urinário; aneurisma de aorta abdominal ou de artéria renal; impossibilidade de atingir o cálculo com as ondas de choque.

● **Ureteroscopia ou Ureterolitotripsia endoscópica**

Indicações: Cálculos de até 2 cm em qualquer topografia da via urinária.

● **Nefrolitotomia percutânea**

Indicações: Qualquer cálculo que esteja no rim independentemente do tamanho, localização ou dureza. Mais invasivo e com mais complicações. Normalmente para cálculos > 2 cm

● **Tratamento para prevenção de recorrência**

Medidas gerais: Hidratação (ingesta de 2,5 a 3 litros por dia para produção de no mínimo 2 litros de urina/dia);

Medidas dietéticas: ingesta normal de cálcio alimentar; redução da ingesta de sódio; redução da ingesta de proteína animal; dieta rica em fibras, legumes e frutas (citrato); aumento da ingesta de potássio alimentar. controle do peso.

4) INDICADORES

Não se aplica

5) GLOSSÁRIO

EAS **–** Elementos Anormais e Sedimentos

TEM – Terapia expulsiva medicamentosa

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CURHAN, G. C.; ARONSON, M. D.; PREMINGER, G. M. **Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults.** Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: . Acesso em: 11 jun. 2014.

- Nacif, L. O., Figueredo, S. R. R., Diniz, C. da G., Pereira, V. C. G., Silva, A. E. F., Gontijo, N. F., Silva, M. M. da, & Pereira, M. L. C. (2022). **Nefrolitíase: diagnóstico e manejo: Nephrolithiasis: diagnosis and management**. *Brazilian Journal of Development*, *8*(9), 63667-63676. https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-216

Proibido Reproduzir	

1) INTRODUÇÃO

As cefaleias primárias são condições neurológicas comuns e podem afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Incluem migrânea ou enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleias trigeminoautonômicas e outras cefaleias primárias. Este protocolo visa fornecer orientações para o diagnóstico e o manejo em um contexto de consultas ambulatoriais

As cefaleias são muito comuns e afetam uma parte significativa da população mundial.

No Brasil, a prevalência e impacto dessas condições nos principais estudos são:

- **Enxaqueca**: A enxaqueca é uma das condições mais prevalentes no Brasil. Estudos indicam que aproximadamente 12-14% da população brasileira sofre de enxaqueca, com uma prevalência maior entre mulheres em idade fértil. Estima-se que cerca de 2-4% da população tenha enxaqueca crônica.

- **Cefaleia Tensional**: A cefaleia tensional é a forma mais comum de cefaleia primária no Brasil. Afeta aproximadamente 30% da população geral, com um predomínio em adultos jovens e de meia-idade. A prevalência de cefaleia tensional pode ser ainda maior se considerarmos os episódios esporádicos e menos frequentes.

- **Cefaleias trigeminoautonônicas**: São menos comuns sendo a cefaleia em salvas a sua principal representante, afetando cerca de 0,1% da população. É mais prevalente em homens e geralmente inicia-se na faixa etária de 20 a 40 anos.

Nesse sentido percebe-se que essas patologias tem um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Elas podem levar ao aumento de faltas no trabalho e na escola, redução da produtividade e qualidade de vida, e um custo econômico significativo para o sistema de saúde. Além disso, essas condições podem ter um impacto psicológico considerável, levando a problemas de saúde mental como ansiedade e depressão.

O diagnóstico preciso e o manejo eficaz das cefaleias primárias são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o impacto econômico e social dessas condições. A identificação adequada do tipo de cefaleia e a implementação de estratégias de tratamento personalizadas podem ajudar a minimizar os sintomas e melhorar o bem-estar geral dos pacientes.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento ambulatorial das cefaleias primárias na **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

Na unidade tem-se como exame de imagem disponível:

- Tomografia computadorizada de crânio

Indicações de solicitação da TC de crânio:

A tomografia computadorizada de crânio (TC) é uma ferramenta de imagem essencial para a avaliação especialmente quando há suspeita de causas secundárias ou complicações associadas. Embora as cefaleias primárias, como enxaqueca, cefaleia tensional e as cefaleias

Proibido Reproduzir

trigeminoautonômmicas, geralmente não necessitem de exames de imagem se a apresentação for típica e não houver sinais de alarme, existem situações específicas em que este exame é indicado. As principais indicações são:

1. Sinais de Alarme

Solicitar uma TC de crânio se houver qualquer um dos seguintes sinais de alarme:

- **Início Súbito e Intenso**: Cefaleia que começa abruptamente e atinge a intensidade máxima rapidamente, descrita como "a pior dor de cabeça da vida".
- **Alteração no Padrão da Cefaleia**: Mudanças significativas no padrão, intensidade, ou localização da cefaleia em um paciente com histórico conhecido de cefaleia primária.
- **Sintomas Neurológicos Focais**: Déficits neurológicos localizados, como fraqueza, alterações sensoriais, ou dificuldades na fala.
- **Alterações no Nível de Consciência**: Confusão, desorientação, perda de consciência, ou outras alterações no nível de alerta.
- **Cefaleia Pós-Trauma**: Cefaleia que ocorre após um trauma craniano, mesmo que o trauma seja leve.
- **Sinais Sistêmicos**: Febre, rigidez de nuca, perda de peso inexplicada, ou outros sinais de doença sistêmica.
- **Histórico de Câncer ou Imunossupressão**: Cefaleia em pacientes com histórico de câncer ou que estão em tratamento imunossupressor.

2. Cefaleia com Características Atípicas

Se a cefaleia do paciente apresenta características atípicas que não se encaixam bem nos padrões habituais das cefaleias primárias, como:

- **Mudança no Tipo de Dor**: Por exemplo, uma mudança de dor pulsátil (típica de enxaqueca) para uma dor opressiva ou constante.
- **Cefaleia Persistente ou Progressiva**: Se a dor se torna persistente e progressiva, mesmo com tratamento adequado.

3. Cefaleia de Início Tardio

Cefaleia que começa em pacientes com mais de 40 anos de idade, especialmente se não houver um histórico prévio de cefaleia:

- **Investigação de Condições Secundárias**: Considerar TC para excluir causas secundárias que podem começar nessa faixa etária.

4. Cefaleia Associada a Outros Sintomas

Se a cefaleia estiver associada a sintomas adicionais que não se ajustam ao quadro típico das cefaleias primárias, como:

- **Alterações Visuais**: Novas alterações visuais não típicas da enxaqueca com aura.
- **Sintomas Sistêmicos**: Náuseas e vômitos persistentes, especialmente se não estão bem controlados com tratamento.

A TC geralmente não é indicada para cefaleias primárias se:
Histórico e Exame Clínico: A cefaleia é bem caracterizada consistente com algum subtipo de cefaleia e que não existam sinais de alarme.
Tratamento Adequado: O paciente responde bem ao tratamento e não apresenta novos sintomas preocupantes.

Proibido Reproduzir	

Em alguns casos pode ser necessária a realização da ressonancia magnética de crânio como no caso de uma tomografia computadorizada de crânio sem anormalidades mas em uma situação de maior suspeita clínica de alguma condição subjacente. Nesse caso a RM pode fornecer informações adicionais mais detalhadas sobre o tecido cerebral, especialmente nos casos de patologias que não são facilmente visíveis na TC como na esclerose múltipla, tumores cerebrais, ou de malformações vasculares que não são tão sensíveis a tomografia. Se a cefaleia não se encaixa nos critérios típicos alguns dos subtipos das cefaleias e a TC de crânio não encontrou causas secundárias, a RM de crânio também pode ajudar a esclarecer o diagnóstico.

Para fins de conhecimento os critérios diagnósticos das principais cefaleias pela Classificação internacional de cefaleias 3ª edição são:

1. Enxaqueca ou Migrânea

- Enxaqueca sem Aura

A. Ataques com pelo menos 5 episódios que atendem aos critérios B-D.
B. Duração de 4-72 horas (não tratada ou tratada de forma inadequada).
C. Dor de cabeça com pelo menos 2 das seguintes características:

- Unilateral (ou bilateral, em crianças)
- Pulsátil
- Intensidade moderada a severa
- Agravada por ou causando evitação de atividades físicas rotineiras

D. Durante a dor de cabeça, pelo menos 1 dos seguintes:

- Náuseas e/ou vômitos
- Fotofobia e fonofobia (ou ambas)

E. Não atribuída a outro transtorno

- Enxaqueca com Aura

A. Ataques com pelo menos 2 episódios que atendem aos critérios B-D.
B. Aura com pelo menos 1 dos seguintes sintomas, com início e resolução gradual:

- Sintomas visuais: escotomas cintilantes, perda de visão, ou outros tipos de distúrbios visuais
- Sintomas sensoriais: formigamento ou dormência
- Sintomas motores: fraqueza

C. Aura precede ou acompanha a dor de cabeça.
D. Dor de cabeça segue os critérios para enxaqueca sem aura (Critérios B e C acima).
E. Não atribuída a outro transtorno

2. Cefaleia Tensional

Cefaleia Tensional Episódica
A. Ataques com pelo menos 10 episódios que atendem aos critérios B-D.
B. Duração de 30 minutos a 7 dias.
C. Dor de cabeça com pelo menos 2 das seguintes características:

- Bilateral
- Sensação de pressão ou aperto (não pulsátil)

Proibido Reproduzir

- Intensidade leve a moderada
- Não agravada por atividades físicas rotineiras

D. Durante a dor de cabeça, não deve haver náuseas, vômitos, fotofobia, ou fonofobia (ou se presentes, devem ser leves).
E. Não atribuída a outro transtorno

Cefaleia Tensional Crônica

A. Cefaleia tensional que ocorre por mais de 15 dias por mês, durante mais de 3 meses.
B. Atende aos critérios B-D da cefaleia tensional episódica (se episódios individuais).
C. Não atribuída a outro transtorno

3. Cefaleia em Salvas

Cefaleia em Salvas

A. Ataques com pelo menos 5 episódios que atendem aos critérios B-E.
B. Duração de 15-180 minutos (se não tratada) ou de 15-60 minutos se tratada com medicamentos.
C. Dor de cabeça com todas as seguintes características:

- Unilateral
- Intensa ou insuportável
- Associada a pelo menos 1 dos seguintes sinais autonômicos do lado afetado:
  - Lacrimejamento
  - Conjuntivite
  - Congestão nasal
  - Rinorreia
  - Sudorese facial
  - Miose ou ptose
  - Edema palpebral

D. Frequência de ataques variando de uma vez a várias vezes por dia, durante um período de semanas a meses, com períodos de remissão que podem durar meses ou anos.
E. Não atribuída a outro transtorno

No contexto das consultas ambulatoriais que são realizadas na policlínica a grande maioria dos pacientes são encaminhados em função da cronicidade da sintomatologia da cefaleia sendo indicado por muitas vezes o tratamento preventivo. Nesse sentido serão enumeradas abaixo as indicações para realização do tratamento preventivo:

Enxaqueca - Indicação para Tratamento Preventivo:

- Frequência dos Episódios:
Considerar tratamento preventivo se o paciente tiver pelo menos **4-6 episódios de enxaqueca por mês** e o tratamento agudo não for eficaz ou não puder ser usado com segurança e eficácia suficiente.

Indicar tratamento preventivo para pacientes com **enxaqueca crônica** (mais de 15 dias de dor de cabeça por mês, dos quais pelo menos 8 são enxaquecas).

- Gravidade e Impacto:
Quando os ataques são **severos** e têm um **impacto significativo** na qualidade de vida do paciente, mesmo que a frequência não seja suficientemente alta para justificar a prevenção.

- Resposta Insuficiente ao Tratamento Agudo:
Se o tratamento agudo não for eficaz, não for bem tolerado, ou se o paciente experimentar efeitos colaterais intoleráveis com as medicações de alívio.

Proibido Reproduzir

- Contraindicações ou Efeitos Colaterais de Medicações Agudas:
Quando as opções de tratamento agudo são contraindicadas ou têm efeitos colaterais graves para o paciente.

As principais medicações que podem ser utilizadas para a prevenção são os betabloqueadores (propranolol), antagonistas de canais de cálcio (verapamil), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina), anticonvulsivantes (topiramato, valproato) e também os agonistas do CGRP (Peptídio Relacionado ao Gene da Calcitonina) que são medicações mais novas e com um preço mais elevado.

Cefaleia Tensional - Indicação para Tratamento Preventivo:

- Frequência dos Episódios:
Considerar tratamento preventivo se o paciente tiver **cefaléias tensionais episódicas** com uma frequência de **mais de 2 vezes por semana** ou se o tratamento agudo não for eficaz.

Na cefaleia tensional crônica ela é uma indicação clara para tratamento preventivo, pois a cefaleia ocorre **mais de 15 dias por mês**.

- Gravidade e Impacto:
Quando as cefaleias são **intensas** o suficiente para afetar significativamente a qualidade de vida do paciente, mesmo que a frequência seja menor.

- Resposta Insuficiente ao Tratamento Agudo:
Se o tratamento agudo não proporciona alívio adequado ou não é bem tolerado.

- Impacto na Qualidade de Vida:
Quando as cefaleias causam **interferência significativa** nas atividades diárias ou na função ocupacional.

As principais medicações utilizadas são os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), também pode ser realizadas terapias de relaxamento, técnicas de relaxamento muscular, alongamento e terapias cognitivo comportamentais.

Cefaleia em Salvas - Indicação para Tratamento Preventivo:

- Frequência dos Episódios:
Considerar tratamento preventivo se o paciente tiver episódios frequentes durante um **período de surtos** (por exemplo, mais de uma vez por dia) ou se os ataques forem prolongados e severos.

- Gravidade e Impacto:

O tratamento preventivo deve ser considerado quando os ataques são **extremamente dolorosos** e comprometem gravemente a qualidade de vida.

- Resposta Insuficiente ao Tratamento Agudo:

Se os medicamentos agudos não forem eficazes, não forem bem tolerados, ou se a frequência e a gravidade dos episódios exigirem um controle adicional.

- Período de Surtos:

Durante a fase ativa da **cefaleia em salvas**, o tratamento preventivo é frequentemente necessário para reduzir a frequência e a severidade dos ataques.

As medicações utilizadas para a prevenção são principalmente os anticonvulsivantes (topiramato), bloqueadores de canal de cálcio (verapamil) e o lítio que é utlizado em casos resistentes ao tratamento. Ademais pode ser feito o uso de corticosteroides para cessar um ciclo de cefaleias em salvas.

Proibido Reproduzir

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

TC – Tomografia computadorizada

RM – Ressonância Magnética

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Classificação Internacional das Cefaleias 3ª Edição** / Comitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia ; Fernando Kowacs (coordenador) ; tradução Fernando Kowacs, Djacir Dantas Pereira de Macedo, Raimundo Pereira da S ilva-Néto. -- 3. ed. -- São Paulo : Omnifarma, 2 018 .

Proibido Reproduzir

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
DISPEPSIA			
Título: Protocolo Clínico Dispepsia			
Responsável: Diretoria Técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 13/09/2024

1) INTRODUÇÃO

A dispepsia é um sintoma comum que afeta uma parte significativa da população mundial e pode impactar negativamente a qualidade de vida dos pacientes. A dispepsia pode ser causada por uma ampla gama de condições subjacentes, desde desordens funcionais benignas até doenças graves como úlceras pépticas e câncer gástrico.

A prevalência de dispepsia varia amplamente entre diferentes regiões e populações, mas estudos mostram que pode afetar entre 20% e 40% da população geral em países ocidentais. Dados epidemiológicos indicam que a dispepsia é uma das queixas mais frequentes em consultas gastroenterológicas. No Brasil, estima-se que cerca de 30% da população adulta sofra de dispepsia em algum momento da vida, com uma prevalência anual de aproximadamente 15% a 20%.

Desconfortos digestivos são descritos como um transtorno na digestão, caracterizado por um conjunto de sintomas associados ao sistema gastrointestinal superior, como dor, sensação de queimação ou desconforto na parte superior do abdômen. Esses sintomas podem incluir saciedade precoce, sensação de empachamento após refeições, náuseas, vômitos, distensão abdominal e sensação de plenitude, com agravamento que pode estar ou não vinculado à alimentação ou ao estresse.

O surgimento de desconfortos digestivos pode estar relacionado a diversos transtornos do sistema gastrointestinal superior, como úlceras pépticas, refluxo gastroesofágico, gastrites, tumores do sistema gastrointestinal superior, doenças do trato biliar e desconfortos digestivos funcionais.

Estes desconfortos também são conhecidos como dispepsia não-ulcerosa ou síndrome dispéptica, são uma condição heterogênea caracterizada por períodos de alívio e intensificação dos sintomas. O diagnóstico geralmente é feito quando, após uma avaliação completa, não se consegue identificar uma causa específica para os sintomas. O mecanismo fisiopatológico é ainda desconhecido e o tratamento não está completamente definido.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento da Dispepsia na unidade de saúde.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

A unidade tem como exame disponível:

- Endoscopia digestiva alta com possibilidade de realização de biópsia

Para isso tem-se a presença do médico anestesiologista e o médico endoscopista para a realização.

Tem-se também como indicação a realização do risco cirúrgico cardiológico para alguns pacientes que realizarão o procedimento apesar de ser um procedimento de baixo risco. Nesse sentido está indicada a solicitação do risco cirúrgico nos seguintes casos:

- Pacientes com cardiopatias ou arritmias cardíacas

- Pacientes com idade > 70 anos

- Pacientes com história recente de dor no peito ou angina

- Pacientes com história de infarto agudo do miocárdio

Nestes casos o paciente deve ser encaminhado ao cardiologista anteriormente a realização do exame de endoscopia digestiva alta.

A abordagem recomendada para pacientes com sintomas dispéticos é a seguinte:

• Encaminhar para endoscopia digestiva alta na presença de sinais críticos (sangramento gastrointestinal, perda de peso involuntária, dificuldade para engolir, vômitos persistentes, anemia ferropriva, massa epigástrica, úlcera péptica prévia, histórico familiar de câncer gástrico ou idade acima de 50 anos);

• Orientar para uma dieta saudável, perda de peso e cessação do tabagismo;

• Identificar e suspender medicamentos que possam causar sintomas (anti-inflamatórios, antagonistas do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos, corticoides);

• Tratar por 4-6 semanas com inibidores da bomba de prótons inicialmente se paciente sem sinais de alarme;

• Tratar empiricamente a infecção por Helicobacter pylori se não houver melhora após 4-6 semanas de inibidores da bomba de prótons ou se houver recorrência dos sintomas em 12 meses;

• Encaminhar para endoscopia digestiva alta se não houver melhora ou houver recorrência dos sintomas após tratamento para infecção por Helicobacter pylori.

Nestes casos o paciente deve ser encaminhado ao cardiologista anteriormente a realização do exame de endoscopia digestiva alta.

Diagnóstico e Tratamento

A visualização via endoscopia digestiva alta é a escolha primordial para o diagnóstico preciso de lesões orgânicas e é recomendada na abordagem inicial de pacientes com desconfortos digestivos quando um ou mais sintomas críticos estão presentes. Entre esses sinais estão a disfagia e a perda significativa de peso os quais são os mais relevantes para a suspeita de câncer gástrico, necessitando a realização do exame de imediato.

No entanto, apenas 10% dos pacientes com desconfortos digestivos apresentam um ou mais desses sinais críticos. A inspeção endoscópica também é indicada para pacientes com sintomas novos e com idade igual ou superior a 50 anos devido ao risco aumentado de câncer gástrico.
Para pacientes acima de 50 anos, o tratamento inicial dos desconfortos digestivos continua sendo debatido entre três principais estratégias: redução da acidez com inibidores da bomba de prótons, teste respiratório para detectar infecção por Helicobacter pylori (não disponível na unidade) e tratamento dos casos positivos (teste-e-trate) ou inspeção endoscópica seguida pelo tratamento das condições identificadas.

É essencial orientar o paciente e identificar e suspender, se possível, medicamentos que possam causar sintomas digestivos principalmente anti-inflamatórios, antagonistas do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos

e corticoides. Recomenda-se uma dieta saudável, perda de peso e cessação do tabagismo para todos os pacientes. Também é útil informar o paciente sobre evitar hábitos que ele considera agravantes dos sintomas (uso de álcool, café, chocolate, etc.), o que pode trazer resultados positivos.

Além disso, é importante esclarecer ao paciente que a probabilidade de os sintomas serem benignos é alta na ausência de sinais críticos e/ou se o paciente tiver menos de 50 anos.

De acordo com uma revisão sistemática robusta, comparando as abordagens principais, a redução da acidez, a endoscopia ou o "teste-e-trate", a endoscopia no manejo inicial dos desconfortos não investigados não se mostra mais eficaz do que a redução da acidez, mas ligeiramente mais eficaz que o "teste-e-trate" para Helicobacter pylori. A diretriz que sustenta essa recomendação afirma que os sintomas dispépticos têm baixo poder preditivo para triagem de pacientes que se beneficiariam da endoscopia para detectar úlceras pépticas. Portanto, a endoscopia é menos custo-efetiva em comparação com a redução da acidez, uma estratégia que reduz a necessidade de endoscopia.

Além disso, os testes para detectar a infecção por Helicobacter pylori (teste respiratório com ureia marcada) são pouco disponíveis em nossa região. Atualmente, a abordagem inicial mais eficaz para pacientes com desconfortos digestivos é a redução da acidez com inibidores da bomba de prótons (1ª opção) ou antagonistas H2. Ainda há falta de estudos consistentes sobre os benefícios das drogas pró-cinéticas para pacientes com desconfortos não investigados.

Se após 4-6 semanas de tratamento com inibidores da bomba de prótons não houver melhora, a abordagem "teste-e-trate" para Helicobacter pylori é recomendada. Esta decisão é apoiada por estudos que mostram maior eficácia do "teste-e-trate" em comparação com a endoscopia.

Portanto, devido à evidência de superioridade do "teste-e-trate" sobre a endoscopia, essa deveria ser a estratégia preferida. No entanto, as melhores formas de detectar Helicobacter pylori estão pouco disponíveis (teste respiratório com ureia marcada e sorologia). Como alternativa, tratar a infecção no manejo de pacientes com desconfortos não investigados pode ser necessário, mesmo sem os testes, embora um em cada cinco pacientes possa receber antibióticos desnecessários.

Se após o tratamento com esquema para Helicobacter pylori houver retorno dos sintomas em até 12 meses, a endoscopia digestiva alta deve ser realizada para excluir possíveis causas estruturais.

Apesar dos mecanismos fisiopatológicos não estarem totalmente estabelecidos, parece haver algumas características de gênero na dispepsia funcional. Vários medicamentos, como supressores de ácido, drogas pró-cinéticas, erradicação de H. pylori e antidepressivos, têm sido usados, mas nenhum é completamente eficaz para o controle da dispepsia funcional.

Além disso, não há estudos epidemiológicos detalhados sobre a incidência, prevalência, formas de apresentação e sintomas causados pela dispepsia funcional associada a H. pylori, e a necessidade de estudos adicionais para determinar o impacto no tratamento e qualidade de vida dos pacientes é evidente.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Gastroenterologia Adulto:** versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 dez. 2016 [atual. 26 abr. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

- Moayyedi, P., & Ford, A. C. (2019). "Efficacy of treatment for dyspepsia: **A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials**." *Gastroenterology*.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
Hipertireoidismo			
Título: Protocolo Clínico Hipertireoidismo			
Responsável: Diretoria Técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 15/09/2024

1) INTRODUÇÃO

O hipertireoidismo é uma condição endócrina caracterizada pela produção excessiva de hormônios pela glândula tireoide, levando a um aumento no metabolismo do corpo. Essa disfunção pode resultar em uma ampla gama de sintomas, incluindo perda de peso, ansiedade, tremores, e aumento da frequência cardíaca. A prevalência de hipertireoidismo pode variar significativamente com base em fatores como idade, sexo e condições de saúde preexistentes.

No Brasil, estima-se que a prevalência desta condição seja de aproximadamente 1% da população geral, conforme indicado por diversos estudos e dados epidemiológicos. O distúrbio é mais comum em mulheres do que em homens, com uma relação de aproximadamente 5:1. Além disso, a condição é frequentemente diagnosticada em indivíduos acima dos 40 anos, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária.

Um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) aponta que a incidência de hipertireoidismo no Brasil pode estar subestimada devido à falta de diagnóstico em áreas menos acessíveis e à dificuldade de acesso a cuidados médicos especializados. Regiões com maior densidade populacional e melhor infraestrutura de saúde tendem a registrar taxas mais altas de diagnóstico, enquanto áreas rurais podem apresentar uma subnotificação significativa.

A alta prevalência entre as mulheres pode estar associada a fatores hormonais e genéticos específicos, enquanto a variação regional na prevalência pode refletir diferenças nos hábitos alimentares, exposição a substâncias tóxicas e fatores socioeconômicos. A compreensão dessas variáveis é crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle da doença.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento do hipertireoidismo na unidade de saúde.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

Inicialmente percebe-se que a grande maioria dos pacientes acompanhados na policlínica já são encaminhados com o diagnóstico de hipertireoidismo, contudo ainda assim vale ressaltar as indicações de rastreio das patologias da tireoide.

Indicações de rastreio:

- Pacientes sem fatores de risco com mais de 35 anos de idade, os exames laboratoriais devem ser repetidos a cada 5 anos

- Pacientes com fatores de risco, mulheres que planejam gestar ou pacientes com sintomatologia sugestiva a investigação deve iniciar anteriormente.

Fatores de risco:

- Tabagismo

- Histórico familiar de alterações da tireoide

- Histórico pessoal de doenças autoimunes

- Exposição a radiação

- Deficiencia de iodo

Os exames para diagnóstico que devem ser realizados são:

- TSH e T4 livre

- Após o diagnóstico inicial podem ser solicitados outros exames como o TRAb, Anti-TPO e Anti-TG para auxiliar na determinação da etiologia

Na unidade também têm-se disponível a realização do exame de ultrassonografia de tireoide o qual ressalta-se que não deve ser solicitado de rotina caso não exista alguma indicação.

Indicações de realização de ultrassonografia de tireoide:

- Avaliação e seguimento de nódulos tireoidianos

- Avaliação de bócio

- Em casos de suspeita de doenças como a Doença de Graves ou tireoidites, a ultrassonografia pode ajudar a identificar padrões de inflamação ou alterações estruturais na glândula.

Ademais a seguir serão delimitados conceitos, definições e as opções de tratamento a respeito do hipertireoidismo para fins de conhecimento e aprofundamento.

Etiologia Mais Comum do hipertireoidismo

- Doença de Graves.

Outras Etiologias

- Bócio multinodular tóxico
- Adenoma tóxico da tireoide (bócio uninodular tóxico ou Doença de Plummer)
- Hipertireoidismo iodo-induzido (fenômeno de Jod-Basedow)
- Tumores trofoblásticos produtores de gonadotrofina coriônica humana (HCG) – mola hidatiforme, coriocarcinoma
- Adenoma hipofisário secretor de TSH (hipertireoidismo secundário)
- Hipertireoidismo familiar não imune
- Hipertireoidismo neonatal transitório

Causas Sem Hipertireoidismo

- Tireotoxicose factícia
- Tireoidites com tireotoxicose transitória (subaguda, indolor, pós-parto, hashitoxicose)
- Tecido tireoidiano ectópico (struma ovarii, metástase funcionante de carcinoma da tireoide)

Doença de Graves (ou de Basedow ou de Basedow-Graves)

–

–

- TRAb se liga ao receptor de TSH, mantendo-o em funcionamento e aumentando os níveis de T3 e T4.
- Forte predisposição familiar.
- Predomina em mulheres jovens.
- Aproximadamente 30% dos casos podem ter remissão espontânea.
- Tireotoxicose com sinais como Lid Lag (retração palpebral).

Bócio Multinodular Tóxico

- Mais comum em áreas com deficiência de iodo (predispõe ao Bócio Multinodular Tóxico).
- Predomina em mulheres com mais de 50 anos.
- Tabagismo é um fator de risco.
- Ocorre mutação do gene receptor de TSH (TSH-R), mais comum em idosos.

Doença de Plummer (ou Adenoma Tóxico)

- Mutações ativadoras do receptor de TSH.
- Predomina em jovens de 30 a 40 anos.
- Produção autonômica do TSH.
- Menos comum.
- Pode ocorrer tireotoxicose, especialmente em nódulos maiores que 3 cm.

Tireotoxicose Factícia

- Ingestão acidental ou intencional de T3, T4 ou derivados (fórmulas, pré-treino).
- Suspeitar em mulheres com transtorno psiquiátrico e ausência de bócio.
- Sinais exclusivos de Doença de Graves pela ação do TRAb incluem Oftalmopatia de Graves e Mixedema Pré-tibial.

Alterações Clínicas Precoces Durante a Tireotoxicose

- Intolerância ao exercício
- Alterações cardiovasculares
- Perda de tecido musculoesquelético
- Aumento da necessidade tecidual de oxigênio

Sinais e Sintomas de Tireotoxicose

- **Idosos**: Apatia.
- **Infância**: Agitação, dificuldade de concentração, queda do rendimento escolar.
- Pele úmida, quente e macia.
- Sudorese profusa.
- Cabelo fino e esparso (com atenção para vitiligo e alopecia areata).
- Unhas quebradiças – Onicólise (descolamento distal do leito ungueal).
- Mixedema Pré-tibial – depósito de glicosaminoglicanos, associado com oftalmopatia de Graves.

Complicações clínicas cardiorrespiratórias:

- Aumento da sensibilidade adrenérgica.
- Aumento da PAS por aumento da força de contração.
- Insuficiência cardíaca congestiva de alto débito.
- Taquicardia, aumento da volemia e pré-carga, diminuição do tempo de diástole.
- Redução da PAD por redução da resistência vascular periférica induzida pelo T3.
- Fibrilação atrial em idosos (alteração mais comum é a taquicardia sinusal).
- Hipoxemia, hipercapnia, e hiperventilação.

Complicações clínicas neuropsiquiátricas:

- Ansiedade, hiperreflexia, insônia.

Complicações clínicas osteomusculares:

- Aumento da reabsorção óssea (osteoporose).
- Maior risco de fraturas.
- Hipercalciúria.

Complicações clínicas gastrintestinais:

- Aumento do trânsito intestinal.
- Hiperdefecação, diarreia.
- Hepatomegalia e disfunção hepática.

Complicações clínicas genitourinárias:

- Poliúria, noctúria, polidipsia.
- Distúrbios menstruais – hipermenorragia ou irregularidade menstrual.
- Aumento de SHBG pelo fígado, levando a ginecomastia e redução da fração livre de testosterona.
- Aumento da testosterona total, menor testosterona livre disponível.

Tratamento

Medicação (Tionamidas):

- Imunomodulação reduzindo a expressão dos antígenos e a produção de T3 e T4.

- Inibição da organificação do iodo, acoplamento de MIT e DIT.

- **Metimazol**: droga de 1ª escolha.

  - 10-30 mg VO 1 vez ao dia em casos leves a moderados.
  - 40-60 mg VO 1 vez ao dia em casos graves.
  - Crianças: 0,1 – 1 mg/kg por dia.
  - Após controle tireoidiano, realizar redução da dose gradualmente.

- **Propiltiuracil (PTU)**: 1ª escolha em gestantes no primeiro trimestre e em pacientes com tempestade tireoidiana.

  - Maior risco de hepatotoxicidade.
  - 100 – 300 mg/dia (2 a 3x ao dia).
  - Monitoramento da função tireoidiana a cada 4-6 semanas com T4l e T3T.
  - Suspensão do tratamento em caso de TGO/TGP maior que 3x ou na presença de agranulocitose.

- **Efeitos Adversos**:

  - PTU: lesão hepatocelular (TGO e TGP).
  - Metimazol: lesão canalicular (Gama-GT e FA).
  - Efeitos leves: prurido, rash, urticária, artralgias.
  - Reação cruzada do PTU e MMZ.
  - Efeitos graves: hepatotoxicidade, poliartrite, síndrome lupus-like, agranulocitose, anemia aplástica, trombocitopenia, teratogenicidade (aplasia cutis, atresia de coanas e esôfago),

hipoglicemia (MMZ).

- Sucesso no Tratamento (Remissão):

- Eutireoidismo após 12 meses da suspensão da tionamida.
- Pacientes com maior chance de remissão:
  - Bócio pequeno.
  - Idade > 40 anos.
  - Níveis de T3 pouco elevados <500.
  - TRAb de baixos títulos (<30U/l).
  - Uso de tionamidas por 12-18 meses.
  - Supressão normal da tireoide.
  - Não ser tabagista, não ter oftalmopatia.
  - TRAb negativou durante o tratamento.

Radioiodoterapia:

- Tratamento definitivo e muito eficaz.

- Destruição actínica do tecido tireoidiano.

- Suspender a tionamida 7 a 14 dias antes para deixar a tireoide mais ávida por iodo.

- Reavaliar o paciente em 4-8 semanas após RIT pela dosagem de T4l e T3T.

- **Indicações**:

- Adenoma tóxico.
- Bócio multinodular tóxico.
- Recidiva após tionamidas.
- Contraindicação ao tratamento medicamentoso ou cirúrgico.
- Controle rápido do hipertireoidismo.
- Pretensão de gestação (<12 meses para mulheres ou <6 meses para homens).

- Efeitos Adversos:

- Indução do hipotireoidismo.
- Piora transitória da tireotoxicose.
- Dor cervical.
- Piora da oftalmopatia de Graves.
- Contraindicada na gestação e lactação (colher Beta-HCG de todas as mulheres em idade fértil).
- Hipogonadismo hipergonadotrófico.

- Oftalmopatia de Graves:

- Se em atividade, não deve ser feita a radioiodoterapia.
- Se leve ou moderada, pode ser utilizada com profilaxia com prednisona (0,5 mg/kg/dia) por pelo menos 30 dias após a dose.

- Risco de Falência (Falha no Resultado):

- Homens.
- Tabagismo.
- Bócio grande (>50g).

- T3 >500.
- TRAb elevado.

Cirurgia:

- Indicações:

- Pacientes sem controle medicamentoso.
- Recusa ou contraindicação de radioiodoterapia.
- Neoplasia tireoidiana associada.
- Gestação planejada em 6 meses.
- Hiperparatireoidismo associado.
- Crianças e adolescentes.
- Bócio volumoso > 80g com sintomas compressivos.

- Preparo Pré-operatório:

- Tionamida pré-operatória para atingir o eutireoidismo.
- Iodeto de potássio ou Lugol para diminuição do fluxo sanguíneo.

- Complicações:

- Hipocalcemia.
- Lesão do nervo laríngeo recorrente ou superior.

- Tratamento Sintomático:

- Betabloqueadores (BB) para redução de T3 sérico e bloqueio da conversão de T4 em T3.
- Propanolol: 20-80 mg 2-4x ao dia.
- Atenolol: 25-100 mg 1x ao dia.
- Caso contraindicado, pode ser utilizado Diltiazem ou Verapamil.

Hipertireoidismo Subclínico

- Geralmente, repetir o TSH em 3 meses.
- TSH baixo e T3 e T4 livres normais.
- Avaliar diagnósticos diferenciais:
  - Hipotireoidismo central.
  - Uso de corticoides.
  - Síndrome do eutireoidiano doente.
  - Tireoidite.

- Tratamento do hipertireoidismo subclínico

- TSH 0,1-0,44 (se >65 anos): considerar tratamento.
- TSH < 0,1 (se >65 anos): tratar.
- Idosos jovens (<65 anos):
  - Com TSH 0,1-0,44: avaliar comorbidades para decidir tratamento.
  - Se TSH < 0,1: tratar, porém, se sem comorbidades, pode considerar não tratar ainda.

4) INDICADORES

–

–

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

TRAb - anti-receptor de TSH para diagnóstico da doença de graves

USG - Ultrassonografia

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças da Tireoide***. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-da-familia/manual-de-doencas-da-tireoide. Acesso em: 16 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diretrizes para o diagnóstico e tratamento das doenças da tireoide**. São Paulo: SBEM, 2020. Disponível em: https://www.endocrino.org.br. Acesso em: 16 set. 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
DISPEPSIA			
Título: Protocolo Clínico Dispepsia			
Responsável: Diretoria Técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 17/09/2024

1) INTRODUÇÃO

A dispepsia é um sintoma comum que afeta uma parte significativa da população mundial e pode impactar negativamente a qualidade de vida dos pacientes. A dispepsia pode ser causada por uma ampla gama de condições subjacentes, desde desordens funcionais benignas até doenças graves como úlceras pépticas e câncer gástrico.

A prevalência de dispepsia varia amplamente entre diferentes regiões e populações, mas estudos mostram que pode afetar entre 20% e 40% da população geral em países ocidentais. Dados epidemiológicos indicam que a dispepsia é uma das queixas mais frequentes em consultas gastroenterológicas. No Brasil, estima-se que cerca de 30% da população adulta sofra de dispepsia em algum momento da vida, com uma prevalência anual de aproximadamente 15% a 20%.

Desconfortos digestivos são descritos como um transtorno na digestão, caracterizado por um conjunto de sintomas associados ao sistema gastrointestinal superior, como dor, sensação de queimação ou desconforto na parte superior do abdômen. Esses sintomas podem incluir saciedade precoce, sensação de empachamento após refeições, náuseas, vômitos, distensão abdominal e sensação de plenitude, com agravamento que pode estar ou não vinculado à alimentação ou ao estresse.

O surgimento de desconfortos digestivos pode estar relacionado a diversos transtornos do sistema gastrointestinal superior, como úlceras pépticas, refluxo gastroesofágico, gastrites, tumores do sistema gastrointestinal superior, doenças do trato biliar e desconfortos digestivos funcionais.

Estes desconfortos também são conhecidos como dispepsia não-ulcerosa ou síndrome dispéptica, são uma condição heterogênea caracterizada por períodos de alívio e intensificação dos sintomas. O diagnóstico geralmente é feito quando, após uma avaliação completa, não se consegue identificar uma causa específica para os sintomas. O mecanismo fisiopatológico é ainda desconhecido e o tratamento não está completamente definido.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento da Dispepsia na unidade de saúde.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

A unidade tem como exame disponível:

- Endoscopia digestiva alta com possibilidade de realização de biópsia

Para isso tem-se a presença do médico anestesiologista e o médico endoscopista para a realização.

Tem-se também como indicação a realização do risco cirúrgico cardiológico para alguns pacientes que realizarão o procedimento apesar de ser um procedimento de baixo risco. Nesse sentido está indicada a solicitação do risco cirúrgico nos seguintes casos:

- Pacientes com cardiopatias ou arritmias cardíacas

- Pacientes com idade > 70 anos

- Pacientes com história recente de dor no peito ou angina

- Pacientes com história de infarto agudo do miocárdio

Nestes casos o paciente deve ser encaminhado ao cardiologista anteriormente a realização do exame de endoscopia digestiva alta.

A abordagem recomendada para pacientes com sintomas dispéticos é a seguinte:

• Encaminhar para endoscopia digestiva alta na presença de sinais críticos (sangramento gastrointestinal, perda de peso involuntária, dificuldade para engolir, vômitos persistentes, anemia ferropriva, massa epigástrica, úlcera péptica prévia, histórico familiar de câncer gástrico ou idade acima de 50 anos);

• Orientar para uma dieta saudável, perda de peso e cessação do tabagismo;

• Identificar e suspender medicamentos que possam causar sintomas (anti-inflamatórios, antagonistas do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos, corticoides);

• Tratar por 4-6 semanas com inibidores da bomba de prótons inicialmente se paciente sem sinais de alarme;

• Tratar empiricamente a infecção por Helicobacter pylori se não houver melhora após 4-6 semanas de inibidores da bomba de prótons ou se houver recorrência dos sintomas em 12 meses;

• Encaminhar para endoscopia digestiva alta se não houver melhora ou houver recorrência dos sintomas após tratamento para infecção por Helicobacter pylori.

Nestes casos o paciente deve ser encaminhado ao cardiologista anteriormente a realização do exame de endoscopia digestiva alta.

Diagnóstico e Tratamento

A visualização via endoscopia digestiva alta é a escolha primordial para o diagnóstico preciso de lesões orgânicas e é recomendada na abordagem inicial de pacientes com desconfortos digestivos quando um ou mais sintomas críticos estão presentes. Entre esses sinais estão a disfagia e a perda significativa de peso os quais são os mais relevantes para a suspeita de câncer gástrico, necessitando a realização do exame de imediato.

No entanto, apenas 10% dos pacientes com desconfortos digestivos apresentam um ou mais desses sinais críticos. A inspeção endoscópica também é indicada para pacientes com sintomas novos e com idade igual ou superior a 50 anos devido ao risco aumentado de câncer gástrico.

Para pacientes acima de 50 anos, o tratamento inicial dos desconfortos digestivos continua sendo debatido entre três principais estratégias: redução da acidez com inibidores da bomba de prótons, teste respiratório para detectar infecção por Helicobacter pylori (não disponível na unidade) e tratamento dos casos positivos (teste-e-trate) ou inspeção endoscópica seguida pelo tratamento das condições identificadas.

É essencial orientar o paciente e identificar e suspender, se possível, medicamentos que possam causar sintomas digestivos principalmente anti-inflamatórios, antagonistas do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos e corticoides. Recomenda-se uma dieta saudável, perda de peso e cessação do tabagismo para todos os pacientes. Também é útil informar o paciente sobre evitar hábitos que ele considera agravantes dos sintomas (uso de álcool, café, chocolate, etc.), o que pode trazer resultados positivos.

Além disso, é importante esclarecer ao paciente que a probabilidade de os sintomas serem benignos é alta na ausência de sinais críticos e/ou se o paciente tiver menos de 50 anos.

De acordo com uma revisão sistemática robusta, comparando as abordagens principais, a redução da acidez, a endoscopia ou o "teste-e-trate", a endoscopia no manejo inicial dos desconfortos não investigados não se mostra mais eficaz do que a redução da acidez, mas ligeiramente mais eficaz que o "teste-e-trate" para Helicobacter pylori. A diretriz que sustenta essa recomendação afirma que os sintomas dispépticos têm baixo poder preditivo para triagem de pacientes que se beneficiariam da endoscopia para detectar úlceras pépticas. Portanto, a endoscopia é menos custo-efetiva em comparação com a redução da acidez, uma estratégia que reduz a necessidade de endoscopia.

Além disso, os testes para detectar a infecção por Helicobacter pylori (teste respiratório com ureia marcada) são pouco disponíveis em nossa região. Atualmente, a abordagem inicial mais eficaz para pacientes com desconfortos digestivos é a redução da acidez com inibidores da bomba de prótons (1ª opção) ou antagonistas H2. Ainda há falta de estudos consistentes sobre os benefícios das drogas pró-cinéticas para pacientes com desconfortos não investigados.

Se após 4-6 semanas de tratamento com inibidores da bomba de prótons não houver melhora, a abordagem "teste-e-trate" para Helicobacter pylori é recomendada. Esta decisão é apoiada por estudos que mostram maior eficácia do "teste-e-trate" em comparação com a endoscopia.

Portanto, devido à evidência de superioridade do "teste-e-trate" sobre a endoscopia, essa deveria ser a estratégia preferida. No entanto, as melhores formas de detectar Helicobacter pylori estão pouco disponíveis (teste respiratório com ureia marcada e sorologia). Como alternativa, tratar a infecção no manejo de pacientes com desconfortos não investigados pode ser necessário, mesmo sem os testes, embora um em cada cinco pacientes possa receber antibióticos desnecessários.

Se após o tratamento com esquema para Helicobacter pylori houver retorno dos sintomas em até 12 meses, a endoscopia digestiva alta deve ser realizada para excluir possíveis causas estruturais.

Apesar dos mecanismos fisiopatológicos não estarem totalmente estabelecidos, parece haver algumas características de gênero na dispepsia funcional. Vários medicamentos, como supressores de ácido, drogas pró-cinéticas, erradicação de H. pylori e antidepressivos, têm sido usados, mas nenhum é completamente eficaz para o controle da dispepsia funcional.

Além disso, não há estudos epidemiológicos detalhados sobre a incidência, prevalência, formas de apresentação e sintomas causados pela dispepsia funcional associada a H. pylori, e a necessidade de estudos adicionais para determinar o impacto no tratamento e qualidade de vida dos pacientes é evidente.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Gastroenterologia Adulto:** versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 dez. 2016 [atual. 26 abr. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

- Moayyedi, P., & Ford, A. C. (2019). "Efficacy of treatment for dyspepsia: **A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials**." *Gastroenterology*.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
Nódulos mamários			
Título: Protocolo nódulos mamários			
Responsável: Diretoria técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 11/09/2024

1) INTRODUÇÃO

Os nódulos de mama são alterações frequentes na glândula mamária, sendo uma das principais razões para consultas médicas em mulheres. Esses nódulos podem variar amplamente em natureza, desde benignos, como fibroadenomas e cistos, até malignos, como o câncer de mama. A detecção precoce e a avaliação correta desses nódulos são cruciais para um diagnóstico adequado e tratamento eficaz, especialmente considerando o câncer de mama, que representa uma preocupação significativa para a saúde global.

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre mulheres em todo o mundo, com uma incidência alarmante e crescente. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que em 2020 houve cerca de 2,3 milhões de novos casos de câncer de mama, representando aproximadamente 11,7% de todos os casos de câncer diagnosticados globalmente. Essa condição também é a principal causa de morte por câncer entre mulheres, com aproximadamente 685.000 mortes atribuídas em 2020.

No Brasil, a situação é igualmente preocupante. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que em 2023, seriam diagnosticados cerca de 73.000 novos casos de câncer de mama, consolidando-o como o câncer mais frequente no país, excluindo os tipos de pele não melanoma. O risco de uma mulher desenvolver câncer de mama ao longo da vida é de aproximadamente 1 em 9, refletindo a alta prevalência desta doença. Além disso, a taxa de mortalidade também é significativa, embora tenha mostrado uma tendência de diminuição nos últimos anos, devido ao avanço nos métodos de diagnóstico e tratamentos mais eficazes.

O diagnóstico precoce do câncer de mama é vital para aumentar as chances de um tratamento bem-sucedido e melhorar o prognóstico das pacientes. A detecção de nódulos de mama, através de exames clínicos e de imagem como mamografias e ultrassonografias, desempenha um papel essencial no rastreamento e na identificação de alterações suspeitas que podem indicar malignidade. A realização de biópsias, quando indicado, é fundamental para confirmar a natureza do nódulo e determinar o plano de tratamento adequado.

Portanto, a compreensão e a avaliação cuidadosa dos nódulos de mama são de extrema importância para o manejo eficaz do câncer de mama, considerando seu impacto significativo na saúde pública e a necessidade de estratégias contínuas para a detecção precoce e a prevenção.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento ambulatorial dos nódulos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

Na unidade tem-se como instrumentos disponíveis para diagnóstico e acompanhamento os seguintes exames:

- Mamografia

- Ultrassonografia de mamas

Ademais na unidade também são realizadas biópsias com agulha grossa (*core biopsy*) por mastologista nos casos em que existem indicação por suspeita maior de câncer de mama.

Salienta-se também que respeito do autoexame das mamas este não está mais recomendado, porém as mamas devem ser avaliadas nas consultas de rotina por qualquer médico capacitado para avaliação de possíveis alterações ou nodulações.

Indicações de realização dos exames de rotina:

- A realização da mamografia está indicada para ser realizada de rotina a partir dos 40 anos de idade devendo ser repetida anualmente nos pacientes com exame dentro dos padrões de normalidade com indicação de realização do exame pelo menos até os 74 anos de vida ou a depender da expectativa de vida da paciente.

Ultrassonografia das mamas

- A ultrassonografia das mamas pode ser também o exame de escolha em alguns casos como: complementação da mamografia no caso de achados indeterminados; mulheres jovens e gestantes devido a ausência de radiação; pacientes com mamas densas e implantes mamários que prejudicam a visualização pela mamografia. No caso das pacientes de alto risco que deveria ser realizada a ressonância caso essa não esteja disponível ou a paciente tenha alguma contraindicação ao contrastre a ultrassonografia pode ser realizada como uma alternativa.

Indicações de realização dos exames em pacientes com maior risco:

Mamografia

- Mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de primeiro grau com mutação comprovada, devem realizar o rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade.

- Mulheres com risco ≥ 20% ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos (Gail, Tyrer-Cuzick) baseados na história familiar, iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos)

- Mulheres com história de terem sido submetidas a irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade devem realizar rastreamento anual com mamografia a partir do 8° ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 30 anos)

- Mulheres com diagnóstico de síndromes genéticas que aumentam o risco de câncer de mama

(como Li-Frau meni, Cowden e outras) ou parentes de 1° grau acometi dos devem realizar rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico (não antes dos 30 anos)

Ressonância Magnética

- Mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de 1° grau com mutação provada, devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética com contraste a partir dos 25 anos de idade.

- Mulheres com risco ≥ 20% ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, devem realizar rastreamento anual com resso nância magnética iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 25 anos).

- Mulheres com história de irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética a partir do 8° ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 25 anos)

- Mulheres com diagnóstico de síndromes gené ticas que aumentam o risco de câncer de mama (como Li-Fraumeni, Cowden e outras) ou parentes de 1° grau acometidos devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética a partir do diagnóstico (não antes dos 25 anos)

Avaliação dos resultados dos exames de imagem

Classificação de BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*)

- BI-RADS 0

- Mama muito densa, comum em mulheres jovens.
- Deve ser complementada com ultrassonografia.

- BI-RADS 1

- Mamografia normal.

- BI-RADS 2

- Alterações benignas.

- BI-RADS 3

- Alterações provavelmente benignas.
- Chance de ser um achado maligno é < 2%.
- Conduta: repetir o exame em 6 meses.
- Recomendação: repetir o exame a cada 6 meses por pelo menos 2 a 3 anos.

- BI-RADS 4

- Alterações suspeitas.
- Chance de ser maligno de 2% a 95% (leque muito grande, por isso é subdividido em ABC):
  - **4A** – Baixa suspeita (2 a 10%).
  - **4B** – Moderada suspeita (10 a 50%).
  - **4C** – Alta suspeita (50 a 95%).

- Deve-se realizar amostra histológica.

- BI-RADS 5

- Alterações altamente suspeitas.
- Nódulos espiculados.
- Chance de ser câncer de mama acima de 95%.

- BI-RADS 6

- Lesão com diagnóstico histológico de carcinoma.
- A mamografia pode ser realizada para avaliar o resultado da quimioterapia adjuvante (já recebe BI-RADS 6 devido ao diagnóstico histológico).

Conduta no BI-RADS 4 e 5:

- Realizar biópsia.
- Normalmente, biópsia com agulha grossa (core biopsy) é utilizada, pois a agulha grossa retira tecido e permite análise histológica.

Realizar ultrassonografia das mamas no BI-RADS 0

- Útil para diferenciar nódulos sólidos de nódulos císticos.
- Também pode ser solicitado em pacientes jovens para suspeita de fibroadenoma.

Obs: A solicitação da Ressonância magnética além dos casos de pacientes de alto risco para câncer de mama ela também útil para:

- Avaliar ruptura de prótese (sinal de linguini indica retração da prótese).
- Suspeita de câncer oculto (exame físico muito suspeito, mas mamografia normal).
- Multicentricidade de nódulos.

Imunohistoquímica

A imunohistoquímica é um método para avaliar biópsias de tecido com base em vários marcadores, incluindo receptores hormonais e o índice de mitose do tumor, denominado Ki-67. A análise desses marcadores ajuda a determinar o prognóstico e o tratamento mais adequado para o câncer de mama.

- Ki-67: Índice de proliferação celular.

- Maior Ki-67 indica pior prognóstico, pois reflete uma taxa mais alta de mitose.
- **Ki-67 > 14%**: Associado a pior prognóstico (tumor com maior atividade mitótica).

- Her-2 (c-erb-B2): Proteína de membrana celular que indica uma maior atividade de mitose.

- Presença elevada de Her-2 está associada a um pior prognóstico devido ao aumento da proliferação celular.

Subtipos Moleculares:

- Luminal A

- **Receptores Hormonais**: RE+ (receptor de estrogênio positivo), RP+ (receptor de progesterona positivo)
- **Her-2**: Negativo

- **Ki-67**: < 14%
- **Prognóstico**: Melhor.

- Luminal B

- **Receptores Hormonais**: RE+ (receptor de estrogênio positivo), RP+ (receptor de progesterona positivo)
- **Her-2**: Negativo
- **Ki-67**: > 14%
- **Prognóstico**: Moderado a bom.

- Tipo Her-2

- **Receptores Hormonais**: RE+ ou RE-
- **Progesterona**: RP+ ou RP-
- **Her-2**: Positivo
- **Ki-67**: Qualquer
- **Prognóstico**: Dependente da expressão de Her-2. A presença de Her-2 positivo é o principal fator para definir o tratamento.

- Triplo Negativo ou Basal

- **Receptores Hormonais**: RE-
- **Progesterona**: RP-
- **Her-2**: Negativo
- **Prognóstico**: Pior. Geralmente associado a mutação BRCA1.
- **Características**: Progressão mais rápida e maior risco de metástases.
- **Tratamento**: Menos opções terapêuticas alvo disponíveis, já que terapias alvo são específicas para Her-2 positivo.

Tratamento do Câncer de mama

Após o diagnóstico do câncer de mama propriamente dito a paciente é encaminhada via sistema de regulação para alguma das unidades do estado de Goiás a qual tenha o serviço de quimioterapia, radioterapia e também cirúrgico para o manejo. Nesse sentido a policlínica cumpre o seu papel realizando o diagnóstico adequado e o encaminhamento no momento oportuno tendo em vista que a unidade ainda não dispõe desse serviço de tratamento. Por fim serão citadas as opções de tratamento abaixo e de acompanhamento para fins de conhecimento.

Tratamento Cirúrgico

- **Mastectomia**
  Era a única cirurgia disponível por muitos anos. Indicado para:
  - Tumores maiores que 1/5 da mama ou tumores multicêntricos (depende do tamanho da mama e da relação tumor/mama).
  - Em gestantes, é preferível, pois não pode ser realizada radioterapia durante a gravidez. Se no 3º trimestre, pode-se realizar setorectomia e, após o parto, realizar a radioterapia. Não se interrompe a gestação para tratar câncer de mama.

- **Quadrantectomia/Setorectomia (cirurgia conservadora da mama)**
  Segundo Dr. Humberto Veronezzi (Itália), estudos mostram que a remoção da parte do tumor em pacientes com tumores pequenos, seguida de radioterapia, apresenta as mesmas taxas de recidiva que a mastectomia.
  - Indicado para tumores menores que 1/5 da mama.

- Em caso de tumor multicêntrico, a mastectomia é indicada devido à dificuldade de remover múltiplos focos de tumor.
- Se a paciente já fez radioterapia na região, a recidiva do tumor na mesma mama indica a realização de mastectomia, pois não é possível realizar nova radioterapia.
-

- **Pesquisa de Linfonodo sentinela**

  - **Mastectomia e Quadrantectomia**: Deve-se realizar a pesquisa do linfonodo sentinela, que é o primeiro linfonodo a receber a drenagem da mama.

  - Utiliza-se azul patente ou radiofármaco (tecnécio) para identificar o linfonodo durante a cirurgia, que é então enviado para exame histopatológico.

  - Se o linfonodo sentinela é positivo, não é necessário realizar linfadenectomia axilar (esvaziamento axilar) em todos os casos, pois isso pode levar a complicações como linfedema, parestesia no braço e lesão do nervo. Estudos mostram que, após 6 anos, a sobrevida global e a sobrevida livre de doença não diferem entre pacientes que fizeram e não fizeram linfadenectomia axilar, desde que tenham realizado setorectomia e radioterapia.

  - **Critérios para Esvaziamento Axilar**:

    - **Mastectomia**: Realizar esvaziamento axilar se o linfonodo sentinela for positivo.
    - **Setorectomia**: Não é necessário esvaziamento axilar se tumores forem até 5 cm e se for a primeira intervenção. Se houver mais de 2 linfonodos positivos, deve-se realizar esvaziamento.

Tratamento Adjuvante

- **Radioterapia**

  - Sempre indicada após cirurgia conservadora (quadrantectomia).
  - Pode ser indicada após mastectomia em casos com limites comprometidos, tumor comprometendo a pele e parede torácica, ou mais de 4 linfonodos positivos.

- **Quimioterapia**

  - Indicada em casos com linfonodo axilar positivo, pacientes jovens, ou imuno-histoquímica desfavorável.
  - **Neoadjuvante**: Administrada antes da cirurgia para reduzir o tamanho do tumor e facilitar a operação. É especialmente útil para tumores triplo-negativos e para testar a sensibilidade in vivo ao quimioterápico.
  -

- **Hormonioterapia**

  - **Tamoxifeno**: Bloqueia o receptor de estrogênio na mama.
  - **Inibidores da Aromatase (anastrozol, letrozol)**: Bloqueiam a conversão de androgênios em estrogênio e são usados em pacientes pós-menopausa, com resultados melhores que o tamoxifeno.

- **Terapia Alvo**

  - **Trastuzumabe**: Indicado para pacientes com HER-2 positivo, bloqueando a proteína HER-2 e realizado por 1 ano. Se o tumor é HER-2 positivo e receptor hormonal positivo, realiza-se tanto a terapia hormonal quanto o trastuzumabe.

Carcinoma in Situ

–

–

- As células ainda não passaram a membrana basal.
- Realiza-se setorectomia e radioterapia, sem necessidade de linfonodo sentinela.

Fatores Prognósticos

- Estado das margens
- Grau nuclear
- Tamanho do tumor
- Tipo histológico

Recidiva Sistêmica

- Status axilar: Linfonodo sentinela positivo pode piorar o prognóstico.

 # Outros nódulos e alterações mamárias

Mastite

A mastite é uma infecção da mama que pode ocorrer devido a lesões ou fissuras mamilares, frequentemente causadas por uma pega incorreta durante a amamentação, permitindo a entrada de *Staphylococcus aureus* da pele da paciente. A mastite também pode ocorrer fora do período de amamentação.

- **Tratamento:**
  - **Antibiótico de escolha:** Cefalexina por 7 dias.

Abcesso Subareolar Crônico Recidivante (Doença de Zuska)

Esse tipo de abcesso é caracterizado por eritema, calor, rubor e flutuação. Está associado ao tabagismo, que causa a transformação do epitélio simples em epitélio estratificado, obstruindo os ductos mamários e levando ao acúmulo de células mortas e infecção.

- **Tratamento:**
  - **Cessação do tabagismo:** Medida definitiva para tratamento.
  - **Antibiótico:** Cefalexina.
  - **Drenagem:** Se o abcesso não drenar espontaneamente.
  - **Excisão dos ductos principais:** Considerar se a paciente não parar de fumar.

Nódulos Benignos

Cistos

Os cistos são áreas líquidas encapsuladas na mama, formadas pela involução lobular da glândula mamária em gordura, ocorrendo principalmente no período pré-menopausa.

- **Características:**
  - **Nódulo doloroso e crescimento rápido:** Consistência firme.
- **Conduta:**
  - **Microcisto (< 1 cm):** Conduta conservadora.
  - **Macrocisto (> 1 cm):**
    - **Paciente assintomática:** Conduta conservadora.
    - **Paciente sintomática:** Realizar PAAF (punção aspirativa por agulha fina) para esvaziar o cisto

e aliviar os sintomas, sem necessidade de análise do material.

Fibroadenoma

Tumor benigno formado por estímulo estrogênico, frequentemente encontrado em mulheres de 15 a 35 anos.

- **Características:**
  - **Nódulo não doloroso:** Limites precisos, consistência fibroelástica, móvel à palpação.
  - **Tamanho:** Geralmente até 3 cm.
- **Conduta:**
  - **Exame de Imagem:** Ultrassonografia é o melhor exame para avaliação. Na USG, o nódulo aparece isoecogênico com margens regulares.
  - **Opções de Tratamento:**
    - **Biópsia Excisional:** Se a paciente desejar, principalmente se o nódulo for grande ou causar desconforto.
    - **Acompanhamento:** Alternativa se o nódulo não causar sintomas significativos.

Tumor Phyllodes

Tumor raro que pode ser benigno ou maligno, encontrado com maior frequência em mulheres de 35 a 45 anos.

- **Características:**
  - **Nódulo indolor, fibroelástico:** Com grandes dimensões e crescimento rápido.
  - **Bilateralidade:** Presente em 30% dos casos.
- **Conduta:**
  - **Ressecção com margens:** Essencial para evitar deformação da mama.
  - **Mastectomia:** Pode ser necessária em alguns casos.

Derrames Papilares

Espontâneo ou Provocado:

- **Derrame Fisiológico:** Pode ocorrer quando se aperta a mama, devido ao acúmulo de células mortas. Não tem valor clínico se for provocado.

Características do Derrame:

- **Sanguinolento:** Geralmente unilateral. Associado a papiloma intraductal, uma alteração benigna.
  - **Conduta:** Realizar exame de imagem e, se necessário, ressecção do ducto (ductectomia).
- **Esverdeado:** Quando bilateral, sugere ectasia ductal, que é uma dilatação dos ductos terminais, especialmente após os 40 anos.
  - **Conduta:** Realizar exame de imagem e, se necessário, ressecção dos ductos terminais.
- **Aquoso:** Caracterizado por "água de rocha". Menos comum, mas pode ser um sinal de câncer.
  - **Conduta:** Realizar exame de imagem e considerar a exérese dos ductos principais.

Eczema Areolar

- **Características:** Dermatite descamativa, prurido, bordos indefinidos, geralmente bilateral.
- **Tratamento:** Responde bem ao tratamento com corticosteroide.
- **Diagnóstico Diferencial:** Com carcinoma de Paget.

Doença de Paget

- **Características:** Não responde a corticosteroides tópicos, é unilateral e causa destruição do complexo mamilar com margens definidas.
- **Tratamento:** Realizar biópsia para diagnóstico.

Mastalgia

Mastalgia Cíclica:

- **Relação:** Com o ciclo menstrual.
- **Tratamento:** Evitar estimulantes e usar sutiã adequado.
- **Medicações:** Óleo de prímula, ácido gamalinoleico, extrato de borragem, vitamina E, tamoxifeno (doses baixas), análogo GnRH. Nota: estudos mostraram resultados variados para essas medicações.

Mastalgia Acíclica:

- **Causas Possíveis:** Esteatonecrose, ectasia ductal, macrocistos mamários.

 # Outras situações especiais

Carcinoma Inflamatório

O carcinoma inflamatório é um tipo de câncer de mama que se caracteriza pela embolização das células tumorais pelos vasos linfáticos da derme. Essa condição frequentemente se apresenta com características semelhantes a uma mastite, como hiperemia e edema, e pode causar alterações na pele, que assume uma aparência de "casca de laranja".

Características e Diagnóstico:

- **Pele:** Pode lembrar uma casca de laranja.
- **Diagnóstico Diferencial:** Se o tratamento com antibióticos não melhorar a condição, é necessário investigar mais a fundo, pois não se trata de mastite.
- **Exames Recomendados:**
    - **Mamografia:** Realizar mamografia para avaliar a presença de nódulos.
    - **Biópsia:**
        - **Se houver nódulo:** Realizar biópsia do nódulo.
        - **Se não houver nódulo:** Fazer biópsia de pele por punch.

Tratamento:

- **Quimioterapia Neoadjuvante:** Para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia.
- **Mastectomia:** Realizada após a quimioterapia.
- **Prognóstico:** Muito ruim, devido à natureza agressiva da doença.

Carcinoma de Paget (Doença de Paget)

–
–

A doença de Paget é um tipo raro de câncer de mama que afeta a pele da aréola e do mamilo. Pode ser confundida com eczema areolar, que é uma lesão descamativa que coça, mas não evolui para destruição do complexo areolar. Em caso de dúvida, pode-se realizar um teste terapêutico com corticoide tópico.

Características e Diagnóstico:

- **Sintomas:** Prurido (coceira), normalmente unilateral.
- **Diagnóstico:** Realizar biópsia por punch para confirmar a presença de carcinoma de Paget.

Tratamento:

- **Setorectomia Central:** Também conhecida como centralectomia, com retirada da aréola afetada.

Câncer de Mama em Homens

- **Tratamento:** Sempre mastectomia.
- **Considerações Adicionais:**
  - **Mutação BRCA2:** Avaliar a presença de mutação BRCA2, pois pode influenciar a escolha do tratamento, incluindo cirurgia radical.
  - **Mama Masculina:** A mama masculina é pequena, o que torna a mastectomia a opção padrão.

Câncer de Mama na Gestação

- **Desafios no Diagnóstico:** Mudanças nas mamas durante a gestação podem ocultar nódulos, levando a diagnósticos tardios.
- **Prognóstico:** O prognóstico é o mesmo, mas o diagnóstico pode ser mais tardio.
- **Tratamento:**
  - **Radioterapia:** Não é possível durante a gestação.
  - **1º e 2º Trimestres:** Mastectomia é indicada.
  - **3º Trimestre:** Dependendo do caso, pode-se optar por setorectomia, com radioterapia sendo realizada após o nascimento do bebê.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

BI-RADS - *Breast Imaging Reporting and Data System*

RM – Ressonância magnéticas

USG - Utrassonografia

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Mama. [S.l.], 2017. Disponível em: https://www.sbmastologia.com.br/uploads/arquivos/Diretrizes%20Brasileiras%20para%20o%20Rastreamento%20do%20C%C3%A2ncer%20de%20Mama%20-%202017.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

- **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).** Manual de Condutas e Diretrizes em Ginecologia e Obstetrícia. [S.l.], 2020. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Manual-de-Condu%CC%82tas-e-Diretrizes-em-Ginecologia-e-Obstetricia.pdf. Acesso

em: 16 set. 2024.

- **Instituto Nacional de Câncer (INCA).** Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. [S.l.], 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

- **Organização Mundial da Saúde (OMS).** Câncer de mama: Dados globais. [S.l.], 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer. Acesso em: 16 set. 2024.

- **Barros, R. E., et al.** Tratamento do câncer de mama: Uma revisão atualizada. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 18, n. 2, p. 115-128, 2022. Disponível em: https://www.rbojournal.org.br/artigos/tratamento-cancer-mama. Acesso em: 16 set. 2024.

- **Neto, J. A., et al.** Protocólos de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama. *Jornal Brasileiro de Mastologia*, v. 28, n. 4, p. 210-221, 2021. Disponível em: https://www.jbm.org.br/artigos/protocolos-rastreamento-cancer-mama. Acesso em: 16 set. 2024.

- **Moreira, D. M., et al.** A importância da ultrassonografia mamária na avaliação de nódulos de mama. *Radiologia Brasileira*, v. 56, n. 3, p. 203-210, 2023. Disponível em: https://www.radiologiabrasileira.org.br/artigos/ultrassonografia-mamaria-nodulos. Acesso em: 16 set. 2024.

- **Ribeiro, C. A., et al.** Diretrizes para o manejo de nódulos de mama: Foco no câncer. *Revista Brasileira de Cirurgia Oncológica*, v. 33, n. 1, p. 45-58, 2023. Disponível em: https://www.rbco.org.br/artigos/manejo-nodulos-mama. Acesso em: 16 set. 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PRÉ NATAL DE ALTO RISCO			
Título: Protocolo Pré-natal de alto risco			
Responsável: Diretoria técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 11/09/2024

1) INTRODUÇÃO

A realização do pré-natal de alto risco é fundamental na saúde materno-infantil visando a detecção precoce de possíveis complicações, redução da mortalidade materna e neonatal, a melhora dos desfechos neonatais sendo em resumo a principal forma de reduzir os riscos tanto para a gestante e para o feto.

Estudos indicam que entre 5% e 15% das grávidas apresentam fatores de risco que qualificam suas gestações como de alto risco. Esses fatores podem incluir condições médicas pré-existentes como diabetes e hipertensão, complicações desenvolvidas durante a gestação, como pré-eclâmpsia, e aspectos socioeconômicos que influenciam o acesso a cuidados apropriados.

A gravidez de alto risco pode resultar em uma maior frequência de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal, além de aumentar o risco de complicações para a mãe, como hemorragias e infecções. Informações do setor de saúde no Brasil sugerem que a mortalidade materna, fortemente impactada por condições de risco durante a gravidez, pode ser reduzida com um acompanhamento contínuo e adequado.

Nesse sentido mostram a aplicação de estratégias de monitoramento e intervenções específicas melhoram significativamente os resultados de saúde para essas gestantes. Uma abordagem multidisciplinar, que inclui obstetras, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais, é essencial para gerenciar as gestações de alto risco e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade associadas.

Portanto, a identificação precoce dos fatores de risco e o acompanhamento especializado são cruciais para otimizar a saúde das gestantes e dos recém-nascidos, enfatizando a importância dos cuidados pré-natais em situações de alto risco.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento ambulatorial do pré-natal de alto risco na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

A grande maioria dos pacientes da policlínica já são encaminhados a unidade em função de se encaixarem nos critérios de gestação de alto risco porém ainda existem casos de encaminhamentos realizados a unidade sem indicação sendo gestações que poderiam ser acompanhadas sem maiores problemas na Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido inicialmente serão descritos os critérios para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco realizado na unidade:

Estratificação do risco obstétrico no pré-natal

Essa identificação de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deverá ser dinâmica e contínua, sendo revista a cada consulta. As gestantes em situações de alto risco exigirão cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional. Ressalta-se também que não existe alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco mesmo que esteja realizando o acompanhamento no pré-natal de alto risco da unidade.

Condições clínicas que indicam um maior risco na gestação atual:

Características Individuais e Condições Socioeconômicas:

- Idade abaixo de 15 anos ou acima de 40 anos.
- Obesidade severa (IMC superior a 40).
- Baixo peso ao início da gravidez (IMC inferior a 18).
- Transtornos alimentares, como bulimia ou anorexia.
- Uso excessivo ou dependência de tabaco, álcool ou substâncias ilícitas.

Histórico Reprodutivo Anterior:

- Abortos espontâneos repetidos (três ou mais consecutivos).
- Partos prematuros em gestações anteriores (particularmente antes de 34 semanas).
- Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores.
- Morte fetal sem causa identificada.
- Histórico de insuficiência cervical.
- Imunização Rh.
- Acretismo placentário.
- Pré-eclâmpsia precoce (antes de 34 semanas), eclâmpsia ou síndrome HELLP.

Condições Clínicas Antes da Gravidez:

- Hipertensão arterial crônica.
- Diabetes mellitus antes da gravidez.
- Distúrbios da tireoide (hipertireoidismo ou hipotireoidismo).
- Cirurgia bariátrica.
- Transtornos mentais.
- Antecedentes de tromboembolismo.
- Doenças cardíacas.
- Doenças hematológicas (como anemia falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune e trombótica, talassemias, coagulopatias).
- Doenças renais, neurológicas e hepáticas.
- Doenças autoimunes.
- Malformações uterinas, como útero bicorno e grandes miomas.
- Câncer diagnosticado.
- Histórico de transplantes.
- Infecção pelo vírus HIV

Complicações Clínicas/Obstétricas na Gravidez Atual:

- Síndromes hipertensivas, como hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.
- Diabetes gestacional com necessidade de insulina.

–

–

- Infecções urinárias graves.
- Cálculos renais com obstrução.
- Restrição de crescimento fetal.
- Bebê acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia.
- Oligoâmnio ou polidrâmnio.
- Suspeita de insuficiência cervical.
- Suspeita de acretismo placentário.
- Placenta prévia.
- Doenças hepáticas, como colestase gestacional ou elevação das transaminases.
- Anemia severa ou resistente ao tratamento.
- Suspeita de malformações fetais ou arritmias.
- Imunização Rh.
- Doenças infecciosas durante a gravidez, como sífilis (terciária ou resistente ao tratamento com penicilina), toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, ou condilomas extensos.
- Suspeita ou diagnóstico de câncer.
- Transtornos mentais.

Situações em que o paciente deve ser encaminhado a Urgência e Emergência

- Anemia severa (hemoglobina ≤7 g/dL).
- Vômitos persistentes que não respondem aos tratamentos.
- Condições clínicas emergenciais, como dor de cabeça intensa e repentina, sinais neurológicos, crise aguda de asma ou edema pulmonar agudo.
- Crise hipertensiva (pressão arterial ≥160/110 mmHg).
- Sinais de alerta para eclâmpsia, como alterações visuais cintilantes, dor de cabeça intensa na região occipital, dor intensa no abdômen superior direito, com ou sem hipertensão arterial grave e/ou presença de proteína na urina.
- Eclâmpsia ou convulsões.
- Febre (temperatura axilar ≥37,8°C), sem sinais clínicos de infecção respiratória superior.
- Suspeita de trombose venosa profunda.
- Suspeita ou diagnóstico de abdômen agudo.
- Suspeita ou diagnóstico de pielonefrite, infecção das membranas amnióticas ou outras infecções que exigem internação hospitalar.
- Prurido gestacional ou icterícia.
- Hemorragias durante a gestação, incluindo descolamento prematuro da placenta ou placenta prévia.
- Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

Os pacientes de risco intermediário e alto risco deverão ser acompanhados em conjunto no serviço de referencia de alto risco e na unidade básica de saúde do território da paciente. Ademais é importante lembrar que em cada consulta desde a primeira consulta na Unidade Básica de Saúde e na admissão da paciente no ambulatorio de alto risco deve ser realizada a reavaliação quanto aos seus fatores de risco visando confirmar o que foi afirmado anteriormente e também determinar novas situações que também podem imprimir um maior risco a gestante e a ao feto.

Acompanhamento geral do pré-natal:

Inicialmente destaca-se que existem manejos específicos para cada uma das intercorrências e condições de pacientes de alto risco na gestação porém como o enfoque deste texto é delimitado a realização de critérios para encaminhamento a policlinica e determinação de um fluxograma os casos mais específicos não serão aqui delimitados visando uma maior concisão do protocolo clínico.

Consultas:
- Mensais até a 28ª semana.
- Quinzenais da 28ª à 36ª semana.
- Semanais da 36ª à 41ª semana.

Nota: Não há alta do pré-natal; a alta é concedida após o nascimento do bebê.

Sistematização da Consulta Pré-Natal:

1ª Consulta:
- Deve ser mais completa, especialmente para pacientes com menos de 15 anos ou mais de 35 anos, pois representam maior risco.
- Anamnese Completa:

DUM (Data da Última Menstruação) para calcular a DPP (Data Prevista do Parto) pela regra de Naegele:Janeiro/Febreiro/Março: +7 dias, +9 meses
Outros meses: +7 dias, -3 meses (mas no ano seguinte)

Cálculo da Idade Gestacional:
Pela DUM ou pela USG?
- Se a USG for realizada entre 7 e 9 semanas, o erro é de aproximadamente ±5 dias.
- Compare a IG pela DUM com a IG pela USG:

Se a diferença for maior que 5 dias, considere a IG pela USG.
Se a diferença for menor ou igual a 5 dias, considere a IG pela DUM.
Diferença por trimestre:
1º Trimestre: até 5 a 7 dias
2º Trimestre: até 7 a 10 dias
3º Trimestre: até 2 a 3 semanas

Sintomas Gravídicos do Primeiro Trimestre:
- Dor nas mamas
- Cefaleia
- Náuseas e vômitos (devido ao HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana)
- Pirose, sialorreia (ptialismo)
- Perda de peso devido a náuseas e perda de apetite
- Diminuição da libido
- Sangramento (até 50% dos casos não indicam aborto)

Exame Físico da Primeira Consulta:
–
–

- Medidas Básicas:
Estatura e peso
Pressão arterial, pulso e características da pele
- Exame Físico Detalhado:
Cabeça e pescoço (incluindo avaliação da tireoide e possíveis infecções dentárias)
Tórax (ausculta cardíaca e pulmonar)
Abdome (palpação dos órgãos; o útero pode não ser palpável no 1º trimestre)
Membros (avaliação de edema e varizes)
- Índice de Massa Corporal (IMC):
Baixo peso (IMC < 20): 12,5 a 18 kg
Adequado (IMC 20 a 25): 11,5 a 16 kg
Sobrepeso (IMC 25 a 30): 7 a 11,5 kg
Obesidade (IMC > 30): 5 a 9 kg
- Outras Avaliações:
Avaliação das mamas e mamilos
Altura uterina
Batimentos cardíacos fetais (sonar a partir de 10 a 12 semanas)
Exame especular e toque vaginal

Orientações Gerais:
- Ácido Fólico:
Iniciar 3 meses antes da concepção
0,4 a 0,8 mg/dia
Se fatores de risco, dose maior (4-5 mg/dia)

- Sulfato Ferroso:
No 2º trimestre (evitar no primeiro trimestre devido às náuseas)
40 a 60 mg de ferro/dia como dose profilática
200 a 300 mg de sulfato ferroso, 3 a 5 vezes a dose terapêutica

- Vitamina D:
Uso controverso; alguns estudos mostram redução do risco de pré-eclâmpsia, DMG e prematuridade

Risco de Pré-eclâmpsia:
- Cálcio 1 a 2 g/dia a partir da 20ª semana
- AAS 60 a 150 mg/dia a partir da 12ª semana

Outras Orientações:
- Relação sexual permitida
- Orientação sobre constipação intestinal
- Atividade física permitida
- Evitar álcool, tabaco e drogas
- Avaliar medicamentos e adoçantes
- Radiografias com proteção abdominal permitidas
- Avaliar risco profissional
- Vestuário e meias ortopédicas elásticas recomendados
- Viagens: até a 28ª semana sem atestado; da 28ª à 36ª com atestado; da 36ª em diante com acompanhamento médico

Vacinas Preconizadas:
- Influenza em qualquer trimestre
- Hepatite B (se não vacinada anteriormente)
- DTpa a partir da 20ª semana (regra das 3 doses para prevenção da coqueluche neonatal)
Se nenhuma dose: 2 dT e 1 Dtpa
Se 1 dose de dT: 1 dT e 1 Dtpa

–
–

Se 2 doses de dT: 1 dose de Dtpa
- Situações Especiais:
Endemia: considerar vacina contra febre amarela
Mordida de animal: avaliar necessidade de vacina contra raiva
Contato com varicela: imunoglobulina em até 72h
Vacinas de vírus vivos atenuados são contraindicadas

Exames da Primeira Consulta**:**
- Hemograma
- Glicemia de jejum
- Urina I
- Urocultura e antibiograma
- Tipo ABO, fator Rh e Coombs indireto
- TSH
- Sífilis
- HIV
- Toxoplasmose
- Hepatite B
- Rubeola
- CMV
- Hepatite C
- USG obstétrico

Exames do 2º Trimestre:
- TOTG 75g entre 24 a 28 semanas (se glicemia abaixo de 92)
- Coombs indireto se Rh negativo
- Ecocardiograma fetal se houver histórico de cardiopatia congênita, idade maior que 35 anos, diabetes, infecções maternas, uso de drogas teratogênicas ou lúpus
- Recomenda-se também repetir novamente as sorologias que foram realizadas no 1º trimestre

Exames do 3º Trimestre:
- Hemograma
- Coombs indireto se Rh negativo
- Sífilis (VDRL)
- HIV
- Hepatite B
- Toxoplasmose (se suscetível)
- Urocultura
- Coleta de Streptococcus do grupo B de 35 a 37 semanas

USG Obstétrico:
1º Trimestre:
6 a 9 semanas: USG obstétrico
11 a 14 semanas: morfológico (translucência nucal, Doppler do ducto venoso, presença do osso nasal)
2º Trimestre:
20 a 24 semanas: morfológico (malformações e cromossomopatias)
3º Trimestre:
USG para crescimento fetal e perfil biofísico fetal

Intercorrências do Pré-Natal:

- Anemia Ferropriva:
Profilática: Hb > 11 g/dL; 40 mg de ferro elementar (início após 12 semanas) e 400 a 800 mcg de ácido fólico (se alto risco, aumentar para 4 g)
Anemia Leve a Moderada: Aumentar dose do ferro 3 a 5 vezes e realizar novo hemograma em 30 a 60 dias

Anemia Grave: Encaminhar para alto risco; reposição de ferro 3 a 5 vezes a dose profilática

- Diabetes Melitus Gestacional:
Avaliar macrossomia fetal e polidrâmnio
Fluxograma: glicemia de jejum, TOTG entre 24 a 28 semanas

- Urina Tipo 1:
Se proteinúria sem hipertensão ou edema, repetir o exame em 15 dias

- Urocultura:
Início do pré-natal e do terceiro trimestre
Se positiva > 100.000 + sintomas ITU, tratar infecção e realizar profilaxia obrigatória intraparto para prevenir infecção do RN.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

APS – Atenção primária em saúde

DUM – Data da Última Menstruação

DPP – Data Provável do Parto

USG – Ultrassonografia

HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 692. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf ISBN 978-65-5993-312-9.

1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade e morte no mundo. Em todo o mundo, 15 milhões de pessoas sofrem um AVC todos os anos, cinco milhões e meio de pessoas morrem e outros cinco milhões ficam permanentemente incapacitadas, representando importante impacto à saúde pública e à família dos pacientes. O AVC ocorre predominantemente em adultos de meia-idade e idosos. Dados de um estudo prospectivo nacional indicaram uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes. Conforme definição recente, o AVC é um episódio agudo caracterizado por sinais clínicos de perturbação focal ou global da função neurológica causada por infarto ou hemorragia espontânea na parte acometida do encéfalo, retina ou medula espinhal, durando mais de 24 horas, ou de qualquer duração, se constatada por imagem - tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) -, ou, ainda, por autópsia que identifique infarto focal ou hemorragia relevante para os sintomas.

O AVC é classificado em isquêmico (obstrução arterial com consequente alteração do fluxo sanguíneo cerebral), hemorragia intracerebral (coleção focal de sangue dentro do parênquima cerebral ou sistema ventricular que não é causada por trauma) e hemorragia subaracnóidea. O AVC isquêmico (AVCi) é o mais prevalente, sendo responsável por 75% a 85% de todos os AVC. A principal causa modificável de AVC é a aterosclerose de artérias pequenas intracranianas e grandes artérias do pescoço e cerebrais. O restante dos AVC (aproximadamente 20%) é causado por êmbolos cardiogênicos, mais comumente associados à fibrilação atrial, e cerca de 30% permanecem idiopáticos, mesmo após extensa investigação etiológica . Cerca de 90% dos AVC podem ser associados a fatores de risco, sendo os mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, obesidade, dieta inadequada, sedentarismo, diabete melito, consumo de álcool, sofrimento mental, doenças cardíacas e dislipidemia. Assim, intervenções sobre os fatores de risco modificáveis, que podem ser feitas na atenção primária, podem contribuir para a prevenção de grande parte dos AVC. Também, o atendimento imediato e efetivo dos pacientes com quadros agudos pode prevenir sequelas e morte. O aparecimento súbito de déficits neurológicos caracteriza clinicamente o AVC hemorrágico e o AVC isquêmico, de acordo com a região cerebral envolvida, que, por sua vez, dependerá da circulação afetada. Em 80% dos casos, a circulação mais comumente afetada é a anterior ou a carotídea. Nestes casos, os pacientes geralmente apresentam déficit motor contralateral - com comprometimento predominante de membros superiores e inferiores, alteração de linguagem, perda sensitiva contralateral e

hemianopsia homônima com desvio conjugado do olhar para o lado da lesão. Os AVC da circulação posterior (ou vertebrobasilar) são menos frequentes e de pior prognóstico e os pacientes comumente apresentam como sinais e sintomas: estado de coma, tetraparesia, alterações de nervos cranianos, diplopia, vertigem ou ataxia. Alguns fatores podem levar a uma maior complexidade dos casos, como o tromboembolismo pulmonar. As maiores causas de morte precoce são a deterioração neurológica e a contribuição de outras causas, tais como infecção secundária por aspiração e infarto agudo do miocárdio.

Devido à sua prevalência, quadro clínico e impacto na qualidade de vida e capacidade funcional do paciente, o AVC representa um enorme impacto financeiro para o sistema de saúde e para as famílias dos pacientes acometidos. O impacto global do AVC aumentou nas últimas duas décadas. Em 2015, a doença isquêmica do coração e o AVC foram as duas principais causas de mortalidade prematura em todo o mundo e as principais causas de anos de vida perdidos (DALYs) em 119 países e territórios. Assim, identificar terapias seguras e custo-efetivas para prevenir e tratar o AVC é de grande interesse para a saúde pública.

Atualmente, no Brasil, o tratamento especializado do AVCi é realizado em pontos diversificados da rede de atenção especializada à saúde, com ênfase nos Centros de Atendimento de Urgência, que são hospitais de referência para atendimento aos pacientes com AVC. Nesses centros, é administrado trombolítico intravenoso (ativador de plasminogênio tecidual recombinante - rtPA) nas primeiras horas após o início do AVCi naqueles pacientes elegíveis. Além disso, é realizado o controle da pressão arterial sistêmica antes, durante e após o uso de trombolítico com o emprego de anti-hipertensivos.

Uma medida não medicamentosa é a extração mecânica do trombo (trombectomia) para restauração do fluxo sanguíneo na área afetada. Deste modo, a atualização deste PCDT objetiva definir um modelo de cuidado em saúde mais assertivo e multidisciplinar, com destaques para a atenção secundária e terciária quanto ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do AVCi agudo. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. Destaca-se, ainda, a importância do seguimento de outros documentos que norteiam o cuidado do paciente com AVC no SUS, como a "Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências" e a "Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- I63.0 Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais
- I63.1 Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais
- I63.2 Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificadas de artérias pré-cerebrais
- I63.3 Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais
- I63.4 Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais
- I63.5 Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificadas de artérias cerebrais
- I63.6 Infarto cerebral devido a trombose venosa cerebral não piogênica
- I63.8 Outros infartos cerebrais
- I63.9 Infarto cerebral não especificado

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico: Durante o atendimento do paciente, deve-se avaliar o início preciso das manifestações neurológicas e seu curso (quadro estável versus instável). O déficit neurológico focal de instalação súbita indica a possibilidade de AVC. Dor de cabeça e crises epilépticas são sintomas mais comuns em AVC hemorrágicos do que em AVC isquêmicos agudos. A presença de fatores de risco para doenças vasculares deve sempre ser investigada, sendo a hipertensão arterial sistêmica aquele mais importante para as lesões isquêmicas e hemorrágicas.

No exame físico, a escala de avaliação pré-hospitalar de Cincinatti pode ser utilizada como método de triagem porque possui boa acurácia. Caso o paciente apresente qualquer uma das seguintes características, seu resultado é positivo:

- Queda facial: quando o paciente é solicitado a mostrar os dentes ou sorrir, verifica-se assimetria;
- Fraqueza nos braços: quando o paciente é solicitado a estender os braços para a frente em um ângulo de 90% com o tronco e mantê-los na posição por 10 segundos, um dos braços não se move ou não fica mantido na posição em relação ao contralateral;
- Fala anormal: quando o paciente é solicitado a pronunciar a frase "na casa do padeiro nem sempre tem trigo", o paciente pronuncia palavras incompreensíveis, usa palavras incorretas ou é incapaz de pronunciar. Considerando que alguns pacientes apresentam sinais

focais que não estão representados na escala de Cincinatti, a equipe de atendimento pré-hospitalar deve estar treinada para reconhecer outros sinais de início súbito como vertigem associada à falta de equilíbrio, adormecimento ou formigamento de um hemicorpo, dificuldade de enxergar em um ou ambos os olhos e cefaleia súbita, intensa e sem causa aparente.

Já a equipe responsável pelo atendimento hospitalar deve priorizar o uso da National Institute of Health and Stroke Scale (NIHSS), escala que tem grande utilidade diagnóstica, prognóstica e na avaliação sequencial do paciente.

Diagnóstico por exames de imagem

O método de imagem mais utilizado, mais disponível e de menor custo para a avaliação inicial do AVC isquêmico agudo é a tomografia computadorizada (TC) de crânio, que pode demonstrar sinais precoces de isquemia em até 67% dos casos nas primeiras 3 horas do início dos sintomas e em até 82% dos casos nas primeiras 6 horas do icto (última hora em que a pessoa foi vista assintomática). A detecção aumenta para aproximadamente 90% após 1 semana. Além disso, a TC de crânio tem boa capacidade para identificar sangramentos associados. A lesão isquêmica aparece como uma hipodensidade que não se impregna pelo contraste, geralmente no território suprido pela artéria cerebral média. A ressonância magnética (RM) é bem mais sensível e precisa na identificação e localização da lesão vascular, especialmente quando são utilizadas técnicas de difusão/perfusão23, no entanto, consome um tempo de realização maior que pode ser decisivo para a indicação do tratamento com trombolítico.

Outros exames complementares

Frente à suspeita clínica de AVC, os seguintes exames devem ser solicitados: eletrocardiografia de repouso; glicemia capilar; hemograma completo (com contagem de plaquetas); tempo de protrombina com medida do RNI (razão internacional normalizada); tempo parcial de tromboplastina ativada (TTPA); e níveis séricos de potássio, sódio, ureia e creatinina, e troponina. A eletrocardiografia visa a identificar arritmias que aumentem o risco de AVC, sinais de infarto do miocárdio ou dissecção de aorta associada, enquanto os exames laboratoriais avaliam o grau de coagulabilidade e situações que possam mimetizar ou agravar um AVC em curso (como, por exemplo, hipoglicemia, infecção ou distúrbios hidroeletrolíticos).

Diagnóstico diferencial

O conhecimento do médico sobre as principais formas de instalação das desordens cerebrais é fundamental para o diagnóstico clínico de AVC hemorrágico ou isquêmico. Por exemplo, um déficit que se desenvolve durante semanas é usualmente decorrente de lesão cerebral com efeito de massa, p. ex., neoplasia ou abscesso cerebrais. Já um hematoma subdural deve ser distinguido de um AVC por seu curso mais prolongado e pela combinação de disfunções focais e difusas. Os ataques isquêmicos transitórios (AIT) podem ser confundidos com migrânea com aura, caracterizada por sinais ou sintomas focais, usualmente visuais como os escotomas cintilantes, hemiparesia ou outros déficits focais. Convulsões podem ser confundidas com AIT. A maioria das convulsões produz atividade motora ou sensitiva positivas, enquanto a maioria dos AVC ou AIT produz sintomas negativos. O estado pós-ictal observado após uma convulsão pode também ocorrer em algumas síndromes isquêmicas. Uma pequena proporção de AVC (10%), especialmente os embólicos, é associada a convulsões concomitantes. Outras doenças que podem mimetizar um AVC são: hipoglicemia, doença de Ménière ou outras vestibulopatias periféricas.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes adultos (idade igual ou maior do que 18 anos) com diagnóstico de AVCi agudo. A depender do tratamento a ser disponibilizado, o paciente deve apresentar adicionalmente os critérios de inclusão a seguir. Para realização de trombólise, serão incluídos pacientes com todos os critérios a seguir:

- Avaliação de médico neurologista que confirme AVCi agudo;
- Quadro clínico de AVC com início há menos de 4,5 horas desde o início dos sintomas até a infusão do medicamento;
- Tomografia computadorizada ou ressonância magnética sem sinais de hemorragia intracraniana. Para realização de trombectomia mecânica em indivíduos cujo início dos sintomas tenha ocorrido em até 8 horas ou que tenham sido vistos bem (sem déficit neurológico) pela última vez em até 8 horas, os pacientes deverão apresentar todos os critérios a seguir:
- Oclusão envolvendo a artéria carótida interna intracraniana, o primeiro segmento da artéria cerebral média (M1) ou ambos, e viabilidade de tratamento em até 8 horas após o início dos sintomas (definido como o momento em que o paciente foi visto pela última vez

em um estado normal de saúde);

• Pontuação de pré-ataque de 0 ou 2 na escala de Rankin modificada (variação de 0 [sem sintomas] a 6 [morte]);

• Pontuação de 6 ou mais na NIHSS (intervalo de 0 a 42, com valores mais altos indicando déficit mais grave) na apresentação. Para realização de trombectomia mecânica em indivíduos cujo início dos sintomas tenha ocorrido entre 8 e 24 horas ou que tenham sido vistos bem (sem déficit neurológico) pela última vez entre 8 e 24 horas, os pacientes deverão apresentar todos os critérios a seguir:

• Sinais e sintomas consistentes com o diagnóstico de um AVCi de circulação anterior agudo;

• pontuação de 6 ou mais na NIHSS;

• pontuação na escala de Rankin modificada menor ou igual a 2 antes do curso de qualificação (funcionalmente independente para todas as atividades da vida diária - AVD); o

• volume do infarto (avaliado por perfusão ou difusão), considerando os seguintes pontos de corte: Menor que 21 cm^3, em pacientes com idade maior ou igual a 80 anos e com NIHSS acima de 10; o o o 5. Menor que 31 cm^3, em pacientes com idade menor que 80 anos e com NIHSS entre 10 e 19; Menor que 51 cm^3, em pacientes com idade menor que 80 anos e com NIHSS acima de 20; Menor que 70 cm^3, em pacientes com mismatch maior que 1,8, penumbra maior que 15 mL e que apresentem janela de sintomas entre 8 e 16 horas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados neste Protocolo. A depender do tratamento a ser disponibilizado, o paciente pode apresentar adicionalmente os critérios de exclusão a seguir. Para realização de trombólise, serão excluídos pacientes que apresentem uma das contraindicações ao procedimento, quais sejam:

• Resolução completa espontânea imediata ou área de hipodensidade precoce à tomografia computadorizada (sugestiva de área isquêmica aguda) com acometimento maior do que um terço do território da artéria cerebral média;

• Realização de cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias;

• Histórico de hemorragia intracraniana;

• Malformações arteriovenosas ou tumores intracranianos;

● Pressão arterial sistólica maior que 185 mmHg após tratamento anti-hipertensivo (não responsiva à correção adequada);

● Pressão arterial diastólica maior que 110 mmHg após tratamento anti-hipertensivo (não responsiva à correção adequada);

● Suspeita de hemorragia subaracnóide;

● Hemorragia gastrointestinal ou genitourinária nos últimos 21 dias;

● Contagem de plaquetas menor que 100.000/µL; RNI acima de 1,7; TTPA acima de 40s (sem necessidade de esperar resultados para iniciar a trombólise na maioria dos casos; aguardar sempre RNI em pacientes em uso de antagonistas da vitamina K - varfarina, femprocumona; aguardar TTPA em pacientes hospitalizados que estejam usando heparina não fracionada endovenosa; aguardar contagem de plaquetas nos pacientes com histórico ou suspeita de plaquetopenia; aguardar todos os exames de coagulação em pacientes com histórico de coagulopatia ou hepatopatia ou hemorragia);

● Defeito na coagulação (RNI maior que 1,7);

● Uso de anticoagulantes orais diretos (ACOD - inibidores diretos de trombina ou de fator Xa) nas últimas 48 horas, se a função renal estiver normal. Caso o paciente apresente testes de coagulação (TTPA, RNI, contagem de plaquetas, tempo de trombina, tempo de ecarina, atividade de Xa) normais, a trombólise pode ser realizada, se não apresentar outras contraindicações. Em pacientes em uso de dabigatrana, se houver o agente reversor disponível (idarucizumabe), ele pode ser utilizado e a trombólise realizada logo após;

● Suspeita de hemorragia subaracnóide, mesmo com tomografia normal;

● Em uso de dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 horas;

● Endocardite bacteriana;

● Dissecção de arco aórtico; e

● Hemorragia interna ativa, evidência de sangramento ativo em sítio não passível de compressão mecânica.

NOTA 1: O uso de antiagregante plaquetário e crise convulsiva não são contraindicações para a realização de trombólise. Alguns fatores determinados interferem no risco-benefício da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS maior que 22, idade acima de 80 anos e a combinação de AVC prévio e diabete melito.

A presença de aneurisma conhecido não roto não é um fator de exclusão para o tratamento do AVCi, porém deve-se individualizar, principalmente em aneurismas de maiores tamanhos.

NOTA 2: O paciente ou responsável legal devem ser esclarecidos quanto aos riscos e benefícios do tratamento trombolítico e deve ficar registrado em prontuário a realização deste esclarecimento, assim como a concordância em utilizá-lo. Ainda, pacientes com uma das seguintes contraindicações relativas devem ter a relação entre o risco e o benefício do tratamento avaliados individualmente:

- Sinais e sintomas leves (com comprometimento funcional discreto);
- Realização de qualquer cirurgia intracraniana, trauma craniano ou histórico de AVC grave nos 3 meses anteriores ao tratamento trombolítico;
- Realização de punção lombar nos últimos 7 dias (executada de forma tecnicamente correta);
- Histórico de infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses;
- Realização de punção arterial, em sítio não compressível, nos últimos 7 dias; e
- Glicemia abaixo de 50 mg/dL, quando houver recuperação completa do déficit focal e o mesmo for atribuído à hipoglicemia e não a um AVC. Para realização de trombectomia mecânica em indivíduos cujo início dos sintomas tenha ocorrido em até 8 horas ou que tenham sido vistos bem (sem déficit neurológico) pela última vez em até 8 horas, serão excluídos os pacientes cujos exames de imagem apontem evidência de hemorragia intracraniana recente ou grande infarto, definido por um escore de tomografia computadorizada precoce do Alberta Stroke Program (ASPECTS) inferior a 6 (faixa de 0 a 10, com valores mais altos indicando menor carga de infarto) ou inferior a 5 na difusão por imagem de ressonância magnética ponderada (MRI). Para realização de trombectomia mecânica em indivíduos cujo início dos sintomas tenha ocorrido entre 8 e 24 horas ou que tenham sido vistos bem (sem déficit neurológico) pela última vez entre 8 e 24 horas, serão excluídos os pacientes que apresentem um dos critérios a seguir:
- Idade superior a 90 anos;
- Alergia conhecida ao iodo que impeça um procedimento endovascular;
- Diátese hemorrágica hereditária ou adquirida conhecida; deficiência do fator de coagulação; terapia anticoagulante oral recente com RNI maior que 3 (o uso recente de um dos novos anticoagulantes orais não é uma exclusão se a taxa de filtração glomerular [TFG] estiver estimada acima de 30 mL/min);
- Convulsões no início do AVC, se isso impedir a utilização da NIHSS;
- Contagem basal de plaquetas menor que 50.000/μL;
- Hipertensão arterial grave sustentada (pressão arterial sistólica acima de 185 mmHg ou pressão arterial diastólica acima de 110 mmHg);

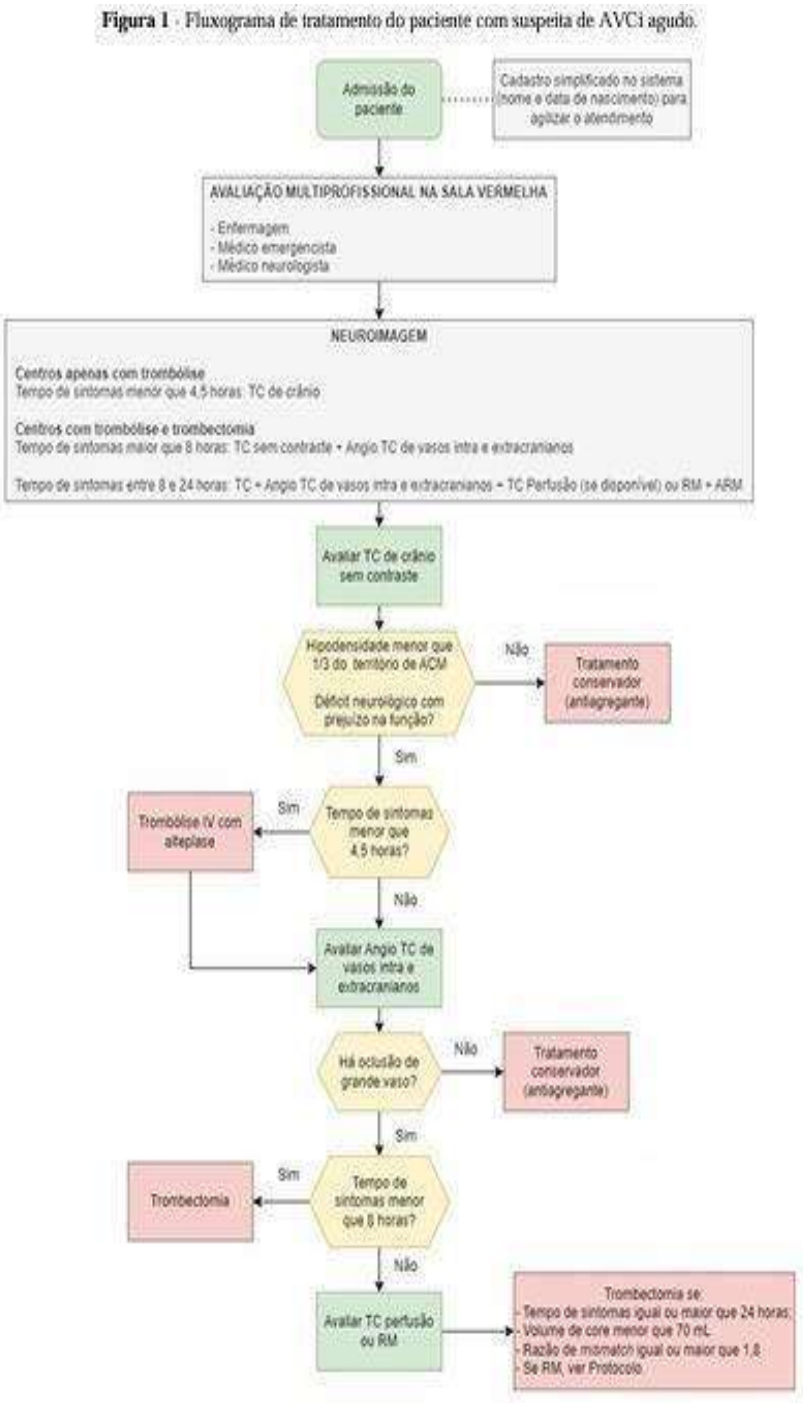
- Embolia séptica presumida;
- Suspeita de endocardite bacteriana; ou
- Histórico de hemorragia nos últimos 30 dias.

6. TRATAMENTO

O paciente com suspeita de AVCi agudo deve ser encaminhado, preferencialmente, a um hospital habilitado como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral que possua recursos apropriados para atendimento adequado de AVC. Para que se considere um centro apto ao recebimento destes pacientes e à infusão de trombolítico, os seguintes recursos devem estar disponíveis:

- Equipe organizada, definida e capacitada, coordenada por neurologista clínico (conforme art. 128 a 137 da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017), disponível durante 24 horas, e que tenha recebido treinamento adequado;
- Capacidade para monitorização contínua cardiovascular e respiratória;
- Unidade de terapia intensiva;
- Laboratório de patologia clínica em funcionamento durante 24 horas;
- Aparelho de tomografia computadorizada disponível durante 24 horas;
- Disponibilidade neurocirúrgica durante 24 horas; e
- Serviço de hemoterapia ou agência transfusional durante 24 horas, incluindo a disponibilidade de crioprecipitado. A Figura 1 detalha os procedimentos de tratamento de um paciente com suspeita de AVCi agudo até 24 horas de evolução.

Figura 1 - Fluxograma de tratamento do paciente com suspeita de AVCi agudo.



Fonte: baseado no AHA/ASA Guideline[1] e adaptado dos Protocolos de AVC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Moinhos de Vento.

Tratamento não medicamentoso

A trombectomia mecânica é o procedimento de remoção endovascular de um coágulo obstrutivo de um vaso sanguíneo realizada durante o exame de angiografia com o uso de cateteres para conduzir um dispositivo até a obstrução em uma artéria cerebral. Há 2 tipos de dispositivos: um stent autoexpansível removível (stent-retriever), que se integra ao trombo e depois é retirado e extrai o trombo da circulação, e um sistema de aspiração que aspira o trombo e desobstrui a artéria. Os procedimentos para realização da trombectomia mecânica consistem na utilização de um cateter guia, idealmente cateter-balão, colocado proximalmente na artéria cervical de acesso ao vaso ocluído. Posteriormente, um conjunto consistindo de um microcateter e um micro-guia é navegado até o vaso ocluído. No caso da técnica de stent-retriever, esse conjunto ultrapassa o trombo. A seguir, o microguia é retirado e o stent retriever é passado através do microcateter para posicionar sua extremidade distal após o trombo. O microcateter é então retirado enquanto o dispositivo é mantido no lugar e o stent retriever se abre dentro do trombo, permitindo sua integração ao coágulo. O dispositivo permanece implantado no coágulo por 3 a 5 minutos.

Por fim, o cateter guia-balão é inflado para obstruir o fluxo na artéria carótida interna e sob aspiração contínua com seringa, o stent-retriever e o microcateter são lentamente retirados para o cateter guia de balão, sendo assim avaliada a recanalização. Já a estratégia de aspiração utiliza um sistema tri-axial, consistindo de um cateter guia (com ou sem balão) em que se coloca um conjunto de microcateter e microguia. O microguia é navegado até o contato do trombo, idealmente sem ultrapassálo.

Em seguida, um sistema de aspiração deve ser engajado no coágulo à medida em que se retira o conjunto do microcateter e microguia, ligando-se à bomba de aspiração por 3 a 5 minutos. Após, retira-se o cateter de aspiração para o cateter guia e então se avalia a reperfusão arterial. Preconiza-se a realização de trombectomia mecânica em pacientes com lesões de grandes vasos e com janela do início de sintomas menor que 8 horas ou entre 8 a 24 horas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão deste Protocolo. Por vezes é comum o paciente apresentar os sintomas de AVC ao acordar, não sendo possível determinar com precisão o tempo transcorrido desde o início dos sintomas. Nestes casos, considera-se o último momento em que foi visto bem (sem déficit neurológico). Uma vez calculado esse tempo, o paciente deverá ser tratado de acordo com janela do início de sintomas

supracitadas. Por exemplo, se o paciente foi visto bem há 6 horas, este deve ser avaliado quanto aos critérios de elegibilidade para a realização de trombectomia com janela de sintomas de até 8 horas; se o paciente foi visto bem há 12 horas, este deve ser avaliado quanto aos critérios de elegibilidade para a realização de trombectomia com janela de sintomas entre 8 a 24 horas. Os casos em que os pacientes foram vistos bem há mais de 24 horas não são elegíveis para trombectomia mecânica neste Protocolo.

Para a realização da trombectomia mecânica, pode-se utilizar anestesia geral ou sedação consciente. A escolha da modalidade anestésica deve considerar aspectos individuais (jejum, agitação e nível de consciência), vômitos, complexidade e tempo do procedimento, dentre outros. Sugere-se o rigoroso monitoramento da pressão arterial sistêmica, com intervalos pressóricos estreitos, sobretudo durante a indução anestésica em caso de anestesia geral e no momento da abertura do vaso. Devese evitar episódios de hipotensão e hipertensão, principalmente após a obtenção de recanalização efetiva (mTICI > 2b) quando o alvo pressórico deve ser ajustado para níveis abaixo de 160/100 mm Hg. A equipe deve decidir conjuntamente os níveis pressóricos a serem alcançados ou mantidos durante o procedimento.

Tratamento medicamentoso

A trombólise é um tratamento recomendado no AVCi agudo que envolve o uso de medicamentos trombolíticos para a destruição do coágulo, como alteplase, estreptoquinase e tenecteplase. Dentre os medicamentos, a alteplase é o mais utilizado e o único preconizado neste Protocolo. Sobre a tecnecteplase, estudos recentes indicam um potencial efeito benéfico de seu uso em pacientes com AVCi agudo. No entanto, no Brasil, não há indicação aprovada em bula para tratamento de AVCi. Quanto ao uso da estreptoquinase, estudos avaliando sua eficácia e segurança não demonstraram bons resultados, tendo sido suspensos prematuramente e não há evidências para substanciar o tratamento de AVC isquêmico com este medicamento. A eficácia da terapia em pacientes com AVCi agudo é dependente do tempo decorrente entre o início dos sintomas e a instituição de tratamento. Devido à estreita janela terapêutica, o número de pacientes que recebe tratamento é pequeno e é possível prevenir desfechos adversos como a incapacidade em somente 6 a cada 1.000 pacientes com AVC.

. FÁRMACO - Alteplase: frascos-ampola de 50 mL de diluente com 50 mg de alteplase; frascos-ampola de 20 mL de diluente com 20 mg de alteplase; frascos-ampola de 10 mL de diluente com 10 mg de alteplase.

Esquema de administração - Alteplase: 0,9 mg/kg (máximo de 90 mg), por via intravenosa, com 10% da dose aplicada em bolus e o restante, continuamente, ao longo de 60 minutos. A administração da alteplase deve ocorrer em até 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas de AVCi.

MONITORIZAÇÃO

Pacientes que receberam terapia trombolítica devem manter restrição alimentar (sem quaisquer alimentos ou líquidos, incluindo medicamentos administrados por via oral) durante 24 horas. Antes da primeira alimentação, todos os pacientes com AVC (tratamento conservador, trombólise ou trombectomia) devem ser rastreados para disfagia a fim de prevenir a pneumonia pós-AVC e diminuir risco de mortalidade precoce. Testes de deglutição de água ou testes de consistência múltipla são preconizados durante a pesquisa da disfagia.

Monitorização pós trombólise

Deve-se monitorar continuamente, por pelo menos 24 horas, a pressão arterial, oximetria de pulso e eletrocardiografia. A glicemia também deve ser monitorizada e mantida em níveis inferiores a 200 mg/dL. A temperatura axilar também deve ser foco de monitorização, devendo ser tratada se maior ou igual a 37,5°C. Além de sangramento, outros eventos adversos, tais como mal-estar, vômitos, calafrios, elevação de temperatura, urticária, dor de cabeça, convulsões, estados de perturbação da consciência devem ser prontamente detectados.

O Doppler transcraniano é um método auxiliar promissor no seguimento da trombólise intravenosa, e seu uso é encorajado, mas não obrigatório, nos centros com equipamento disponível e profissionais devidamente habilitados.

Monitorização pós trombectomia mecânica

Deve-se avaliar clinicamente e registrar a evolução neurológica e funcional dos pacientes, aplicando a NIHSS antes do tratamento e após 24 horas da ocorrência do AVCi agudo, e o escore de Rankin modificado após 3 meses da ocorrência do AVCi agudo.

REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Os pacientes com suspeita de AVCi agudo devem ser atendidos em hospitais com os recursos físicos e humanos especificados anteriormente, preferencialmente habilitados como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral I, II ou III, para seu adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento, devendo-se observar os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos neste Protocolo.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02 e seus vários subgrupos – clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e por imagem), terapêuticos clínicos (Grupo 03), terapêuticos cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos cirúrgicos por especialidades e complexidade) e de transplantes (Grupo 05 e seus seis subgrupos) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva doença, no SIGTAP.

REFERÊNCIAS

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;

2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. J Am Coll Cardiol. 2020;76(25):2982–3021.

3. WHO. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. [cited 2023 Dec 6]. Available from: WHO EMRO | Stroke, Cerebrovascular accident | Health topics

4. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national agesex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The lancet. 2017;390(10100):1151–210.

5. Estratégicas. M da SaúdeS de A à SaúdeD de AP. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília; 2013.

6. Martí-Carvajal AJ, Valli C, Martí-Amarista CE, Solà I, Martí-Fàbregas J, Bonfill Cosp X. Citicoline for treating people with acute ischemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2020;8(8):CD013066.

7. Cassella CR, Jagoda A. Ischemic Stroke: Advances in Diagnosis and Management. Emerg Med Clin North Am. 2017 Nov;35(4):911–30.

8. Martynov MY, Gusev EI. Current knowledge on the neuroprotective and neuroregenerative properties of citicoline in acute ischemic stroke. J Exp Pharmacol. 2015;7:17–28.

9. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest. 2001;119(1):300S-320S.

10. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet. 2016;388(10046):761–75.

11. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet. 2010 Jul;376(9735):112–23.

12. Mallmann AB, Fuchs SC, Gus M, Fuchs FD, Moreira LB. Population-attributable risks for ischemic stroke in a community in South Brazil: a case-control study. PLoS One. 2012;7(4):e35680.

13. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. Lancet. 2008;371(9624):1612–23.

14. Yew KS, Cheng E. Acute stroke diagnosis. Am Fam Physician. 2009 Jul;80(1):33–40.

15. Eswaradass PV, Dey S, Singh D, Hill MD. Pulmonary Embolism in Ischemic Stroke. Can J Neurol Sci. 2018;45(3):343–5.

16. Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Forbes S, Burvill PW, Anderson CS, et al. Five-year survival after firstever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. Stroke. 2000;31(9):2080–6.

17. Martynchik S. A.; Sokolova O V. Medical and economic assessment and rationale for improving organization of inpatient care for cerebral stroke. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social Aspects of Population Health]. 2013;30(2).

18. Hankey GJ. Stroke. Lancet. 2017;389(10069):641–54.

19. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The lancet. 2016;388(10053):1459–544.

20. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul;2014(7):CD000213.

21. de et al. Caneda MAG. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr. 2006;64(3):690–7.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Nefrótica (SN) é definida pela presença de proteinúria (>3,0-3,5 g/1,73m2/dia em adultos), hipoalbuminemia (<3,0 g/dl) e edema, frequentemente acompanhada de hiperlipidemia, hipercoagulabilidade e outras alterações clínico-laboratoriais. Diversas lesões glomerulares podem desencadear a SN, sendo as condições mais comuns as glomerulopatias primárias e as formas secundárias de glomerulonefrite associadas a doenças sistêmicas . Para muitos pacientes, a SN é uma condição recidivante e crônica, cuja evolução varia de acordo com a glomerulopatia subjacente, impondo risco de progressão para doença renal crônica terminal (DRCT) e necessidade de terapia de substituição de função renal .

Nas fases iniciais da SN, as principais manifestações são hiperlipidemia, hipercoagulabilidade, com aumento do risco de trombose venosa ou arterial, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal aguda e infecções. Na fase crônica, outras complicações podem ocorrer, sendo a mais grave a evolução para doença renal crônica por não resposta ao tratamento imunossupressor, com progressão da doença glomerular e dano crônico renal irreversível. A prevalência da SN varia com a idade, a etnia e a população em estudo.

No âmbito nacional, as doenças glomerulares primárias e secundárias foram associadas a 51% e 22,6% dos diagnósticos, respectivamente 2. Entre as causas primárias de SN, a glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF, 24,6%) e a glomerulopatia membranosa (GNM, 20,7%) foram as mais prevalentes, seguidas de nefropatia por IgA (NIgA, 20,1%), alterações glomerulares mínimas (AGM, 15,5%) e glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP, 4,2%).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos da síndrome nefrótica primária em adulto.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE (CID-10)

- N04.0 Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor
- N04.1 Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares
- N04.2 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite membranosa difusa

- N04.3 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
- N04.4 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
- N04.5 Síndrome nefrótica – glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
- N04.6 Síndrome nefrótica - doença de depósito denso
- N04.7 Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente
- N04.8 Síndrome nefrótica – outras
- N04.9 Síndrome nefrótica – não especificada

3. DIAGNÓSTICO

Considerações clínicas e histopatológicas

A síndrome nefrótica é caracterizada por: - Critérios clínicos: edema, urina espumosa; e - critérios laboratoriais: proteinúria, hipoalbuminemia associada ou não a dislipidemia

1. Em adultos, sempre que necessário para a confirmação diagnóstica, deve haver estudo do tecido renal que confirma a presença da lesão glomerular, guia a decisão terapêutica e, em cerca de 25% dos casos, permite diagnosticar causas secundárias de síndrome nefrótica

1.1 : Diagnóstico clínico: Os principais sinais e sintomas observados nos pacientes com síndrome nefrótica são: Edema, que pode ser leve a grave (generalizado até anasarca), em geral, apresentando-se de forma insidiosa, pela manhã, mais intenso na face e dorso, e à tarde, nos membros inferiores. Presença de urina espumosa, que traduz a perda anormal de proteína na urina. Manifestações clínicas que decorrem de complicações comuns, como perda aguda da função renal, fenômenos tromboembólicos e infecções, que podem estar presentes na abertura do quadro ou durante a evolução clínica. A hipertensão arterial sistêmica pode estar presente, com frequência variável de acordo com o tipo histopatológico da doença glomerular. Manifestações da doença de base, que, na avaliação inicial, a história e o exame clínico permitem levantar suspeitas de causas secundárias, como diabetes, lúpus, infecções bacterianas ou virais, uso de medicamentos e neoplasias, entre outras.

1.2 : Diagnóstico laboratorial Exame de urina: proteinúria sempre presente; Proteinúria de 24h na síndrome nefrótica: a excreção urinária de proteínas acima de 3,0g/24h ou 3,5 g/1,73m2/dia de superfície corporal em 24 horas fazem parte da definição da síndrome nefrótica; Além destas medidas, a relação proteína/creatinina em amostra aleatória de urina igual ou acima de 3, com sensibilidade próxima a 90% em qualquer nível de função

renal, é opção para o diagnóstico de "proteinúria nefrótica" .

Durante o acompanhamento do tratamento, a relação proteína/creatinina pode ser utilizada em substituição a proteinúria de 24 horas; Hipoalbuminemia: Albumina sérica (dosagem de proteínas totais e frações) abaixo de 3,5 g/dl; Dislipidemia: Colesterol total ou colesterol de baixa densidade (LDL) ou triglicerídeos elevados, presentes na maioria dos pacientes nefróticos; Diagnóstico histopatológico: Em todos os casos de síndrome nefrótica primária em adultos, e na maioria dos casos de síndrome nefrótica secundária, o exame histopatológico define o plano terapêutico, auxilia a definição do diagnóstico etiológico e do prognóstico. Mesmo assim, algumas pessoas podem apresentar proteinúria característica de síndrome nefrótica ou agudização súbita e progressiva para as quais o exame histopatológico não é necessariamente indicado, pois o quadro clínico já sugere dano renal. Adicionalmente, pacientes com contraindicação à biópsia (como no caso de rim único ou de coagulopatia) podem ser diagnosticados com base nos achados clínico-laboratoriais.

Diagnóstico etiológico

Outros exames são necessários para afirmar ou excluir condições ou doenças sistêmicas subjacentes, como diabete melito, hepatites virais, soro positividade para HIV, sífilis e colagenoses como lúpus eritematoso sistêmico, crioglobulinemia e vasculites sistêmicas anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) positivas (poliangeíte com granulomatose, poliangeíte microscópica). Como o diagnóstico definitivo da glomerulopatia é estabelecido pelo exame histopatológico, a maioria dos casos deve ter estudo do tecido renal. Para a realização deste último, são necessários hemograma, provas de coagulação e exame de imagem renal pré-biopsia.

Os exames que contemplam o diagnóstico das condições ou doenças mais comumente associadas são: hemograma com plaquetas, creatinina sérica, glicemia, exame de urina, teste antiHIV, teste anti-HCV, HbsAg, anti-HBc total, exame sorológico para para sífilis, fator antinuclear e dosagem de complemento (C3, C4). Conforme o quadro clínico, podem ser solicitados, em caráter complementar e se disponíveis, anti-DNA dupla hélice, crioglobulinas, anticorpo anticitoplasma de neutrófilo [ANCAc (citoplasmático)] e ANCAp (perinuclear), entre outros.

4. TRATAMENTO

O tratamento de pacientes adultos com SN é amplo e inclui o tratamento do edema nefrótico, o controle da pressão arterial e da dislipidemia, a profilaxia de infecções e a

prevenção dos fenômenos tromboembólicos, por meio de medidas medicamentosas e não medicamentosas. A proteinúria, além de ser um marcador de lesão renal, também é um fator de risco significativo para progressão das doenças glomerulares. Quanto maior a proteinúria, maior será o risco de piora progressiva da função renal e evolução para doença renal crônica (DRC).

Tratamento não medicamentoso

Orientação Dietética Geral O suporte nutricional é uma das principais medidas para o adequado controle das complicações clínicas e laboratoriais do estado nefrótico. Quanto maior for a perda de proteína na urina, maiores serão as complicações relacionadas à função renal, dislipidemia, fenômenos tromboembólicos e infecções. A diminuição do apetite e o edema da mucosa intestinal agravam a condição nutricional desses pacientes. Dessa forma, o aporte calórico-proteico adequado é fundamental para manutenção do estado nutricional diminuindo assim o risco de complicações associadas a SN.

A restrição de líquidos nem sempre é recomendada, mas deve ser feita na presença de hiponatremia e hiposmolaridade sérica e evitada quando há sinais clínicos de hipovolemia e hipoperfusão renal. O controle do peso diário e a medida do volume urinário de 24 horas são medidas simples e muito efetivas para avaliar a diminuição do volume corporal e a resposta ao tratamento.

O objetivo é um balanço negativo de sódio e um balanço hídrico controlado. A elevação dos membros inferiores no repouso é útil. Também é importante evitar agentes nefrotóxicos, como anti-inflamatórios e contrastes iodados e ajustar a dose de antibióticos.

Ingestão de Sódio: O edema do paciente com SN é secundário a um balanço positivo de sódio e água. A restrição de sódio é fundamental para o controle do edema, sendo preconizado o uso de 2 g de sódio ao dia, ou cloreto de sódio (NaCl, sal de cozinha) 3-3,5 g/por dia. Isto é possível reduzindo-se a quantidade de sal na preparação dos alimentos e evitando-se o uso de sal adicional durante as refeições. Preconiza-se também evitar alimentos industrializados e embutidos.

Proteínas: Inexiste consenso em relação a quantidade de proteínas de alto valor biológico a ser prescrita. Porém, naqueles doentes com taxa de filtração glomerular normal, preconiza-se uma dieta normoproteica, usualmente com 0,8-1,0 g/kg/dia. A dieta hiperproteica não oferece benefício, pois não aumenta o nível de albumina sérica e não protege o indivíduo das complicações do estado nefrótico. É importante se manter

uma dieta com alto conteúdo de carboidratos para maximizar a utilização das proteínas. Tabaco e álcool e demais fatores Riscos adicionais para a progressão da DRC são o uso contínuo de tabaco e de álcool, obesidade e uso crônico de medicamentos e drogas ilícitas. Para além desses, a presença das variantes de risco do gene da apolipoproteina L1 (APOL1) em pacientes afrodescendentes com GESF esporádica.

O tratamento destas condições inclui dieta com restrição de sal, perda de peso, evitar o consumo de tabaco e álcool e também de descongestionantes, anfetaminas, esteróides anabólicos, anti-inflamatórios e cocaína associada ou não a levamisol. Estas medidas devem ser prescritas e monitoradas como parte do tratamento não imunossupressor nos pacientes com glomerulopatia proteinúrica.

Fármacos utilizados no tratamento da Síndrome Nefrótica Primária em Adulto:

☐ Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg.
☐ Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg.
☐ Ciclofosfamida: drágeas de 50 mg.
☐ Ciclofosfamida: solução injetável 50 mg.
☐ Enalapril: comprimidos de 5, 10 e 20 mg.
☐ Captopril: comprimidos de 25mg.
☐ Losartana potássica: comprimidos de 50 mg.
☐ Hidroclorotiazida: comprimidos de 12,5 e 25 mg.
☐ Espironolactona: comprimido de 25 e 100mg.
☐ Furosemida: comprimidos de 40mg e solução injetável de 10mg/ml.
☐ Albumina humana: solução injetável de 0,2 g/mL (20%) – uso hospitalar. Nota: As posologias desses fármacos, e de outros utilizados no tratamento de pacientes com síndrome nefrótica primária em adulto, estão especificadas a seguir, nos respectivos tópicos.

Diuréticos

Os diuréticos devem ser usados com cautela, especialmente quando existe a suspeita de hipovolemia e risco de induzir perda aguda de função renal. Nos pacientes com hipervolemia, o uso vigoroso de diuréticos é de grande relevância para o aumento da excreção de sódio e água e redução do volume intravascular. O uso mais agressivo de diuréticos irá depender do grau de edema e da resposta individual do paciente. Como os diuréticos atuam em diferentes sítios no néfron, sua associação pode contribuir para o

aumento da natriurese e do volume urinário e, assim, proporcionar uma maior eficácia do tratamento, conforme mostra a Tabela 1. O diurético de alça mais utilizado no tratamento do edema nefrótico é a furosemida, devido a sua curta duração de ação. Deve ser usado 2 a 3 vezes ao dia (40 a 120 mg por dose). Se a resposta for insuficiente, deve-se aumentar a dose oral até alcançar a dose máxima (360 mg/dia). Se não houver resposta terapêutica adequada, está indicado iniciar furosemida por via endovenosa.

A dose inicial de 1 mg/kg dividida em 2 a 3 vezes ao dia é preconizada, podendo ser aumentada até 0,5 a 1 mg/kg a cada 6, 8 ou 12 horas (80 a 320 mg/dia). Pode-se aplicar furosemida em bolus ou em infusão contínua, na dose de até 500 mg/dia. A combinação de diuréticos com ação em diferentes sítios do néfron é uma conduta útil para induzir aumento da natriurese e da diurese, principalmente quando ocorre resistência ao diurético de alça. Os diuréticos tiazídicos (ex. hidroclorotiazida) ou os bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (BSRA) (ex. losartana potássica) promovem um bloqueio sequencial do néfron e induzem uma "sinergia" de diuréticos que pode efetivamente aumentar a excreção de sódio e a diurese, quando comparado ao uso isolado do diurético de alça, como mostra a Tabela 1.

Como rotina, preconiza-se monitorizar a hipocalemia e a alcalose metabólica, quando do uso da associação de diuréticos. A perda de peso corporal ponderal diária não deve ultrapassar 1,5-2,0 kg, pois, além disso, existe o risco de marcada hipovolemia induzindo insuficiência renal aguda, principalmente em indivíduos idosos. Os mecanismos de resistência aos diuréticos podem ser múltiplos, devendo-se afastar a má adesão aos medicamentos e à restrição de sódio, o que pode ser confirmado pela dosagem de sódio urinário de 24 h. O edema de alça intestinal com absorção errática no uso oral, pode também ser um fator de resistência. Além disso, um dos principais fatores de resistência à ação da furosemida decorre do fato de que, sendo este medicamento mais de 90% ligado à albumina, não é secretado em quantidade suficiente no lúmen do túbulo proximal quando há hipoalbuminemia sérica.

Tabela 1 - Tipos de diuréticos e mecanismos de ação nos diferentes sítios do néfron

Classe	Mecanismo de ação	Medicamento/dose diária	Duração da ação (horas)
Diuréticos de alça	Inibem o co-transporte de $Na^+/K^+/2Cl^-$ na alça ascendente de Henle	Furosemida (40-240 mg)	6
Tiazídicos	Inibem o co-transporte de Na^+ na porção proximal do TCD	Hidroclorotiazida (25-50 mg)	12-24
Bloqueadores do SRAA	Bloqueio do estímulo à reabsorção Na^+ TCP (ATII) e TCD (aldosterona)	Espironolactona (25-200 mg)	24

TCD: túbulo contorcido distal; TCP: túbulo contorcido proximal; SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona; ATII: angiotensina II. Adaptado das referências [1, 13].

Albumina humana A indicação de albumina humana no edema nefrótico grave deve ser individualizada, não sendo possível recomendar o seu uso sistemático. A definição correta de resistência aos diuréticos deve ser primeiramente feita e, se presente, deve-se considerar que nos pacientes hipovolêmicos com maior grau de hipoalbuminemia o uso de albumina pode ter benefício terapêutico . A infusão de albumina humana pode ser combinada ao diurético de alça ou mesmo ser administrada isoladamente. Entretanto, ainda é controverso se esta conduta é eficaz. A infusão de albumina em pacientes hipervolêmicos deve ser feita com cautela, pois pode exacerbar a volemia, causando edema pulmonar e piora da hipertensão arterial. Já nos nefróticos hipovolêmicos com hipoalbuminemia grave, estão descritos benefícios com o seu uso, potencializando o efeito da furosemida com aumento da natriurese e do volume urinário, e redução significativa do peso corporal. Nos pacientes oligúricos e com perda aguda ou crônica de função renal, o uso de albumina deve ser criterioso, pelo risco de edema pulmonar agudo. Em geral, a ocorrência de anasarca com ascite tensa, derrame pleural com disfunção respiratória, edema cutâneo grave com ruptura da pele e insuficiência renal aguda oligúrica são indicações clínicas para o uso de albumina humana. A dose preconizada de albumina humana a 20% ou 25% (20 g ou 25 g/100 ml) é 0,5 g/kg de peso infundida por via endovenosa em 1 hora, 2 a 3 vezes por dia. No final da infusão de albumina, administra-se 1 a 2 ampolas de furosemida 20 mg por via endovenoso para promover excreção de sódio e aumento da diurese.

Ultrafiltração isolada e hemofiltração

A ultrafiltração emula o processo natural de filtração que seria feito pela cápsula glomerular. Sendo assim, a ultrafiltração ocorre em um hemofiltro nas máquinas de hemodiálise,

quando a pressão sanguínea é maior que a pressão dializada [a diferença é a pressão transmembranar (TMP)]. Isso remove o fluido do sangue, mantendo intactas as células sanguíneas. A ultrafiltração está indicada nos raros casos de edema nefrótico refratário às medidas citadas acima explicitadas, em que o paciente permanece com disfunções graves pelo edema maciço, inclusive insuficiência renal aguda, e nos casos resistentes à terapia imunossupressora em que o edema nefrótico persiste por tempo prolongado. Relatos de caso e pequenas séries de casos têm mostrado remoção efetiva de líquido com a ultrafiltração isolada, havendo uma boa tolerância hemodinâmica e melhora clínica progressiva.

Após algumas sessões de ultrafiltração, muitos pacientes passam a ter resposta ao diurético endovenoso, sugerindo que a remoção de fluídos reduz a pressão intersticial intra-renal com aumento do fluxo glomerular e tubular, melhorando a função renal. A hemofiltração intermitente ou contínua poderia também ser usada, com efeitos semelhantes aos da ultrafiltração sobre a remoção do edema, inclusive com maior tolerância hemodinâmica e maior taxa de reenchimento plasmático. Durante a hemofiltração, o sangue do paciente é passado através de um conjunto de tubos (um circuito de filtração) para uma membrana semipermeável (o filtro), onde os resíduos e a água (no todo chamados de ultrafiltrados) são removidos por convecção. É então adicionado líquido de reposição e o sangue é devolvido ao paciente. A indicação de ultrafiltração isolada ou hemofiltração contínua deve ser individualizada, considerando o status cardiovascular do paciente e a gravidade do edema

Controle da pressão arterial

Nos pacientes com SN, o controle da pressão arterial é primordial para diminuir o índice de eventos adversos renais, principalmente a progressão para DRC e DRC terminal, e reduzir o nível de proteinúria, especialmente naqueles com proteinúria > 1,0 g/24 h . O controle rigoroso da pressão arterial também tem um papel relevante na redução de eventos cardiovasculares, pois, além da dislipidemia, pacientes adultos e idosos com SN apresentam outros fatores de risco para doença aterosclerótica. No estudo "Modification of Diet in Renal Disease" (MDRD) 22, pacientes com proteinúria >1 g/dia tiveram melhores desfechos renais com pressão arterial até 125/75 mmHg, comparado a 140/90 mmHg. As diretrizes atuais do KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) recomendam um alvo de pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg em pacientes proteinúricos. Estudos clínicos robustos justificam o uso dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA) e dos bloqueadores do receptor 1 da angiotensina II (BRAs) como terapia de primeira escolha nestes casos . A associação com antagonistas do cálcio, beta-bloqueadores ou vasodilatadores diretos deve ser individualizada, visando ao controle ideal da pressão arterial.

Controle da dislipidemia

A dislipidemia, em especial a hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL), a hipertrigliceridemia e o aumento da lipoproteína (a), são manifestações clínico-laboratoriais da SN que se resolvem quando o paciente apresenta resposta total ou parcial ao tratamento imunossupressor. A apolipopreína (a) (Lp(a) é um complexo macromolecular de estrutura esférica de cerca de 25 nm de diâmetro, na faixa de densidade de 1,05 a 1,12 g/mL. A estrutura da Lp(a) assemelha-se à das Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL), pelo tamanho e pela composição lipídica das partículas e pela presença da Apolipoproteína B100 (apo B100). Portanto, pode ser utilizada como um indicador de hipercolesterolemia. No entanto, nos pacientes com SN prolongada e resistente ao tratamento e naqueles com outros fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabete melito, obesidade, tabagismo e DRC, o tratamento da dislipidemia pode trazer benefícios na redução da taxa de eventos cardiovasculares, assim como na população geral.

Primeiramente, indica-se o uso dos inibidores da HMG-CoA redutase (estatinas) por sua melhor tolerância. Com nível de triglicerídeos acima de 500 mg/dL, preconiza-se o uso de fibrato (p. ex., fenofibrato, ciprofibrato ou genfibrozila) para reduzir o risco de pancreatite. Entretanto, o benefício em longo prazo do tratamento com hipolipemiantes sobre a progressão da doença renal e complicações cardiovasculares não foi confirmado em meta-análise recente. Para maiores informação e orientação,ver o PCDT da Dislipidemia - prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.

Uso de anti-proteinúricos

Em pacientes com glomerulopatia primária, a redução da proteinúria < 0,5 a < 1,0 g/dia) diminui a progressão da doença renal e pode ser alcançada por meio do uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina iECAs (p. ex., enalapril, captopril) ou dos BRAs (p. ex. losartana). Mesmo em pacientes normotensos, esses medicamentos devem ser usados para redução da proteinúria, mas com cautela, pelo potencial que têm de reduzir a filtração glomerular causando insuficiência renal. As demais classes de anti-hipertensivos reduzem a pressão pré-glomerular, algumas induzindo vasodilatação da arteríola aferente, e agregam na proteção renal pelo controle da hipertensão. Os antagonistas do cálcio dihidropiridínicos (p. ex., anlodipina, nifedipina) aumentam a pressão intra-glomerular e, assim, podem piorar a proteinúria, devendo ser evitados ou usados com cautela se necessários para controle da pressão arterial.

Prevenção de fenômenos tromboembólicos

Os eventos tromboembólicos venosos (ETV) são mais comuns na glomerulonefrite membranosa e na glomeruloesclerose segmentar e focal. Geralmente, os ETV ocorrem na

presença de albumina sérica < 2,5 g/dl. O desenvolvimento do estado pró-coagulante em pacientes com SN é o resultado da perda de fatores antitrombóticos na urina (anti-trombina III, proteína C, proteína S) associada ao aumento de cofatores plasmáticos pro-coagulantes (fatores V e VIII), além do aumento dos níveis de fibrinogênio.

A indicação de anticoagulação profilática é controversa e não existem estudos clínicos de longo prazo, sendo que sua prática não é uniforme entre os centros de tratamento. Estudos sugerem a necessidade de se estabelecer um nível de risco de sangramento antes de se proceder à anticoagulação nos casos de maior risco, ou seja, aqueles com albumina < 2,0-2,5 g/dl e proteinúria persistente > 10g/dia 31. Além disso, fatores como sexo masculino, hipovolemia clínica e ETV prévios também aumentam o risco de um novo ETV. Neste caso, preconiza-se o uso de anticoagulante oral (p. ex. varfarina sódica) para manter a razão normalizada internacional (INR) entre 2-3 enquanto persistir o estado nefrótico. O uso de anticoagulação profilática com heparina subcutânea (5.000 U SC cada 8-12 h) está indicado em internações por doenças intercorrentes e necessidade de repouso no leito

Outras Medidas Profiláticas

Profilaxia de infecções Em adultos, complicação infecciosa parece ser menos frequente do que em crianças. Porém, o risco de sepse está presente, principalmente durante hospitalizações, uso de acesso venoso, exposição a germes multirresistentes, ruptura de pele e celulite .

Inexistem estudos clínicos consistentes para indicar antibioticoterapia profilática em adultos com SN. Em pacientes sob imunossupressão com citotóxicos como a ciclofosfamida, preconiza-se o uso de sulfametoxazol+trimetoprima profilático (400mg + 80mg por dia) para prevenção de pneumocistose. Vacinação Pacientes com SN estão expostos a maior risco de infecções bacterianas e virais pelo estado nefrótico e pelo uso de terapia imunossupressora . As vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunizações estão indicadas: vacina Haemophilus influenzae tipo b (conjugada) - contida na pentavalente: tríplice bacteriana de células inteiras, hepatite B e Hib – DTPw-HB/Hib -, pneumocócica polissacarídica (Pneumo 23), varicela e influenza. No entanto é importante salientar que a vacina contra a varicela e as demais vacinas contendo agentes vivos atenuados [contra a poliomielite (oral), febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola e tuberculose] são contraindicadas em pacientes em uso de imunossupressores, a depender dos seus tipo e doses.

Desta forma, pessoas imunossuprimidas devem ser avaliadas pelo médico quanto ao risco da interrupção do tratamento e o intervalo mínimo (que depende do medicamento em uso) necessário para a aplicação dessas vacinas. Os pacientes com SN devem receber as vacinas

indicadas, sempre que possível, previamente ao início da imunossupressão .Para recomendações atualizadas, consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, do Ministério da Saúde.

Profilaxia de parasitoses

As parasitoses intestinais - helmintíases e protozooses - são doenças com maior prevalência em regiões tropicais. Os parasitas intestinais mais frequentemente encontrados em seres humanos são: Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura e os ancilostomídeos Necator americanus e Ancylostoma duodenale. Entre os protozoários, destacam-se a Entamoeba histolytica e a Giardia intestinalis. Pacientes nefropatas, incluindo aqueles com SN associada a glomerulopatia primária, e que necessitam imunossupressão prolongada, apresentam maior risco de ocorrência de manifestações graves das parasitoses intestinais. O quadro clínico é de sintomas inespecíficos, tais como anorexia, irritabilidade, distúrbios do sono, náusea, vômitos, dor abdominal e diarreia. Os quadros graves ocorrem mais em pacientes com maior carga parasitária, nos imunodeprimidos e em desnutridos.

Tratamento:

Ascaridíase: O tratamento da infestação por nematódeos transmitidos pelo solo, tais como Ascaris lumbricoides e ancilostomídeos, inclui os benzimidazois, agentes de amplo espectro, por exemplo o albendazol.

Estrongiloidíase: O tratamento da estrongiloidíase inclui fármacos do grupo dos benzimidazois, como, por exemplo, o albendazol, e a ivermectina. A ivermectina está associada a maior erradicação das larvas do Strongyloides stercoralis quando comparada com albendazol e apresenta menos efeitos colaterais do que medicamentos daquele grupo. Posologia: Albendazol: É utilizado na dose de 400 mg por via oral por 5 dias. Ivermectina: Embora um esquema profilático não tenha sido definido, a ivermectina é utilizada em dose única de de 0,2 mg/kg, nos dias 1 e 15. Essa prescrição deve ser repetida a cada seis meses, caso o paciente esteja ainda na vigência de imunossupressão, principalmente se reside permanentemente em área endêmica.

Suplementação de Cálcio e Vitamina D

O uso de corticosteroides está associado com osteopenia e osteoporose. Baixos níveis de 25-hidroxicolecalciferol são encontrados em pacientes com SN devido à perda urinária desta vitamina e de sua proteína carreadora. A suplementação de vitamina D deve ser considerada nos pacientes com deficiência de vitamina D e para aqueles com redução da densidade mineral óssea (osteopenia, osteoporose) documentada na densitometria. Nos surtos nefróticos de curta duração não é necessário o uso de cálcio ou vitamina D. Nos pacientes com dependência ou

resistência ao corticosteroide, em que se prevê o seu uso prolongado por mais de 12-16 semanas, deve-se iniciar carbonato de cálcio (1 g/dia) e Colecalciferol (400 UI/dia); se houver hipocalcemia persistente associada ao estado nefrótico (p. ex., resistência ao corticosteróide), pode-se associar calcitriol oral na dose de 0,25 g/dia. Deve ser observado o PCDT do Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal, do Ministério da Saúde

Tratamento imunossupressor

Alterações glomerulares mínimas - AGM (doença de lesões mínimas)

Considerações clínicas e histopatológicas A síndrome nefrótica é a apresentação clínica característica da AGM. Uma das peculiaridades dessa condição é a proteinúria seletiva e que, em geral, não é acompanhada de hematúria e nem de hipertensão arterial

Tratamento da síndrome nefrótica causada pela AGM Há poucos estudos sobre o tratamento da AGM em adultos. A seleção dos fármacos e a base científica para a sua indicação em adultos têm como referência, sobretudo, os estudos realizados em crianças com síndrome nefrótica idiopática. Segue-se a linha geral de tratamento semelhante à adotada na nefrologia pediátrica

. Prednisona: É o tratamento de escolha para a AGM, administrada por via oral, uma vez ao dia, no período da manhã. A dose recomendada é de 1 mg/kg/dia (máximo de 80 mg/dia) por no mínimo 4 semanas, usualmente 8 semanas, podendo chegar até 16 semanas, com retirada escalonada em todos os esquemas terapêuticos, em geral em seis meses. A recidiva esporádica deve ser tratada com um novo ciclo deste corticoide na mesma dose, mas diminuindo-a lentamente assim que ocorrer a negativação da proteinúria .

Ciclofosfamida: É indicada em casos de dependência de corticoide ou de recidivas frequentes. A ciclofosfamida é utilizada na dose 2 mg/kg/dia, por via oral, uma vez ao dia, pela manhã, por doze semanas 40-42.

Ciclosporina: É utilizada na de 3 a 5 mg/kg/dia, por via oral, dividida em duas tomadas (de 12/12 h), nos primeiros seis meses e depois reduzir a dose, conforme a resposta ao tratamento. Opta-se pela ciclosporina como segunda escolha do tratamento da SN por AGM em jovens ou naquelas mulheres que desejam engravidar, devido ao risco de infertilidade inerente à ciclofosfamida. A dependência de ciclosporina é frequente. A ciclosporina é indicada para os casos de resistência ao tratamento anterior ou de efeitos adversos intensos da corticoterapia.

Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF)

Considerações clínicas e histopatológicas: A síndrome nefrótica é uma das apresentações clínicas da GESF. Uma das peculiaridades dessa condição é a proteinúria não seletiva e que, em geral, pode acompanhar-se de algum grau de hematúria microscópica e de hipertensão arterial. O tratamento "específico" (imunossupressor) deve ser realizado apenas nos pacientes com GESF

que se apresentam com síndrome nefrótica.

Tratamento da síndrome nefrótica causada pela GESF

Prednisona: É também o tratamento de primeira escolha para a GESF, administrada por via oral, uma vez ao dia, no período da manhã. A dose utilizada é de 1 mg/kg/dia (máximo de 80 mg/dia) por 16 semanas. A recidiva esporádica deve ser tratada com um novo ciclo deste corticoide na mesma dose, mas opta-se por diminuí-la lentamente assim que ocorrer a negativação da proteinúria.

Ciclosporina: Utilizada na dose de 3 a 5 mg/kg/dia, por via oral, dividida em duas tomadas (de 12/12 h) nos primeiros seis meses, deve depois desses meses ter a dose reduzida conforme a resposta ao tratamento. O nível sérico da ciclosporina deve ser medido nos casos que não apresentarem resposta ao tratamento, com o intuito de se certificar de que existe nível terapêutico (deve ser de 100 a 200ng/mL). Se houver persistência da síndrome nefrótica, considerar resistência a ciclosporina após 16 semanas consecutivas de tratamento com nível sérico adequado deste imunossupressor

Glomerulopatia membranosa (GNM)

Considerações clínicas e histopatológicas A GNM apresenta evolução variável, desde remissão espontânea da proteinúria à progressão para DRC em estágio terminal, sendo essa mais provável em pacientes com proteinúria persistente. Na GNM, como em todas as glomerulopatias que se manifestam como síndrome nefrótica, devem ser investigadas as suas possíveis etiologias e, não se evidenciando uma causa, a GNM será classificada como idiopática, o que soi acontecer em 75% dos pacientes. No que se refere à investigação etiológica da GNM, são consideradas como doenças subjacentes mais frequentes, entre outras: hepatite B, lúpus eritematoso sistêmico, neoplasias, artrite reumatoide, sífilis e malária. Por vezes, a GNM também é secundária ao uso de determinados medicacamentos. Dosagens de autoanticorpos envolvidos na patogênese da GNM (anti-DNA dupla hélice, crioglobulinas, anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)) podem auxiliar no diagnóstico diferencial entre formas primárias e secundárias, assim como no acompanhamento do tratamento.

Tratamento da síndrome nefrótica causada por GNM

A utilização da terapia imunossupressora nessa condição deve ser ponderada em relação a quando deve ser iniciado o tratamento imunossupressor ou similar, ressaltando-se que a escolha do momento e do medicamento para tratar a GNM vem sendo motivo de controvérsias nas últimas décadas . Entre as recomendações mais aceitas para o tratamento de adultos com GNM idiopática, é imprescindível que se diagnostique síndrome nefrótica vigente e que, pelo menos, uma das seguintes condições esteja presente:

☐ Excreção urinária de proteínas persistentemente superior a 4g/dia, que se mantenha acima de 50% do valor basal, sem apresentar declínio progressivo, durante terapia antihipertensiva e antiproteinúrica ao longo de um período de observação de pelo menos seis meses;

☐ presença de sintomas relacionados à síndrome nefrótica que se mostrem graves ou incapacitantes ou que se constituam em ameaça à vida; ou

☐ aumento da creatinina sérica em 30% ou mais dentro de 6 a 12 meses a partir do diagnóstico, desde que a TFG estimada não seja inferior a 25–30mL/min/1,73m2 e esta alteração não seja explicada por complicações superpostas. É recomendado que não se use terapia imunossupressora em pacientes com creatinina sérica persistentemente maior que 3,5mg/dL (ou TFGe <30mL/min/1,73m2) e redução do tamanho renal ao exame de ultrassonografia ou em pacientes com infecções concomitantes graves ou que se constituam em potencial ameaça à vida.

Esquemas terapêuticos para GNM idiopática

Diferentemente do que acontece com outras doenças glomerulares que se manifestam como síndrome nefrótica, não é recomendável que a GNM idiopática seja tratada inicialmente com monoterapia com corticosteroide. Os dois esquemas principais em uso para o tratamento da GNM idiopática são:

Esquema de Ponticelli: Preconiza-se como terapia inicial o esquema de Ponticelli, que corresponde a seis meses de tratamento, em que se alternam pulsoterapia com metilprednisolona nos meses 1, 3 e 5 com corticosteroide VO e agente alquilante (ciclofosfamida) VO nos meses 2, 4 e 6. Cuidados especiais com esse esquema se devem ao uso dos agentes alquilantes. Preconizase usar ciclofosfamida (2mg/kg/dia por via oral). Esse medicamento deve ser suspenso se a contagem total de leucócitos chegar a níveis inferiores a 3.500/mm3 até que se recupere, tornandose superior a 4.000/mm3. A resposta ao tratamento pode não ser imediata, de modo que se recomenda que os pacientes sejam conduzidos de forma conservadora por pelo menos seis meses após esse esquema terapêutico ser completado, antes que se considere que houve falha terapêutica se não tiver ocorrido remissão, a menos que a função renal esteja se deteriorando ou haja sintomas graves, incapacitantes ou que potencialmente ameacem a vida relacionados à síndrome nefrótica. Também é descrito que o uso diário contínuo (não cíclico) de agentes alquilantes VO é efetivo, mas pode associar-se a maior risco de toxicidade, particularmente quando administrado por mais de seis meses. Portanto, seu uso deve ser recomendado caso a caso e os pacientes monitorados quanto à manifestação de toxicidade. Inibidores de calcineurina (ICN) Caso haja contraindicação ao uso do esquema de Ponticelli ou o paciente não aceite fazer o tratamento com ele, uma terapia alternativa é tratar

com ciclosporina, por um período de pelo menos 6 meses.

Posologia: Ciclosporina: Dose de 3,5–5,0mg/kg/dia VO dividada em duas doses iguais, tomadas de 12 em 12 horas, associada a prednisona 0,15mg/kg/dia, ambas por um período de 6 meses. Preconiza-se iniciar a ciclosporina com a dose na faixa mais baixa e aumenta-la gradualmente, se necessário, para evitar nefrotoxicidade aguda. A ciclosporina deve ser suspensa em pacientes que não alcançam remissão completa ou parcial após seis meses de tratamento. A dose dose de ciclosporina deve reduzida a intervalos de 4–8 semanas para níveis de cerca de 50% da dose inicial, desde que a remissão seja mantida e não haja nefrotoxicidade relacionada ao seu uso que limite o tratamento, e a dose reduzida deve ser mantida por pelo menos 12 meses. Em caso de recidiva de síndrome nefrótica em adultos com GNM idiopática, preconiza-se que se utilize novamente a mesma terapia que resultou na remissão inicial e, no caso do esquema de Ponticelli, que esse esquema terapêutico seja repetido apenas uma vez.

Nefropatia por IgA (NIgA)

Considerações clínicas e histopatológicas A NIgA é considerada a glomerulopatia mais comum em todo o mundo. Manifesta-se sobretudo na forma de hematúria, mas essa doença apresenta-se clinicamente das formas mais variadas, incluindo a síndrome nefrótica e até a glomerulonefrite rapidamente progressiva. Como nas demais glomerulopatias, faz-se necessário afastar possíveis doenças associadas que possam ser determinantes da NIgA.

Tratamento da síndrome nefrótica causada por NIgA

Apesar de sua frequência e dos numerosos estudos sobre o assunto, ainda existem muitas controvérsias em relação a medidas terapêuticas específicas para a síndrome nefrótica causada por IgA. Mais recentemente, tratamentos direcionados a alvos específicos definidos em estudos de sua patogênese têm apresentado resultados promissores.

Tratamento antiproteinúrico

Recomenda-se tratamento de longo prazo com inibidor da enzima de conversão da angiotensina (iECA) ou bloqueador do receptor 1 da angiotensina II (BRA) quando a proteinúria é >1g/dia, com aumento gradual da dose na dependência da pressão arterial. Preconiza-se o tratamento com IECA ou BRA se a proteinúria estiver entre 0,5 e 1g/dia. As doses de IECA ou BRA serão aumentadas gradualmente na medida em que sejam toleradas, para alcançar proteinúria <1g/dia.

Controle da pressão arterial

Em casos de NIgA, devem-se considerar como metas de controle da pressão arterial: - Quando a proteinúria inicial é < /dia: < 130/80mmHg e - quando a proteinúria inicial é > 1g/dia: < 125/75mmHg

Corticoterapia: Preconiza-se que pacientes com proteinúria persistentemente ≥ 1g/dia, apesar de 3–6 meses de cuidados de suporte otimizados (inclusive IECA ou BRA e controle de pressão arterial), e taxa de filtração glomerular (TFG) < 50mL/min/1,73m2, recebam um curso de seis meses de corticoterapia com prednisona 81-84. Recomenda-se tratar como AGM a NIgA com padrão de AGM, ou seja, os pacientes com síndrome nefrótica com achados histopatológicos de AGM e depósitos mesangiais de IgA na biopsia.

Outros agentes imunossupressores: Preconiza-se tratar a NIgA com corticosteroides combinados com ciclofosfamida (2mg/kg/dia via oral) apenas em caso de NIgA crescêntica com deterioração rápida da função renal. A terapia imunossupressora não deve utilizada por pacientes com TFG <30mL/min/1,73m2, exceto em caso de NIgA crescêntica com deterioração rápida da função renal.

Glomerulonefrite membranoproliferativa

Considerações clínicas e histopatológicas

A denominação glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP) atualmente se refere a um padrão histopatológico proliferativo de membrana, definido por achados de microscopia óptica, e compartilhado por algumas doenças distintas. Comumente, apresenta-se como síndrome nefrótica associada a hematúria, mas em alguns pacientes a sua apresentação pode ser como síndrome nefrítica aguda, ou hematúria acompanhada ou não de proteinúria de pequena monta. A classificação da GNMP é baseada sobretudo nos achados de imunofluorescência, subdividindo-a em dois grupos principais: - GNMP com depósitos de imunoglobulinas com ou sem complemento (compreendendo GNMP I e III da antiga classificação); e - GNMP com depósitos apenas de complemento (como as glomerulopatias do C3, que englobam doença de depósitos densos ou DDD e glomerulonefrite por C3) 37, correspondendo à GNMP do tipo II da antiga classificação.

Deve-se ressaltar, entretanto, que a denominação de glomerulopatia do C3 atualmente abrange um conjunto de condições definidas independentemente dos achados das microscopias óptica e eletrônica, que vão além do padrão membranoproliferativo aqui em destaque. Essa proposta de classificação da GNMP, baseada nos achados de imunofluorescência do material obtido pela biopsia renal, tem implicações na investigação laboratorial à qual deverá ser submetido o paciente, uma vez definido o diagnóstico histopatológico. Assim, quando detectadas imunoglobulinas na imunofluorescência, a avaliação deve concentrar-se na pesquisa de infecções, doenças autoimunes e gamopatias monoclonais, sem esquecer a possibilidade de crioglobulinemia. Quando a GNMP é mediada por imunoglobulinas, também pode ocorrer deposição de frações do complemento, C3 e mesmo C4 ao longo das paredes capilares por

ativação da via clássica. Por outro lado, nas formas mediadas por complemento, a imunofluorescência revela predominantemente C3 e não se observa ou inexiste deposição significativa de imunoglobulinas.

Importa destacar a associação da GNMP tipo I com infecções, em particular com hepatite C e, por vezes, com hepatite C e crioglobulinemia. Também são descritas associações com endocardite bacteriana e outras infecções bacterianas crônicas.

Tratamento da síndrome nefrótica causada por GNMP Em se tratando de GNMP, mais que em outras doenças glomerulares, antes de se optar por imunossupressão, a investigação de possível doença subjacente deve ser realizada, com especial atenção a infecções, em particular a hepatite C. Inexiste clareza quanto ao melhor tratamento para a GNMP. Deve-se, como em outras glomerulopatias, instituir medidas de proteção da função renal o quanto antes, incluindo o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona como recurso antiproteinúrico e para controle de pressão arterial, para o qual podem ser usados adicionalmente outros anti-hipertensivos; e medidas para tratamento de outros distúrbios, como a dislipidemia, também devem ser iniciadas. Em se tratando de GNMP secundária, o tratamento deve ser direcionado inicialmente à doença de base, ainda que em algumas situações a imunossupressão também precise ser considerada. É descrito que o tratamento de adultos com GNMP idiopática frequentemente não é bem sucedido e que a progressão para DRC em estágio terminal ocorre em 60% dos pacientes dentro de 10 anos. Embora crianças com GNMP idiopática possam responder a corticoterapia, não há relato de benefício expressivo no caso dos adultos 96. Ainda que não exista um esquema ideal, preconizase que adultos com GNMP idiopática que se manifeste com síndrome nefrótica e declínio progressivo da função renal sejam tratados com ciclofosfamida 2mg/kg/dia VO, associada a corticosteroide em baixa dose, em dias alternados ou diariamente, com duração do tratamento inicial de menos de seis meses

Tratamento de SN independentemente do tipo histológico

Embora, em geral, o tratamento da síndrome nefrótica em adulto seja definido com base no diagnóstico histológico, alguns estudos foram direcionados ao tratamento da condição nefrótica independentemente do tipo histológico. Na prática, esses resultados podem ser úteis para orientar situações em que o diagnóstico não ficou claro, mesmo com a realização da biopsia renal e o exame histopatológico do material obtido, ou em que não foi possível realizar a biopsia, por motivos diversos, como falta de recursos materiais e humanose, mas, sobretudo, por contra-indicação absoluta à realização do procedimento de biopsia, em razão de condições específicas do paciente.

MONITORIZAÇÃO

Monitorização da resposta ao tratamento A monitorização da resposta à terapia imunossupressora será realizada por critérios clínicos e laboratoriais, visando a uma resposta total ou parcial (vide critérios de resposta ao tratamento). Os exames laboratoriais devem ser solicitados mensalmente e incluem a dosagem de creatinina sérica, proteinúria de 24 horas ou o índice proteína/creatinina em amostra de urina aleatória, albumina sérica, exame de urina (físico, químico e sedimento urinário), hemograma, plaquetas, glicemia e dosagem de hemoglobina glicada.

O perfil lipídico (colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL e triglicerídeos) deve ser solicitado ao término do tratamento, para verificar sua normalização. Para controle e correção dos efeitos adversos do estado nefrótico (e também nos casos de recidiva da SN após resposta inicial) e das intervenções terapêuticas, como do uso de diuréticos de alça (furosemida), inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueador do receptor da angiotensina, deve-se proceder à dosagem sérica de sódio, potássio, reserva alcalina (bicarbonato) e cálcio.

O controle da hipertensão arterial sistêmica associada a doença parenquimatosa renal ou aos eventos adversos dos imunossupressores como corticosteroides e inibidores de calcineurina deve ser rigoroso, e a pressão arterial deve ser verificada a cada consulta. Nos casos de GNMP primária com consumo de C3, a dosagem sérica de C3 deve ser feita para monitorizar a sua normalização ou nova queda. Nos pacientes em uso de ciclosporina, a dosagem de creatinina sérica e a medida sérica do nível deste medicamento deverão ser realizadas a cada quatro semanas, ou sempre que indicado, para evitar nefrotoxicidade aguda ou crônica associada ao inibidor da calcineurina (ver reações adversas a seguir), pois esses medicamentos podem causar fibrose intersticial e atrofia tubular renal, induzindo insuficiência renal progressiva. O nível terapêutico desejado de ciclosporina é estabelecido pelo "nível de vale", quando o sangue para dosagem do medicamento é coletado 1 hora antes de o paciente ingerir a próxima dose (p. ex., coletar o sangue às 8 horas e tomar o medicamento às 9 h). Na fase inicial do tratamento, para ciclosporina considera-se um nível aceitável a concentração de 100-200 ng/mL40. Deve-se ajustar a dose diária sempre em bases individuais, pois o metabolismo hepático do medicamento é extremamente variável.

A solicitação de outros exames deve ser individualizada de acordo com a evolução clínica do paciente, eventuais intercorrências, complicações do estado nefrótico ou aquelas relacionadas às comorbidades que o paciente apresenta. Como exemplos, radiografia simples de tórax, ecografia de vias urinárias, urocultura com antibiograma, provas de função hepática, dosagem sérica de ácido úrico e exames cardiovasculares, entre outros.

Monitorização das reações adversas aos imunossupressoras

O tratamento da SN primária com imunossupressores está associado a eventos adversos de gravidade variável, pois os esquemas terapêuticos estendem-se por meses ou mesmo anos de uso contínuo desses medicamentos.

Os eventos adversos e a conduta recomendada no seu tratamento serão discriminados a seguir, por medicamento: Prednisona: Fácies cushingoide, hirsutismo, acne, fadiga, miopatia, hipertensão arterial, diabete melito, dislipidemia, aumento do risco de infecções, aumento de peso, leucocitose, linfopenia, úlcera péptica, pancreatite, transtornos psiquiátricos, equimoses, osteoporose, necrose asséptica, catarata e glaucoma 102.

Tratamento clínico de acordo com o evento adverso: - Uso estrito da prednisona conforme preconizado com redução da dose até manutenção com dose mínima e suspensão logo que possível; -a suspensão da prednisona deve ser lenta para evitar insuficiência adrenal; - uso preventivo de bloqueador de bomba de prótons se história prévia de úlcera péptica; - controle da pressão arterial e do diabete; - orientação nutricional para perda de peso; e - suspensão da prednisona e tentativa com tratamento alternativo na presença de eventos adversos graves (p. ex., úlcera péptica, infecção sistêmica, diabete descompensado, necrose asséptica e glaucoma). Ciclofosfamida: Alopecia, infertilidade, amenorreia, náusea, vômitos, mucosite, cistite hemorrágica, leucopenia, anemia, trombocitopenia (pancitopenia);reações incomuns: neoplasias (síndrome mielodisplásica, leucemia mielóide aguda e carcinoma transicional de bexiga e de ureter ou de pelve renal), disfunção ventricular, cardiotoxicidade (miocardite), reação anafilática, hepatite tóxica, reativação de hepatite viral, fibrose pulmonar e hiperuricemia

Tratamento clínico de acordo com o evento adverso:

Controle de mielotoxicidade: Nos casos de paciente em uso de ciclofosfamida deverá ser realizado hemograma quinzenalmente nos dois primeiros meses e após, mensalmente. Em caso de redução da contagem de leucócitos, a dose da ciclofosfamida deverá ser reduzida em 50%. Se a contagem de leucócitos estiver abaixo de 3.000/mm3, os neutrófilos abaixo de 1.500/mm3 ou as plaquetas abaixo de 100.000/mm3, o medicamento deverá ser suspenso 9, 40. Hidratação adequada e uso de mesna quando a ciclofosfamida for administrada por infusão endovenosa em pulsoterapia, para prevenir irritação vesical e cistite hemorrágica.

Dosagens séricas de aspartatoaminotransferase (AST/TGO) e alaninoaminotransferase (ALT/TGP) deverão ser realizadas mensalmente. Se os valores das aminotransferases/transaminases forem superiores a 2,0 a 2,5 vezes o valor basal (os limites superiores variam conforme o laboratório), a ciclofosfamida deve ser suspensa. Ciclosporina: Nefrotoxicidade aguda ou crônica, hirsutismo, hipertrofia gengival, neurotoxicidade (tremor fino

de extremidades), hipertensão arterial, hiperlipidemia, diabete melito, piora do diabete prévio, hiperuricemia, rabdomiólise (principalmente quando associada a estatina) e microangiopatia trombótica/síndrome hemolítico-urêmica.

Tratamento clínico de acordo com o evento adverso: Monitorização seriada do nível sérico de vale da ciclosporina (ver acima), com adequação da dose (se nível elevado, redução da dose e re-dosagem). Se o evento adverso não é controlado ou se for de maior gravidade, ou se houver intolerância ao medicamento, optar por suspender a ciclosporina e iniciar outro imunossupressor do esquema específico da glomerulopatia em tratamento.

Periodicidade das consultas médicas e exames laboratoriais As periodicidades das consultas médicas e da realização dos exames dependem da fase do tratamento. Na fase inicial, enquanto se mantiver o tratamento imunossupressor em doses altas e permanência da síndrome nefrótica, as avaliações devem ser mensais, ou em intervalos quinzenais nos pacientes em uso de citotóxico, principalmente para detecção imediata de leucopenia ou pancitopenia, quando o medicamento deve ser suspenso pelo risco de infecções bacterianas, virais ou fúngicas oportunistas, complicações essas associadas a grande potencial de morbidade e mortalidade no paciente nefrótico. Nos pacientes que entram em remissão da glomerulopatia com resposta total (proteinúria < 0,2 g/24h ou IPC < 0,3 com albumina > 3,5 g/dl) ou parcial (proteinúria 0,2 a 3,0 g/24h ou IPC entre 0,3 e 3,0), as consultas serão a cada 60 ou 90 dias até o final do primeiro ano. Transcorrido esse período, o paciente deverá ser reavaliado a cada 4 meses no segundo ano e a cada 6 meses, no terceiro ano. Após 4 a 5 anos, se o paciente não apresentou recidiva da síndrome nefrótica e encontra-se clinicamente estável, as consultas são realizadas a cada 12 meses.

REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas, a adequação de uso do medicamento e o acompanhamento pós-tratamento. Os doentes de síndrome nefrótica primária devem ser atendidos, especialmente na fase aguda, em serviços especializados, para seu adequado diagnóstico e inclusão no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. J. F. Introduction to glomerular disease: clinical presentations. In: Saunders E, editor. Johnson RJ, Feehally J, Floege J, eds Comprehensive Clinical Nephrology. 5th ed. Philadelphia, PA2015. p. 182-94.

2. Polito MG, de Moura LA, Kirsztajn GM. An overview on frequency of renal biopsy diagnosis in Brazil: clinical and pathological patterns based on 9,617 native kidney biopsies. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association. 2010;25(2):490-6.

3. Malafronte P, Mastroianni-Kirsztajn G, Betonico GN, Romao JE, Jr., Alves MA, Carvalho MF, et al. Paulista Registry of glomerulonephritis: 5-year data report. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association. 2006;21(11):3098-105.

4. Costa DM, Valente LM, Gouveia PA, Sarinho FW, Fernandes GV, Cavalcante MA, et al. Comparative analysis of primary and secondary glomerulopathies in the northeast of Brazil: data from the Pernambuco Registry of Glomerulopathies - REPEG. Jornal brasileiro de nefrologia : 'orgao oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia. 2017;39(1):29-35.

5. Kodner C. Diagnosis and Management of Nephrotic Syndrome in Adults. American family physician. 2016;93(6):479-85.

6. Wilmer WA, Rovin BH, Hebert CJ, Rao SV, Kumor K, Hebert LA. Management of glomerular proteinuria: a commentary. Journal of the American Society of Nephrology : JASN. 2003;14(12):3217-32.

7. Floege J, Amann K. Primary glomerulonephritides. Lancet (London, England). 2016;387(10032):2036-48.

8. Radhakrishnan J, Cattran DC. The KDIGO practice guideline on glomerulonephritis: reading between the (guide)lines—application to the individual patient. Kidney International.82(8):840-56.

9. Charlesworth JA, Gracey DM, Pussell BA. Adult nephrotic syndrome: non-specific strategies for treatment. Nephrology (Carlton, Vic). 2008;13(1):45-50.

10. Veronese FV, Dode RS, Friderichs M, Thome GG, da Silva DR, Schaefer PG, et al. Cocaine/levamisole-induced systemic vasculitis with retiform purpura and pauci-immune glomerulonephritis. Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas. 2016;49(5):e5244.

11. Siddall EC, Radhakrishnan J. The pathophysiology of edema formation in the nephrotic

syndrome. Kidney Int. 2012;82(6):635-42.
12. Cadnapaphornchai MA, Tkachenko O, Shchekochikhin D, Schrier RW. The nephrotic syndrome: pathogenesis and treatment of edema formation and secondary complications. Pediatric nephrology (Berlin, Germany). 2014;29(7):1159-67.
13. Ellis D. Pathophysiology, Evaluation, and Management of Edema in Childhood Nephrotic Syndrome. Frontiers in pediatrics. 2015;3:111.

1. INTRODUÇÃO

O glaucoma é uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é o aumento da pressão intraocular (PIO) e cujo desfecho principal é a cegueira irreversível. O fator de risco mais relevante e estudado para o desenvolvimento da doença é a elevação da PIO. Os valores normais situam-se entre 10 e 21 mmHg. Quando a PIO está aumentada, mas não há dano evidente do nervo óptico nem alteração no campo visual, o paciente é caracterizado como portador de glaucoma suspeito por hipertensão ocular (HO). Quando a PIO está normal e o paciente apresenta dano no nervo óptico ou alteração no campo visual, ele é classificado como portador de glaucoma de pressão normal. Exceto no glaucoma de início súbito, chamado glaucoma agudo, a evolução é lenta e principalmente assintomática. Essa doença afeta mais de 67 milhões de pessoas no mundo, das quais 10% são cegas (acuidade visual corrigida no melhor olho de 0,05 ou campo visual com menos de 10 graus no melhor olho com a melhor correção óptica).

Após a catarata, o glaucoma é a segunda causa de cegueira, além de ser a principal causa de cegueira irreversível. No Brasil, há escassez de informações quanto à prevalência do glaucoma. A maior parte dos estudos é restrita, antiga e mostra prevalência de 2% a 3% na população acima de 40 anos, com aumento da prevalência conforme o aumento da idade4–6. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia adota a prevalência de 2% a 3% na população brasileira acima de 40 anos, sendo que 50% a 60% destes diagnósticos são de glaucoma primário de ângulo aberto e em torno de 20% são de glaucoma primário de ângulo fechado7. Vários fatores de risco, além da PIO aumentada, já foram identificados: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, etnia (negra para o de ângulo aberto e amarela para o de ângulo fechado), história familiar, ametropia (miopia para o de ângulo aberto e hipermetropia para o de ângulo fechado), pressão de perfusão ocular diminuída, diabetes melito tipo 2, fatores genéticos e outros fatores especificados.

Diversos estudos demonstraram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes. A prevalência é três vezes maior e a chance de cegueira pela doença é seis vezes maior em indivíduos latinos e afrodescendentes em relação aos caucasianos. Com relação à história familiar, estudos revelaram que basta um caso familiar de glaucoma para aumentar significativamente a chance de o indivíduo desenvolver a doença. Segundo o Rotterdam Eye Study, a chance de um indivíduo com irmão com glaucoma desenvolver a doença é 9,2 vezes maior do que a da população geral. A maioria dos casos não está vinculada a fatores

relacionados aos genes, o que sugere que o dano glaucomatoso é multifatorial. Enxaqueca e vasoespasmo periférico foram consistentemente relacionados como fatores de risco, ao passo que outras doenças vasculares (por exemplo, hipertensão arterial sistêmica) não tiveram associação confirmada. Córneas com espessura mais fina (igual ou inferior a 555 micrômetros) subestimam a PIO, ao passo que córneas espessas superestimam essa medida. Os estudos são controversos sobre se a medida da paquimetria é um fator de risco independente da PIO ou se a medida da córnea mais fina subestima uma PIO aumentada que causa um dano glaucomatoso. Pressão de perfusão ocular diminuída é a diferença entre a pressão arterial e a PIO.

Estudos sugeriram que uma baixa pressão sistólica (igual ou inferior a 125 mmHg) ou uma baixa pressão diastólica (inferior a 50 mmHg) estão relacionadas a uma maior prevalência de glaucoma primário de ângulo aberto. Há evidências crescentes de que o dano microvascular no nervo óptico causado pelo diabetes melito tipo 2 aumenta significativamente a prevalência de glaucoma. O glaucoma pode ser classificado das seguintes formas: glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), glaucoma de pressão normal (GPN), glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário. O GPAA, forma mais comum de glaucoma, é diagnosticado por PIO superior a 21 mmHg, associado a dano no nervo óptico ou a defeito no campo visual compatível com glaucoma e ausência de anormalidades na câmara anterior e de anormalidades sistêmicas ou oculares que possam aumentar a PIO. Segundo diversos estudos populacionais, a prevalência de 2 GPAA aumenta à medida que a PIO se eleva. Ademais, pesquisas demonstraram que a redução pressórica retarda a progressão do dano glaucomatoso. Diferentes estudos evidenciaram que apenas uma proporção de pacientes com PIO acima de 21 mmHg tem glaucoma, sugerindo a arbitrariedade de tal valor. A prevalência de glaucoma primário de ângulo fechado é maior em indivíduos da etnia amarela, variando entre 3% a 5% nessa população acima de 40 anos.

A triagem populacional para glaucoma não se mostrou custo-efetiva nos Estados Unidos. Ela parece ser mais útil quando focada em populações de risco, como idosos, pacientes com familiares glaucomatosos e indivíduos latinos e afrodescendentes. No Brasil, há carência de estudos de custo-efetividade da triagem para glaucoma. O tratamento clínico é tópico e semelhante nas diferentes formas de glaucoma. Entretanto, há particularidades inerentes a cada uma delas que exigem tratamento individualizado, como os procedimentos cirúrgicos e a laser. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária

um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE (CID-10)

H 40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto;

H 40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado;

H 40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular;

H 40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular;

H 40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;

H 40.6 Glaucoma secundário a drogas;

H 40.8 Outro glaucoma; Q15.0 Glaucoma congênito.

DIAGNÓSTICO

A avaliação oftalmológica do paciente deve ser binocular e abordar os seguintes itens para o diagnóstico do glaucoma e para a determinação da sua gravidade:

Anamnese;

Medida da acuidade visual (AV) com melhor correção;

Exame pupilar para avaliação de reatividade à luz e procura de defeito pupilar aferente relativo;

Biomicroscopia de segmento anterior para avaliação da profundidade da câmara anterior, de doenças corneanas ou de causas secundárias para o aumento da PIO; Aferição da PIO, idealmente medida com tonometria de aplanação de Goldmann, em diferentes dias e horários, para reconhecimento da flutuação diária; e

Avaliação do nervo óptico e da camada de fibras nervosas (CFN) para o fornecimento de informações estruturais sobre o dano glaucomatoso. O nervo óptico deve ser avaliado com biomicroscopia de fundo e fundoscopia sob midríase e ser documentado, idealmente, com retinografia colorida binocular.

As seguintes características devem ser avaliadas no exame do nervo óptico:

a) Formato e tamanho do disco óptico: a forma usual do disco óptico é oval, com grande variação de tamanho na população. Ambos os fatores influenciam outros parâmetros importantes para o diagnóstico, como a relação escavação/disco e avaliação do anel neural;

b) Tamanho e forma da escavação do disco óptico: a escavação normal costuma ser

central e arredondada ou ovalada. Uma escavação maior na vertical é fortemente indicativa de glaucoma, uma vez que menos de 7% dos olhos normais apresentam uma relação maior entre escavação e disco (E/D) no eixo vertical. Identifica-se a escavação pela deflexão dos vasos sanguíneos e pela visibilidade da lâmina cribiforme, sendo geralmente quantificada como uma fração decimal e idealmente avaliada nos sentidos vertical e horizontal. Na maior parte da população, a relação E/D é igual ou inferior a 0,4. Entretanto, em indivíduos normais, é possível encontrar uma relação E/D de até 0,8. Discos ópticos com maior diâmetro comportam uma escavação fisiológica maior. Portanto, deve-se sempre considerar o tamanho do disco para a aferição correta da escavação. A presença de assimetria de escavação é mais importante do que o tamanho da escavação, uma vez que menos de 0,5% dos indivíduos normais apresenta assimetria acima de 0,275;

c) Área e configuração do anel neural: o anel neural é a porção do disco óptico formada pelos axônios das células ganglionares retinianas, tecido glial e vasos sanguíneos, delimitado pela deflexão dos vasos e pela distância da lâmina cribiforme. As rimas superiores e inferiores do anel neural recebem mais axônios, sendo, portanto, maiores. A rima temporal recebe axônios exclusivamente da região macular, sendo, assim, menor. Diversos estudos mostraram que, independentemente do tamanho do disco óptico, os indivíduos saudáveis apresentam a rima inferior mais espessa, seguida da superior, nasal e temporal, originando, assim, a regra ISNT. A lesão glaucomatosa manifesta-se como afinamento do anel neural, que pode ser generalizado ou localizado. A perda generalizada pode ocorrer em até 44% dos olhos glaucomatosos sem prejuízo da regra ISNT, levando à dificuldade no diagnóstico. A perda localizada aparece com a mesma frequência da generalizada, iniciando nas regiões temporal superior e temporal inferior, com o aumento da escavação vertical. A perda localizada pode se estender, comprometendo inteiramente o tecido neural até o anel escleral, com exposição da lâmina cribiforme. Esse tipo de perda localizada ou em chanfradura, também conhecido como notch, está fortemente associado ao glaucoma, mas não é patognomônico dessa doença. Outros achados, como palidez do disco óptico, também podem ser vistos, devendo ser realizado o diagnóstico diferencial com neuropatias ópticas não glaucomatosas;

d) Configuração da lâmina cribiforme: a visibilidade dessa estrutura é maior quando há perda do tecido neural que a recobre, como no glaucoma, ou quando o disco óptico é grande. A perda glaucomatosa é maior nos polos superior e inferior do disco, estando associada a poros com diâmetros maiores nessas regiões, onde haveria menos tecido

conjuntivo para sustentação. Outro achado que deve ser buscado é a fosseta de nervo óptico. A fosseta adquirida representa uma ectasia da lâmina cribiforme, devendo ser diferenciada da fosseta congênita, que é uma depressão localizada do disco óptico, geralmente presente na região temporal ou temporal superior do disco. A fosseta adquirida se relacionaria a dano mais grave do nervo óptico e estaria mais presente em olhos com progressão do glaucoma;

e) Região peripapilar: as atrofias retinianas peripapilares podem ocorrer em indivíduos normais, porém estão associadas ao glaucoma. A atrofia na zona beta corresponde a uma área adjacente ao disco óptico onde são visualizados os vasos coroideanos e a esclera, correspondendo à perda quase total do epitélio pigmentado da retina e dos fotorreceptores. A atrofia na zona alfa circunda a zona beta, sendo visualizada como hipo e hiperpigmentações, que correspondem a variações na quantidade de melanina no epitélio pigmentado da retina. A zona beta é mais comum e extensa em olhos com glaucoma do que em olhos normais. Alguns estudos sugerem que, em olhos pequenos e com discos ópticos pequenos, a neuropatia óptica glaucomatosa pode ser detectada de maneira mais fácil pela atrofia peripapilar do que pela relação E/D;

f) Configuração dos vasos sanguíneos do disco óptico: as alterações vasculares são aquelas relacionadas à posição dos vasos no disco óptico, como desnudamento do vaso circunlinear, vaso em passarela, distância de saída do tronco vascular da retina, vaso em baioneta, vasos colaterais, além do estreitamento arteriolar difuso ou localizado. Hemorragias do 4 nervo óptico podem ser encontradas no glaucoma, porém sua presença não é patognomônica. As hemorragias podem ser encontradas dentro do disco óptico, sobre a lâmina cribriforme, sobre o anel neural ou na borda do disco óptico. São mais frequentes nas regiões temporal inferior ou temporal superior do disco óptico e nas regiões onde há maior perda neural, tendo sido relacionadas a defeitos de campo visual e à progressão do glaucoma. Há evidências de que as hemorragias do disco óptico são mais frequentes em pacientes com glaucoma de pressão normal do que nos pacientes com GPAA. Apesar de as hemorragias do nervo óptico estarem presentes em outras condições, como hipertensão arterial, diabetes melito ou descolamento posterior do vítreo, em ensaios clínicos randomizados a presença de hemorragias do nervo óptico foi um dos fatores de risco mais importantes para a progressão do glaucoma.

Se houver suspeita de glaucoma, exames devem ser realizados como forma de complementar a investigação diagnóstica (nos casos de glaucoma estabelecido, visam a auxiliar na definição etiológica e de gravidade). A gonioscopia avalia o ângulo

iridocorneano, identificando a amplitude do ângulo da câmara anterior, o grau de pigmentação, a altura da inserção iriana e a configuração da íris. O diagnóstico de GPAA requer uma gonioscopia para excluir o fechamento angular e outras causas de aumento da PIO, como recesso angular, dispersão pigmentar, sinéquias anteriores periféricas, neovascularização de ângulo e precipitados inflamatórios80.

A paquimetria ultrassônica avalia a espessura corneana central e influencia a estimativa da PIO. Há controvérsia se a córnea fina é um fator de risco não influenciado pela PIO ou se está relacionada à sua medida. A espessura média corneana central varia conforme a etnia, estando situada entre 534 e 556 micrômetros. Portanto, córneas com espessura menor tendem a subestimar a PIO, ao passo que as de espessura maior superestimam a medida.

A campimetria visual (campimetria computadorizada estática acromática) é o exame padrão-ouro para detectar o dano funcional do glaucoma e para monitorizar sua progressão. Programas que analisam os 24 a 30 graus centrais são utilizados na rotina de avaliação de danos glaucomatosos iniciais e moderados. Glaucomas com danos avançados necessitam de uma avaliação mais detalhada dos 10 graus centrais. Apesar de poder estar associado à perda difusa de sensibilidade, o glaucoma tipicamente provoca defeitos localizados de campo visual, como escotoma paracentral (superior ou inferior), aumento da mancha cega, degrau nasal (superior ou inferior) e escotoma arqueado (superior ou inferior).

Vários critérios podem ser utilizados para realizar o diagnóstico de defeito de campo visual no glaucoma, não havendo consenso a respeito do melhor critério a ser adotado. Recomenda-se correlacionar as alterações anatômicas visíveis do nervo óptico e da CFN com os resultados obtidos no exame do campo visual. A identificação da progressão dos defeitos perimétricos pode ser feita pela observação de um dos seguintes eventos: surgimento de novo defeito, aumento em extensão de área já alterada e aumento em profundidade de defeito já estabelecido. Para avaliar a progressão, é fundamental escolher dois ou mais exames estáveis e confiáveis que serão considerados para compor um exame basal. Deve-se evitar a inclusão do primeiro exame devido à inconsistência de seus resultados. Não há indicação de outros exames como perimetria azul-amarelo para avaliação de progressão de dano glaucomatoso já estabelecido. Todo defeito no campo visual deve ser compatível com a doença glaucomatosa e reprodutível. O exame de tomografia de coerência óptica (TCO) é uma técnica de imagem óptica que fornece imagens da espessura de camada de fibras nervosas da retina e do nervo óptico,

permitindo discriminar indivíduos glaucomatosos de indivíduos saudáveis. O desempenho diagnóstico da TCO para glaucoma evidencia a possibilidade de otimizar a acurácia diagnóstica do glaucoma, quando associada aos exames tradicionais. Portanto, o exame de TCO é preconizado para confirmação diagnóstica de glaucoma em pacientes suspeitos pelo aspecto do disco óptico, alterações do campo visual ou pressão intraocular elevada.

CASOS ESPECIAIS

Glaucoma congênito

No glaucoma congênito, ocorre obstrução da drenagem do humor aquoso causada por uma anormalidade do desenvolvimento ocular. Seu tratamento é primariamente cirúrgico. Nos casos em que, após o procedimento cirúrgico, a PIO permanece elevada, o tratamento clínico preconizado neste Protocolo pode ser instituído. Glaucoma primário de ângulo fechado O glaucoma primário de ângulo fechado, segunda forma mais comum de glaucoma, associa-se a dano no nervo óptico ou a repercussão no campo visual secundários ao fechamento angular primário. Ocorre mais frequentemente em indivíduos hipermetropes. Ademais, especula-se que pacientes com miopia axial possam ter um menor suporte escleral no nervo óptico, o que os tornaria mais vulneráveis ao dano glaucomatoso.

Nesse tipo de glaucoma, há um fechamento parcial ou completo do ângulo da câmara anterior, decorrente de condições anatômicas que propiciam a aposição ou a adesão da periferia da íris à sua parede externa (goniossinéquias), com frequente elevação da PIO de forma aguda, subaguda ou crônica.

O fechamento angular primário pode levar, em alguns casos, ao desenvolvimento de neuropatia óptica glaucomatosa. Quando não for possível identificar sem manobras de indentação o trabeculado pigmentado em 180 graus ou mais à gonioscopia, não houver vestígios de toque iridotrabecular prévio, de goniossinéquias ou de neuropatia óptica glaucomatosa e a PIO encontrarse normal, o paciente será classificado como suspeito de fechamento angular primário. Caso se evidencie toque iridotrabecular ou goniossinéquias ou aumento da PIO, sem evidência de neuropatia glaucomatosa, o paciente será classificado como tendo fechamento angular primário. Caso haja neuropatia glaucomatosa, há glaucoma primário de ângulo fechado. Há quatro tipos básicos de mecanismos de fechamento angular primário: bloqueio pupilar, íris em platô, fechamento angular induzido pelo cristalino e associação de mecanismos. O tratamento básico,

quando há bloqueio pupilar, baseia-se na criação de um pertuito que possibilite a comunicação do humor aquoso entre as câmaras anterior e posterior do olho, geralmente por meio de iridotomia a laser ou cirurgia fistulizante8. Após o procedimento, é necessário avaliar a necessidade de tratamento medicamentoso de uso contínuo, podendo o paciente ser incluído neste Protocolo. A íris em platô ocorre devido a uma maior espessura de sua periferia, sua inserção mais anterior ou posicionamento mais anterior dos processos ciliares. Nessa condição, o ângulo é fechado pela periferia da íris, mesmo na presença de uma iridotomia patente (síndrome da íris em platô).

Geralmente, esses olhos apresentam câmara anterior de profundidade normal na região central em contraposição à câmara rasa na periferia e ângulo estreito. A gonioscopia de indentação pode revelar uma dupla corcova, mecanismo que pode estar associado ao bloqueio pupilar. A síndrome de íris em platô é incomum. O diagnóstico definitivo é feito quando ocorre aumento da PIO provocado pelo fechamento angular agudo em um olho com iridotomia patente. O tratamento pode requerer iridoplastia periférica a laser, uso contínuo de mióticos (pilocarpina) e, caso persista o aumento pressórico, cirurgia fistulizante (trabeculectomia).

Glaucoma secundário

O glaucoma secundário é a forma em que há aumento da PIO e dano no nervo óptico ou no campo visual secundários a doenças oculares predisponentes, a trauma ou ao uso de medicamentos. Deve ser tratada a causa básica de aumento da PIO e, caso seja necessário, iniciado o tratamento clínico visando reduzir a PIO de acordo com os critérios terapêuticos estabelecidos neste Protocolo. Removida a causa básica, deve ser reavaliada a necessidade de manter o tratamento contínuo.

Hipertensão ocular (HO)

A HO é definida como uma PIO aumentada (acima de 21 mmHg) na ausência de perda de campo visual ou de dano glaucomatoso no nervo óptico. Para seu diagnóstico, são necessários todos os seguintes critérios:

a) PIO média acima de 21 mmHg, sem tratamento;

b) Ângulo aberto à gonioscopia;

c) Ausência de dano ao nervo óptico típico com perda da rima neurorretiniana;

d) Ausência de defeitos de campo visual;

e) e Ausência de causa secundária para elevação da PIO.

Glaucoma de pressão normal (GPN)

O GPN é a forma em que há dano no nervo óptico ou no campo visual na ausência da PIO elevada e de anormalidades oculares ou sistêmicas que possam aumentar a PIO. Para seu diagnóstico, são necessários todos os seguintes critérios:

a) PIO média igual ou inferior a 21 mmHg, sem tratamento;
b) Ângulo aberto à gonioscopia sem achados patológicos;
c) Dano ao nervo óptico típico com perda da rima neurorretiniana;
d) Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico
e) Ausência de causa secundária para elevação da PIO.

TRATAMENTO

Antes do início do tratamento, deve ser realizado exame oftalmológico completo com a documentação do nervo óptico com retinografia binocular colorida, campimetria visual, paquimetria, avaliação do fundo de olho, tomografia de coerência óptica e medição da PIO basal, sendo preconizadas as aferições em dias diferentes e considerada a de maior valor. Os pacientes devem repetir a medição da PIO quatro semanas após o início ou a modificação do tratamento. Nesse mesmo período, é necessária a escolha da PIO alvo para o paciente, definida como uma PIO na qual não há progressão documentada da doença.

Tratamento medicamentoso

Os fármacos mais usados na redução da PIO são, em sua maioria, tópicos, na forma de colírio, e podem ser classificados em cinco categorias principais: betabloqueadores, parassimpaticomiméticos, agonistas alfa-adrenérgicos, inibidores da anidrase carbônica e análogos das prostaglandinas e prostamidas.

Betabloqueadores

Os betabloqueadores tópicos são uma das principais classes farmacológicas utilizadas no tratamento do glaucoma. Seu mecanismo de ação baseia-se na redução da produção do humor aquoso por meio da atuação nos processos ciliares, na perfusão capilar e na inibição da produção de monofosfato cíclico de adenosina (AMPc) estimulada pelas catecolaminas. Os betabloqueadores não seletivos (timolol, levobunolol, metipranolol, carteolol, pindolol) são antagonista beta-1 e beta2 adrenérgico e reduzem a PIO em média em 25%, ao passo que os beta-1 seletivos (betaxolol, metoprolol) possuem ação hipotensora menos marcada. Por isso, os betabloqueadores não seletivos são preferíveis, pois são mais efetivos. O timolol é o mais estudado, apresentando

evidência de melhor qualidade da sua eficácia hipotensora entre os betabloqueadores não seletivos, sendo considerado a primeira escolha de tratamento em diversos países.

Parassimpaticomiméticos

Os parassimpaticomiméticos, também chamados de mióticos ou colinérgicos, foram os primeiros medicamentos a serem utilizados no tratamento do glaucoma. O principal representante da classe é a pilocarpina. Seu mecanismo de ação hipotensora baseia-se no aumento do escoamento do humor aquoso por contração da musculatura ciliar e deslocamento do esporão escleral, aumentando os espaços de drenagem intertrabeculares. A pilocarpina reduz o escoamento uveoescleral, podendo aumentar a PIO em olhos dependentes dessa via para drenagem do humor aquoso. Após a instilação, a concentração máxima no humor aquoso é atingida em 20 minutos, com redução média de 20% na PIO. A pilocarpina apresenta efeito hipotensor; entretanto, o alto índice de eventos adversos limita a sua indicação.

Agonistas alfa-adrenérgicos

Os agonistas alfa-adrenérgicos são utilizados no tratamento do glaucoma há várias décadas. A brimonidina, que apresenta seletividade para os receptores alfa-2, praticamente substituiu os fármacos não seletivos. Essa seletividade proporciona menos eventos adversos relacionados aos medicamentos mais antigos. O estímulo dos receptores alfa-adrenérgicos está associado a menor produção do humor aquoso por vasoconstrição e redução do fluxo sanguíneo do corpo ciliar. Os alfa-agonistas reduzem a PIO tanto pela diminuição da produção de humor aquoso quanto pelo aumento da drenagem pela via uveoescleral.

Inibidores da anidrase carbônica

Os inibidores da anidrase carbônica são divididos em sistêmicos e tópicos e são utilizados para o tratamento do glaucoma desde a década de 1950, com o advento da acetazolamida. Posteriormente, foram pesquisadas formas tópicas do medicamento, lançadas no mercado mundial na década de 1990. A produção ativa de humor aquoso depende, em parte, da ação de enzimas que causam hidratação de dióxido de carbono, resultando em bicarbonato. Esse processo é dependente da enzima anidrase carbônica, presente nas células não pigmentadas do epitélio ciliar, o qual participa da formação do humor aquoso. Sua inibição está associada à redução da produção do humor aquoso e consequente diminuição da PIO.

Análogos das prostaglandinas e prostamidas

Os análogos das prostaglandinas e, posteriormente, as prostamidas são os

medicamentos mais recentes para o tratamento clínico do glaucoma. São derivados da prostaglandina F2alfa e atuam aumentando a atividade das metaloproteinases, o que leva a alterações na matriz extracelular, permitindo, assim, maior escoamento do humor aquoso através da via uveoescleral8. Os principais representantes dessa classe são latanoprosta, travoprosta e tafluprosta, análogos das prostaglandinas, e bimatoprosta, representante das prostamidas.

MONITORAMENTO

O monitoramento do paciente é fundamental para o controle da doença. Como o glaucoma é uma afecção crônica, assintomática e com necessidade de uso de múltiplos medicamentos e, em alguns casos, de tratamento cirúrgico, a relação médico-paciente tem uma importância fundamental.

No Quadro 1 estão apresentados os critérios preconizados para a peridocidade do acompanhamento dos pacientes com glaucoma:

Quadro 1 - Critérios preconizados para definir a periodicidade do acompanhamento[8].

PIO alvo atingida	Progressão do dano	Duração do controle (em meses)	Acompanhamento (em meses)
Sim	Não	Igual ou inferior a 6	6
Sim	Não	Acima de 6	12
Sim	Sim	NA	1-2
Não	Sim	NA	1-2
Não	Não	NA	3-6

Legenda: NA = não se aplica; Duração do controle = tempo no qual o paciente teve a doença controlada, ou seja, sem progressão; Acompanhamento = intervalo de tempo máximo entre as avaliações.

Tratamento cirúrgico

A cirurgia antiglaucomatosa também pode ser considerada para controle da pressão ocular caso o tratamento clínico seja ineficaz ou intolerável ou caso não haja adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS

- van Buskirk EM, Cioffi GA. Glaucomatous optic neuropathy. Am J Ophthalmol. 1992;113(4):447–52.
- Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. British journal of ophthalmology. 1996;80(5):389–93.
- Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. Bulletin of the world health organization. 1995;73(1):115.
- Ghanem CC. Levantamento de casos de glaucoma em Joinville-Santa Catarina, 1984.
- Arq bras oftalmol. 1989;40–3. Medina NH, Barros OM de, Muñoz E de H, Magdaleno RL, Barros AJD de, Ramos LR. Morbidade ocular em idosos da cidade de São Paulo-SP, Brasil. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. 1993;56:276–83.
- Sakata K, Sakata LM, Sakata VM, Santini C, Hopker LM, Bernardes R, et al. Prevalence of glaucoma in a South brazilian population: Projeto Glaucoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48(11):4974–9.
- Conselho Brasileiro de Oftalmologia. As Condições de Saúde Ocular no Brasil [Internet]. São Paulo: CBO. 2019 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf
- Allingham RR, Damji KF, Freedman SF, Moroi SE, Rhee DJ, Shields B. Shields Textbook of Glaucoma. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- American Academy of Ophthalmology. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern [Internet]. https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(20)31024-1/fulltext#relatedArticles; 2020 [cited 2021 Nov 6]. Available from: https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(20)31024-1/fulltext#relatedArticles Mitchell P, Smith W, Attebo K, Healey PR. Prevalence of open-angle glaucoma in Australia: the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology. 1996;103(10):1661–9.
- Leske MC, Connell AMS, Schachat AP, Hyman L. The Barbados Eye Study: prevalence of open angle glaucoma. Archives of ophthalmology. 1994;112(6):821–9.
- Quigley HA, West SK, Rodriguez J, Munoz B, Klein R, Snyder R. The prevalence of glaucoma in a population-based study of Hispanic subjects: Proyecto VER. Archives of ophthalmology. 2001;119(12):1819–26.
- Wensor MD, McCarty CA, Stanislavsky YL, Livingston PM, Taylor HR. The prevalence of glaucoma in the Melbourne Visual Impairment Project. Ophthalmology. 1998;105(4):733–9.
- Tielsch JM, Sommer A, Katz J, Royall RM, Quigley HA, Javitt J. Racial variations in the

prevalence of primary openangle glaucoma: the Baltimore Eye Survey. Jama. 1991;266(3):369–74.

- Friedman DS, Jampel HD, Munoz B, West SK. The prevalence of open-angle glaucoma among blacks and whites 73 years and older: the Salisbury Eye Evaluation Glaucoma Study. Archives of ophthalmology. 2006;124(11):1625–30.
- Wolfs RCW, Klaver CCW, Ramrattan RS, van Duijn CM, Hofman A, de Jong PTVM. Genetic risk of primary openangle glaucoma: population-based familial aggregation study. Archives of ophthalmology. 1998;116(12):1640–5.
- Doshi V, Ying-Lai M, Azen SP, Varma R, Group LALES. Sociodemographic, family history, and lifestyle risk factors for open-angle glaucoma and ocular hypertension: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2008;115(4):63947.
- Tielsch JM, Katz J, Sommer A, Quigley HA, Javitt JC. Family history and risk of primary open angle glaucoma: the Baltimore Eye Survey. Archives of ophthalmology. 1994;112(1):69–73.

1. INTRODUÇÃO

O ceratocone consiste em doença degenerativa do olho que ocasiona deformidade da córnea, levando ao seu afinamento, abaulamento e enfraquecimento. Causa piora da acuidade visual, com impacto na qualidade de vida do paciente, além de outros sintomas de menor gravidade, tais como irritação ocular, halos luminosos e fotossensibilidade.

A literatura relata que a incidência do ceratocone é baixa. Um estudo de acompanhamento populacional, ao longo de 48 anos, identificou uma incidência de 2 casos por 100.000 habitantes/ano e prevalência média de 54,5 casos por 100.000 habitantes. Outros recentes relatam incidência de aproximadamente um caso a cada 2.000 pessoas. Frequentemente, manifesta-se de forma bilateral, porém de forma assimétrica. A faixa etária prevalente dos pacientes é a puberdade, porém o quadro pode evoluir principalmente durante a segunda e terceira décadas de vida, excepcionalmente até a quinta década. A progressão do ceratocone varia entre pacientes e também no mesmo indivíduo ao longo do tempo, tendo evolução mais agressiva em pacientes jovens.

Inexiste alteração na incidência de ceratocone conforme gênero e raça, porém tem sido associado a doenças oculares prévias, tais como ceratoconjuntivite alérgica, retinitepigmentosa e amaurose congênita de Leber. Supõe-se também associação com doenças sistêmicas e do tecido conjuntivo. Fatores predisponentes incluem história de atopia, especialmente alergia ocular, uso de lentes de contato rígidas e fricção ocular vigorosa. Em torno de 13% dos casos têm história familiar da doença.

DIAGNÓSTICO

Sintomas: Comprometimento unilateral da visão devido à miopia progressiva e astigmatismo; ocasionalmente, a apresentação inicial é com hidropsia aguda.

Sinais:

- Oftalmoscopia direta a uma distância de meio metro revela reflexo em "gota de óleo". - Retinoscopia revela reflexo irregular "em tesoura".
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda revela estrias estromais, verticais, finas e profundas (linhas de Vogt) que desaparecem ao se exercer pressão no globo ocular.
- Depósitos epiteliais de ferro, visualizados com filtro azul de cobaldo, cincundando a base do cone.

- Progressiva protrusão corneana na forma de cone, com afinamento estromal máximo emseu ápice.
- Abaulamento da pálpebra inferior na mirada para baixo (Sinal de Munson).
- Hidropsia aguda é causada pela ruptura da membrana de Descemet, permitindo o influxo de humor aquoso para o estroma corneano. Promove uma súbita redução da acuidade visual associado a desconforto, fotofobia, dor e lacrimejamento.
- Ceratometria: Leituras com aumento progressivo da curvatura corneana.
- Topografia Corneana:Astigmatismoque varia de simétrico para assimétrico ínferotemporalmente (Parte abaixo da córnea (ínfero) temporalmente (que está ao lado do osso temporal) oposto do osso nasal). Os métodos mais frequentemente utilizados para avaliar a progressão do ceratocone são:
- Acuidade visual - frequentemente analisada pela melhor acuidade visual corrigida (BCVA) e acuidade visual não corrigida (UDVA), medida por um logaritmo do ângulo mínimo de resolução (LogMAR) ou por linhas do teste de Snellen. - Ceratometria: medida da curvatura da córnea em dioptrias ou milímetros. - Topografia da córnea - medida da curvatura da córnea por três análises da ceratometria - máxima (Kmax), média (Kmed) e mínima (Kmin) - em dioptria (D).
- Paquimetria - medida da espessura da córnea em micra (km). Os instrumentos utilizados para essas medidas são: ceratômetro, topógrafo, paquímetro e tomógrafo de córnea. Há vários sistemas de classificação da evolução do ceratocone. A mais aceita consiste em alterações, àreavaliação do paciente no máximo em um ano, com:
- Aumento do astigmatismo corneal central de 1.00D ou mais;
- Aumento da ceratometria máxima (Kmax) de 1.00D ou mais;
- Aumento na refração subjetiva de 1.00DC ou mais(6-9). A estabilização do ceratocone é medida pela manutenção ou regressão dos valores de ceratometria (Kmax, Kmed) em, pelo menos, um ano. Pode haver melhora nas medidas de acuidade, entretanto esta não é o objetivo do tratamento.

INDICAÇÃO

O principal objetivo do uso docross-linkingé conter a progressão do ceratocone. Logo, o melhor candidato ao tratamento é o indivíduo com sinais claros de progressão da doença. Atualmente, não existem critérios definitivos para a progressão do ceratocone, porém os parâmetros a serem considerados são a mudança do erro refrativo, piora da acuidade visual, bem como progressão nos valores encontrados nas topografias e tomografias da córnea.

Estudos mostram que o cross-linking foi mais eficaz na faixa etária pediátrica (10 anos) e naqueles com menos de 26 anos de idade em comparação com aqueles com mais idade. Idade acima de 35 anos e acuidade visual com correção pré-operatória melhor que 20/25 foram identificados como fatores de risco para complicação (perda de duas ou mais linhas de Snellen). Nenhum estudo encontrado cita mais de uma aplicação por paciente.

CONTRA INDICAÇÃO

- Espessura corneana menor que 400 micrômetros para uso do protocolo clássico; - Infecção herpética prévia;
- Infecção concomitante;
- Cicatriz corneana grave ou opacificaçãocorneana;
- Doença de superfície ocular grave; ou
- Doença auto-imune.

TÉCNICAS

O cross-linking consiste em procedimento terapêutico minimamente invasivo que visa a bloquear a evolução do ceratocone, por meio do aumento da força biomecânica, levando ao enrijecimento do tecido da córnea. Este fenômeno ocorre pela criação adicional de ligações químicas no estroma corneal, por meio de fotopolimerização altamente localizada que minimiza a exposição de estruturas adjacentes do olho. Na córnea, com o avanço da idade do indivíduo, as fibras de colágeno desenvolvem naturalmente quantidade superior de ligações covalentes, o que explica a estabilização do ceratocone em paciente com maior idade. A técnica clássica do crosslinking pode ser realizada com ou sem remoção do epitélio corneal (cerca de 7mm de diâmetro), mediante anestesia tópica. Utiliza solução de riboflavina (vitamina B2) isotônica a 0,1%, com administração tópica, a cada cinco minutos, ao longo de meia hora, para saturar o estroma corneal. A riboflavina age como um fotossensibilizador que aumenta a absorção da luz ultravioleta A pela córnea. A radiação ultravioleta A é aplicada com 365nm, por 30 minutos, a 5 cm da córnea. Após a irradiação, o olho é enxaguado com solução fisiológica, aplicado colírio antibiótico e anti-inflamatório e colocada lente de contatoprotetora. Estes colírios, além de lubrificante ocular e analgésicos, são mantidos no pósoperatório por 1 semana. Neste período o paciente pode apresentar dor, lacrimejamento e embaçamento visual. Há também descrição na literatura de variações da técnica clássica,

em geral, por meio de equipamentos que possibilitam a redução do tempo do procedimento.

COMPLICAÇÕES

O risco per-operatório e de complicações pós-operatórias é menor que 1%, e, dos casos publicados, a infecção pós-operatória foi resolvida com tratamento clínico, sendo que nenhum paciente perdeu a visão irreversivelmente.

REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR.

Doentes com indicação de radiação para cross-linking corneano no tratamento do ceratocone devem ser atendidos em serviços especializados em oftalmologia, conforme definido na Portaria Nº 288/SAS/MS, de 19 de maio de 2008, e com porte tecnológico suficiente para avaliar e realizar o procedimento e o acompanhamento dos indivíduos tratados, para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados. A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos), entre outras.

REFERÊNCIAS

1- Kennedy RH, Bourne WM, Dyer JA. A 48-year clinical and epidemiologic study ofkeratoconus.Am J Ophthalmol. 1986;101(3):267-73.

2- Rabinowitz YS. Keratoconus.SurvOphthalmol. 1998; 42(4):297-319. Crosslinking

3- Stenevi U, Claesson M, Holmberg Y, Liljegren A, Toftgård A, Wonneberger W, et al. Corneal in Keratoconus. Göteborg: VästraGötalandsregionen,

SahlgrenskaUniversitetssjukhuset, HTA-centrum; 2011 01 set. 2015]. Available from: https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA-rapporter/HTArapport%20Corneal%20Cross%20linking%202011-0725%20%20inkl%20bil.%20till%20publicering.pdf.

4- Health CAfDaTi. Corneal Cross-linking with Riboflavin for Keratoconus: A Review of the Clinical and Cost-Effectiveness 2013 01 set. 2015]. Available from: https://www.cadth.ca/corneal-cross-linking-riboflavin-keratoconus-review-clinical-and-costeffectiveness.

5- Sykakis E, Karim R, Evans J, Bunce C, Amissah-Arthur K, Patwary S, et al. Corneal collagen cross-linking for treating keratoconus. Cochrane Database of Systematic Reviews.2015(9).

6- Kanellopoulos AJ. Comparison of sequential vs same-day simultaneous collagen cross-linking and topography-guided PRK for treatment of keratoconus. J Refract Surg. 2009;25(9):S812-8.

7- Wittig-Silva C, Chan E, Islam FMA, Wu T, Whiting M, Snibson GR. A randomized, controlled trial of corneal collagen cross-linking in progressive keratoconus: Three-year results. Ophthalmology. 2014;121(4):812-21.

8- Lang SJ, Messmer EM, Geerling G, Mackert MJ, Brunner T, Dollak S, et al. Prospective, randomized, double-blind trial to investigate the efficacy and safety of corneal cross-linking to halt the progression of keratoconus. BMC Ophthalmol. 2015;15:78.

9- Seyedian MA, Aliakbari S, Miraftab M, Hashemi H, Asgari S, Khabazkhoob M. Corneal Collagen Cross-Linking in the Treatment of Progressive Keratoconus: A Randomized Controlled Contralateral Eye Study. Middle East Afr J Ophthalmol. 2015;22(3):340-5.

10- Sharma N, Suri K, Sehra SV, Titiyal JS, Sinha R, Tandon R, et al. Collagen cross-linking in keratoconus in Asian eyes: visual, refractive and confocal microscopy outcomes in a prospective randomized controlled trial. Int Ophthalmol. 2015. CFM

11- Conselho Federal de Medicina.PROCESSO-CONSULTA CFM nº 1.923/10 – PARECER nº 30/10.Disponível https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2010/30_2010.pdf

1. INTRODUÇÃO

O vírus da hepatite C (HCV) pertence ao gênero Hepacivirus, família Flaviviridae. Sua estrutura genômica é composta por uma fita simples de ácido ribonucleico (RNA), de polaridade positiva, com aproximadamente 9.400 nucleotídeos. Existem, pelo menos, 7 genótipos e 67 subtipos do vírus.

A transmissão do HCV ocorre principalmente por via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado, a exemplo do compartilhamento de agulhas, seringas e outros objetos para uso de drogas, reutilização ou falha de esterilização de equipamentos médicos ou odontológicos, falha de esterilização de equipamentos de manicures e reutilização de material para realização de tatuagem e uso de sangue e seus derivados contaminados. A transmissão sexual do HCV também tem sido relatada de forma esporádica. De forma geral, a transmissão sexual desse vírus é pouco eficiente e ocorre em relações sem uso de preservativo. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em menor proporção dos casos.

De modo geral, a hepatite C aguda apresenta evolução subclínica. A maioria dos casos têm apresentação assintomática e anictérica, o que dificulta o diagnóstico. Habitualmente, a hepatite C é diagnosticada em sua fase crônica. Como os sintomas são muitas vezes escassos e inespecíficos, a doença pode evoluir durante décadas sem diagnóstico. Em geral, o diagnóstico ocorre após teste sorológico de rotina ou por doação de sangue. Esse fato reitera a importância da suspeição clínica por toda a equipe multiprofissional e do aumento da oferta de diagnóstico sorológico – especialmente para as populações vulneráveis ao HCV.

A hepatite crônica pelo HCV é uma doença de caráter insidioso, caracterizando-se por um processo inflamatório persistente. Na ausência de tratamento há cronificação em 60% a 85% dos casos e, em média, 20% evoluem para cirrose ao longo do tempo. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cirrose hepática, o risco anual para o surgimento de carcinoma hepatocelular (CHC) é de 1% a 5%. O risco anual de descompensação hepática é de 3% a 6%. Após um primeiro episódio de descompensação hepática, o risco de óbito, nos próximos 12 meses, é 15% a 20%.

No entanto, a taxa de progressão para cirrose é variável e pode ser mais acelerada em determinados grupos de pacientes, como alcoolistas ou coinfectados pelo HIV. A evolução para

óbito, geralmente, decorre de complicações da hepatopatia crônica, como a insuficiência hepatocelular, hipertensão portal (varizes gastresofágicas, hemorragia digestiva alta, ascite), encefalopatia hepática, além de trombocitopenia e desenvolvimento de CHC.

Por representarem um problema de saúde pública no Brasil, as hepatites virais são de notificação compulsória desde o ano de 1996. O objetivo geral da vigilância epidemiológica das hepatites virais é monitorar o comportamento da doença e seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle, bem como avaliar o seu impacto. As hepatites virais são doenças de notificação compulsória regular, ou seja, devem ser feitas em até sete dias. Portanto, todos os casos confirmados e surtos devem ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por meio da "Ficha de Investigação das Hepatites Virais", que devem ser encaminhadas periodicamente ao órgão responsável pela vigilância epidemiológica local.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE - CID-10

- B17.1 – Hepatite viral aguda
- C B18.2 – Hepatite viral crônica C

3. DIAGNÓSTICO

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da hepatite C em todo o território nacional, recomenda-se que os grupos populacionais abaixo mencionados sejam prioritariamente testados quanto à presença do HCV. Alguns grupos populacionais, listados a seguir, por sua maior vulnerabilidade no que concerne à chance de exposição ao HCV, devem ser testados de forma periódica pelo menos uma vez ao ano ou antes disso, se clinicamente indicado:

- Pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) – PVHIV;
- Pessoas sexualmente ativas prestes a iniciar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV (a indicação de testagem seguirá o protocolo de PrEP);
- Pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou com múltiplas infecções sexualmente transmissíveis;

- Pessoas trans;
- Trabalhadores (as) do sexo;
- Pessoas em situação de rua;

Outros grupos populacionais devem também ser prioritariamente testados, mas basta que essa testagem seja realizada uma única vez, desde que não apresentem histórico de novas exposições associadas ao risco de aquisição de nova infecção, sendo:

- Pessoas com idade igual ou superior a 40 anos;
- Pacientes ou profissionais da área da saúde que tenham frequentado ambientes de hemodiálise em qualquer época;
- Pessoas que usam álcool e outras drogas;
- Pessoas com antecedente de uso de drogas injetáveis em qualquer época, incluindo aqueles que injetaram apenas uma vez;
- Pessoas privadas de liberdade;
- Pessoas que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1992 ou transplantes (em qualquer época);
- Pessoas com antecedente de exposição percutânea/parenteral a sangue ou outros materiais biológicos em locais que não obedeçam às normas da vigilância sanitária (ambientes de assistência à saúde, tatuagens, escarificações, piercing, manicure, lâminas de barbear ou outros instrumentos perfuro-cortantes);
- Pessoas com antecedente ou em risco de exposição a sangue ou outros materiais biológicos contaminados: profissionais de saúde, cuidadores de pacientes, bombeiros, policiais, etc.;
- Crianças nascidas de mães que vivem com o HCV;
- Familiares ou outros contatos íntimos (comunicantes), incluindo parceiros sexuais, de pessoas que vivem ou com antecedente de infecção pelo HCV;
- Pessoas com antecedente de uso, em qualquer época, de agulhas, seringas de vidro ou seringas não adequadamente esterilizadas, ou de uso compartilhado, para aplicação de medicamentos intravenosos ou outras substancias lícitas ou ilícitas recreativas (vitamínicos, estimulantes em ex atletas, etc.);
- Pacientes com diagnóstico de diabetes, doenças cardiovasculares, antecedentes psiquiátricos, com histórico de patologia hepática sem diagnóstico, com elevações

de ALT e/ou AST, com antecedente de doença renal ou de imunodepressão, a qualquer tempo.

3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Sintomas estão presentes na minoria de casos (20%-30%) e geralmente são inespecíficos, tais como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal. Uma menor parte dos pacientes apresenta icterícia ou escurecimento da urina. Casos de insuficiência hepática, ou casos fulminantes, são extremamente raros. A eliminação viral espontânea, após a infecção aguda pelo HCV, ocorre em 15% a 40% dos casos. Alguns fatores do hospedeiro parecem associados à eliminação viral espontânea, tais como idade inferior a 40 anos, sexo feminino, aparecimento de icterícia e fatores genéticos, como polimorfismo CC da interleucina-28B (IL28B). Quando sintomas inespecíficos estão presentes, o diagnóstico diferencial é possível apenas com a realização de testes para detecção de anticorpos ou teste para a detecção do RNA do HCV (HCV-RNA).

3.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- **Hepatite C Aguda**

O RNA do HCV pode ser identificado no soro ou plasma antes da presença do anti-HCV. A presença do HCV-RNA pode ocorrer cerca de duas semanas após a exposição ao agente infeccioso. A presença dos anticorpos anti-HCV é mais tardia e ocorre cerca de 30 a 60 dias após a exposição ao vírus. Os níveis séricos do HCV-RNA aumentam rapidamente durante as primeiras semanas, atingindo os valores máximos de 105 a 107 UI/mL imediatamente antes do pico dos níveis séricos de aminotransferases, podendo coincidir com o início dos sintomas.

Nos pacientes sintomáticos, os sintomas de infecção aguda costumam ocorrer entre quatro a doze semanas após a exposição ao HCV. A fase aguda da hepatite C pode durar até seis meses, mas sua resolução costuma acontecer até a 12ª semana. A definição de hepatite C aguda se dá por:

- Soroconversão recente (há menos de seis meses) e com documentação do anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição, e anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de 90 dias; OU
- Anti-HCV não reagente e detecção do HCV-RNA em até 90 dias após o início dos sintomas ou a partir da data de exposição, quando esta for conhecida.

- **Hepatite C Crônica**

A investigação da infecção pelo HCV pode ser feita em ambiente laboratorial, ambulatorial, em ações de rua ou campanhas em regiões de difícil acesso. A testagem para o anti-HCV realizada em ambiente laboratorial, utiliza testes sorológicos, como os do tipo Elisa (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Os exames que podem ser realizados fora do ambiente laboratorial são os testes por imunocromatografia de fluxo, mais conhecidos como teste rápido (TR).

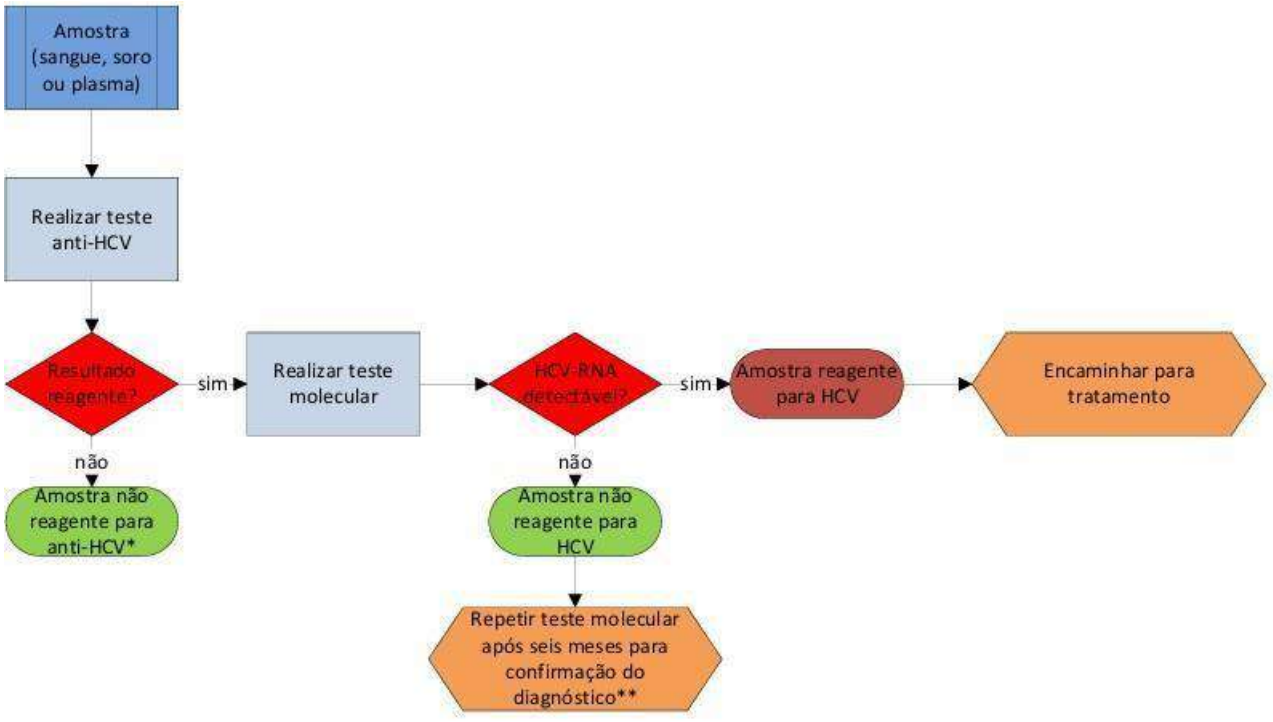
O anti-HCV é um marcador que indica contato prévio com o vírus. Isoladamente, um resultado reagente para o anticorpo não permite diferenciar uma infecção resolvida naturalmente de uma infecção ativa. Por isso, para o diagnóstico laboratorial da infecção, um resultado anti-HCV reagente precisa ser complementado por meio de um teste para detecção direta do vírus. Os testes de ácidos nucleicos (ou testes moleculares) devem ser utilizados para detectar o HCV-RNA circulante no paciente e, portanto, confirmar a presença de infecção ativa.

Os testes moleculares quantitativos também são conhecidos como testes de carga viral (CV), e são capazes de quantificar o número de cópias de genomas virais circulantes em um paciente. As metodologias quantitativas disponíveis hoje são similares às metodologias qualitativas no que se refere à sensibilidade e especificidade do teste. No âmbito do SUS, o MS mantém uma rede de laboratórios que realiza testes para a detecção quantitativa do HCV-RNA (CV do HCV).

Desta forma, recomenda-se que o diagnóstico laboratorial da hepatite C seja realizado com, pelo menos, dois testes, conforme detalhado no texto acima e no fluxograma abaixo:

1. O teste inicial deve ser realizado através da pesquisa de anticorpos para esse vírus. A pesquisa de anticorpos pode ser realizada através de metodologia sorológica clássica (tipo Elisa) ou através dos TR;
2. Caso o primeiro teste seja reagente, por qualquer uma dessas metodologias, em uma segunda etapa, deve-se realizar a investigação da presença de replicação viral através de teste de biologia molecular que identifica a presença do RNA viral, conforme fluxograma abaixo:

Fluxograma 1: Fluxo laboratorial para diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite C.



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

1. Caso a suspeita de infecção pelo HCV persista, sugere-se que uma nova amostra seja coletada 30 dias após a data da primeira amostra.
2. A repetição do teste molecular está indicada, a critério médico, nos seguintes casos: (1) Em casos de suspeita de nova exposição nos últimos 6 meses que antecedem a realização da sorologia; (2) Quando houver forte suspeita clínica de doença pelo HCV; (3) Quando houver qualquer suspeita em relação ao manuseio ou

armazenamento do material utilizado para realização do teste molecular. Além disso, o teste molecular deverá ser repetido nos casos de pacientes em diálise.

A definição de hepatite C crônica se dá por:

- Anti-HCV reagente por mais de seis meses; E
- Confirmação diagnóstica com HCV-RNA detectável por mais de seis meses.

Não existe necessidade de confirmação sorológica (teste tipo Elisa) após a realização de um TR cujo resultado seja reagente. Ambos os testes são equivalentes e devem ser seguidos por método complementar de biologia molecular.

Vale mencionar que em determinadas situações clínicas, como pacientes com doença aguda pelo HCV em fase inicial (até 30 dias), pacientes imunodeprimidos e/ou dialíticos, a presença de anticorpos anti HCV pode não ocorrer em decorrência da incapacidade imunológica desses pacientes para produzir anticorpos. Nessas situações, o diagnóstico da infecção pelo HCV deverá ser realizado pela presença do HCV RNA, por método de biologia molecular.

Com o objetivo de normatizar o diagnóstico do HCV e coinfecções o MS disponibiliza o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, que deverá ser consultado pelos profissionais nos serviços de saúde.

3.3 MANIFESTAÇÕES EXTRA-HEPÁTICAS

Além das alterações hepáticas, é muito importante investigar manifestações clínicas e laboratoriais extra-hepáticas, relacionadas à hepatite C. Podemos citar, dentre as fortemente associadas, as seguintes: crioglobulinemia, linfoma de células B, porfiria cutânea tarda, líquen plano, neuropatia e glomerulopatias. Quanto as manifestações possivelmente associadas, temos: úlcera corneana (úlcera Mooren), doença de tireoide, fibrose pulmonar, síndrome de Sjögren, doença renal crônica, diabetes tipo II, vasculite sistêmica (poliarterite nodosa, poliangiitemicroscopica), artralgias, mialgias, poliartrite inflamatória, trombocitopenia autoimune, disfunção neurocognitiva, dentre outras.

3.4 EXAMES COMPLEMENTARES

A abordagem laboratorial inicial e de rotina do paciente com hepatite C crônica possui diversas finalidades, tais como: definir o momento de início do tratamento; estabelecer o esquema terapêutico recomendado; avaliar a qualidade da resposta obtida com a estratégia terapêutica; e auxiliar no rastreamento de câncer. A fim de facilitar o monitoramento clínico do paciente com hepatite C crônica e auxiliar no melhor uso dos recursos técnicos e financeiros, este Protocolo indica uma relação de exames complementares. Contudo, salienta-se que exames adicionais ou modificações na rotina de exames poderão ocorrer conforme a presença de comorbidades e a introdução – ou não – de tratamento antiviral. As consultas devem ser realizadas considerando-se o estado clínico do paciente, o tratamento em curso e a gravidade da doença.

Tabela 1: Exames complementares recomendados a todos os portadores de hepatite C crônica, a serem solicitados na primeira consulta e durante o acompanhamento ambulatorial.

Teste rápido – hepatite B, sífilis, HIV	Detectar possíveis coinfecções
Vacinar para hepatites A e B*	CRIE (vacina hepatite A); vacina hepatite B, 3 doses (UBS)
β-HCG	A ser realizado ANTES da indicação do tratamento
Endoscopia digestiva alta em pacientes com evidências de doença avançada	Individualizar
Ultrassonografia de abdomen superior**	A cada 6 meses na vigência de cirrose
Biópsia hepática***	Individualizar
Elastografia hepática****	Individualizar
APRI	Individualizar
FIB 4	Individualizar
Hemograma	A cada 3-6 meses
Coagulograma	
Na (sódio)/K (potássio)	
Ureia/creatinina *(clearance* estimado de creatinina)*****	
AST/TGO (aspartato aminotransferase) ALT/TGP (alanina aminotransferase)	
Fosfatase Alcalina (FAL) / Gama Glutamil Transferase (GGT) / Bilirrubina Total e Frações (BT+F)	
Glicemia de jejum	
Proteína total/albumina	
Urina tipo 1	
TSH/T4L	A cada 12 meses ou conforme tratamento instituído, de forma individualizada
HCV-RNA quantitativo (CV-HCV)	Na confirmação do diagnóstico, no pré-tratamento e após o tratamento, conforme a modalidade escolhida, para avaliação da RVS conforme definido neste PCDT

Lipídios (colesterol total e frações, triglicérides) e ferritina	Individualizar

Fonte: CAHV/DIAHV/SVS/MS.

*As vacinas para hepatite A estão disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e para hepatite B estão disponíveis nas salas de vacina do SUS.

**Características ultrassonográficas que definem doença hepática avançada/cirrose: circulação colateral, fígado reduzido e irregular, esplenomegalia, aumento do calibre da veia porta, redução do fluxo portal, ascite.

***A biópsia hepática deve ser realizada a critério médico, pois o tratamento está indicado para todos independentemente do grau de fibrose hepática.

****Métodos não invasivos para avaliação de fibrose são úteis para identificar o estágio de fibrose avançada (F3 e F4) com a finalidade de avaliar o tempo de extensão do tratamento.

*****A realização do *clearance* de creatinina com periodicidade de 3 a 6 meses está indicada apenas nos casos de doença renal crônica e cirrose.

Tabela 2: Exames recomendados para acompanhamento ambulatorial dos pacientes com hepatite C crônica sem cirrose.

Hemograma	A cada 6 meses
Coagulograma	
Na (sódio)/K (potássio)/Ureia/Creatinina	
Clearance estimado de creatinina	
AST/TGO (aspartato aminotransferase) ALT/TGP (alanina aminotransferase)	
Fosfatase Alcalina (FAL) / Gama Glutamil Transferase (GGT) / Bilirrubina Total e Frações (BT+F)	
Glicemia de jejum	
Proteína total/albumina	
Urina tipo 1	A cada 12 meses

Fonte: CAHV/DIAHV/SVS/MS.

Tabela 3: Exames recomendados para acompanhamento ambulatorial dos pacientes com hepatite C crônica com cirrose.

Hemograma	A cada 3-4 meses
Coagulograma	
Na (sódio)/K (potássio)/Ureia/Creatinina	
AST/TGO (aspartato aminotransferase) ALT/TGP (alanina aminotransferase)	
Fosfatase alcalina (FAL) / Gama Glutamil Transferase (GGT) / Bilirrubina Total e Frações (BT+F)	
Glicemia de jejum	
Proteína total/albumina	
Ultrassonografia de abdome superior Alfa feto proteína	A cada 6 meses
Endoscopia Digestiva Alta	12 meses (varizes > 5 mm) 24 a 36 meses (varizes < 5 mm)

Fonte: CAHV/DIAHV/SVS/MS.

Tabela 4: Exames recomendados para rastreamento de carcinoma hepatocelular em paciente com estadiamento de fibrose F3 ou F4.

Ultrassonografia de abdome superior Alfa feto proteína	A cada 6 meses

Fonte: CAHV/DIAHV/SVS/MS.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo Clínico todos os pacientes com diagnóstico de infecção pelo HCV, conforme critérios de diagnóstico estabelecidos no Item 3: "Diagnóstico".

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo Clínico:

- Crianças com idade inferior a 3 anos de idade;
- Pacientes oncológicos com cirrose Child-Pugh B ou C, ou cuja expectativa de vida seja inferior a 12 meses, sem remissão da doença (nos casos de doença em remissão a indicação de tratamento poderá ser individualizada);
- Pacientes adultos com cirrose descompensada e indicação de transplante hepático com MELD score ≥ 20 ainda não submetidos a transplante hepático (caso o tempo de espera na fila para o transplante seja superior a 6 meses, a indicação do tratamento medicamentoso poderá ser discutida individualmente);
- Pacientes cuja expectativa de vida for inferior a 12 meses, devido à hepatopatia e outras comorbidades, poderão ter a indicação de tratamento individualizada.
- Pacientes com hipersensibilidade ou intolerância que impossibilitem o uso de todas as alternativas terapêuticas previstas neste Protocolos serão excluídos.

6. FÁRMACOS

- Alfapeguinterferona 2a 180mcg – solução injetável;
- Ribavirina 250 mg – cápsula;
- Daclatasvir 30 e 60 mg – comprimido;
- Sofosbuvir 400mg – comprimido;

- Ledipasvir 90mg/ sofosbuvir 400mg – comprimido;
- Elbasvir 50mg / grazoprevir 100mg – comprimido;
- Glecaprevir 100 mg /pibrentasvir 40 mg – comprimido;
- Sofosbuvir 400mg / velpatasvir 100 mg – comprimido;
- Alfaepoetina 10.000 UI – pó para solução injetável;
- Filgrastim 300mcg – solução injetável.

6.1 POSOLOGIAS

Medicamento	Posologia
Alfapeguinterferona 2a	180µg/1,73 m^2, por via subcutânea, uma vez por semana (crianças)
Daclatasvir 60mg	1 comprimido uma vez ao dia, por via oral
Daclatasvir 30mg	1 comprimido uma vez ao dia, por via oral*
Sofosbuvir 400mg	1 comprimido uma vez ao dia, por via oral
Glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40mg	3 comprimidos uma vez ao dia, por via oral
Sofosbuvir 400mg/ velpatasvir 100 mg	1 comprimido uma vez ao dia, por via oral
Sofosbuvir 400 mg / ledipasvir 90 mg	1 comprimido uma vez ao dia, por via oral
Elbasvir 50 mg / grazoprevir 100 mg	1 comprimido uma vez ao dia, por via oral
Ribavirina 250mg	11mg/kg/dia ou 1g (<75kg) e 1,25g (>75 kg) via oral (adultos) e 15mg/kg/dia (crianças)**
Alfaepoetina 10.000 UI	10.000 UI a 40.000 UI, por via subcutânea, uma vez por semana, a critério clínico
Filgrastim 300mcg	300 mcg, por via subcutânea, uma ou duas vezes por semana

*É necessário reduzir a posologia de daclatasvir para 30 mg ao dia quando coadministrado com atazanavir/ritonavir ou atazanavir/cobicistate. Quando administrado com efavirenz, etravirina ou nevirapina, recomenda-se elevar a dose de daclatasvir para 90mg/dia;
** Em pacientes com cirrose Child-Pugh B e C a dose inicial de ribavirina deve ser de 500 mg ao dia, podendo ser aumentada conforme a tolerância do paciente e avaliação médica. A dose máxima não deve ultrapassar 11 mg/kg/dia.

6.2 ESQUEMAS DE TRATAMENTO

As atuais alternativas terapêuticas para o tratamento da hepatite C, com registro no Brasil e incorporadas ao SUS, apresentam alta efetividade terapêutica. De forma geral a efetividade terapêutica, mensurada pela resposta virológica sustentada (RVS), é absolutamente comparável entre todos os esquemas propostos, quando se avaliam situações clínicas semelhantes. No entanto, algumas características específicas desses esquemas os diferencia entre si, como: indicações para populações específicas, diferenças inerentes à comodidade posológica, dispensabilidade da realização de exames em alguns casos e o preço praticado pelas indústrias fabricantes.

Essa condição de similaridade permite que a análise da oferta dos esquemas terapêuticos no SUS seja baseada em uma análise de custo-minimização, ou seja, priorização das alternativas que implicam em um menor impacto financeiro ao Sistema, sem deixar de garantir o acesso a terapias seguras e eficazes aos pacientes com hepatite C. Essa estratégia proporciona a ampliação do acesso ao tratamento medicamentoso para todos os pacientes infectados pelo HCV, sendo fundamental ao sucesso do Plano Nacional para Eliminação da Hepatite C como problema de saúde pública, até 2030.

Diante do exposto, este Protocolo disporá sobre as condições de uso de todas as tecnologias incorporadas no SUS para o tratamento da hepatite C, entretanto o MS emitirá recomendação por meio de Nota Técnica específica sobre quais tecnologias estarão ofertadas na Rede, de acordo com a indicação e critério de custo-minimização.

Tabela 5: Tratamento da hepatite C aguda e crônica para pacientes com idade > ou igual 18 anos, não submetidos a tratamentos prévios com DAA.

INDICAÇÃO DO TEMPO DE TRATAMENTO POR MEDICAMENTO E CONDIÇÃO CLÍNICA						
		Pacientes não submetidos a tratamento prévio com DAA			Pacientes renais com depuração de creatinina inferior a 30mL/min não submetidos a tratamento prévio com DAA	
		Pacientes iniciais sem cirrose	Pacientes iniciais com cirrose child-A	Pacientes iniciais com cirrose child-B ou C	Pacientes renais sem cirrose	Pacientes renais com cirrose child-A
Genótipo 1a	sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	elbasvir/grazoprevir	16 semanas	16 semanas	x	16 semanas	16 semanas
	sofosbuvir/ledipasvir[2] ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas[2]	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3]	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
Genótipo 1b	sofosbuvir+daclatasvir± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	elbasvir/grazoprevir **OU;**	12 semanas	12 semanas	x	12 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/ledipasvir[2] ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3]	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
Genótipo 2	sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3]	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
Genótipo 3	sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	24 semanas	24 semanas	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3]	12 semanas	12 semanas	24 semanas	x	x
Genótipo 4	sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	elbasvir/grazoprevir	12 semanas	12 semanas	x	12 semanas	12 semanas
Genótipo 5	sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir OU;	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3]	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
Genótipo 6	sofosbuvir+daclatasvir ± ribavirina[1] **OU;**	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	8 semanas	12 semanas	x	8 semanas	12 semanas
	sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina[3]	12 semanas	12 semanas	24 semanas[3]	x	x

OBSERVAÇÕES

[1]Em pacientes com cirrose Child-Pugh B e C a dose inicial de ribavirina deve ser de 500 mg ao dia, podendo ser aumentada conforme a tolerância do paciente e avaliação médica. A dose máxima não deve ultrapassar de 11 mg/kg/dia. A adição de ribavirina, quando possível, é sempre recomendada em pacientes com cirrose e em todos aqueles com menor chance de resposta virológica, a saber: não respondedores aos esquemas com interferon, pacientes com genótipo 3, sexo masculino, idade >40 anos, ou a critério da equipe médica. Deve-se investigar intolerância prévia ou o risco de eventos adversos com ribavirina.

[2]Para ledipasvir/sofosbuvir o tempo de tratamento poderá ser reduzido para 8 semanas apenas para pacientes: virgens de tratamento - naive - (pacientes nunca tratados anteriormente, com qualquer esquema terapêutico), com carga viral ≤6 milhões UI/mL, não afrodescendentes e/ou não coinfectados pelo HIV.

[3]Pacientes com genótipos 1,2,4,5 e 6 e com cirrose Child-B ou Child-C, sem contraindicação e tolerantes à ribavirina, poderão ter o tempo de tratamento diminuído para 12 semanas, desde que haja associação da ribavirina ao NS5A indicado.

Tabela 6: Tratamento da hepatite C para pacientes submetidos a tratamentos prévios com DAAs.

		Pacientes submetidos a tratamento prévio com medicamentos de ação direta (DAA)			
		Pacientes sem cirrose ou com cirrose child-A que não fizeram tratamento previo com NS5A, mas foram tratados com esquemas com simeprevir (gen 1), SOF+RBV* (gen 2) ou PR+SOF** (gen 3)	Pacientes com cirrose child-B ou C que não fizeram tratamento previo com NS5A, mas foram tratados com esquemas com simeprevir (gen 1), SOF+RBV* (gen 2) ou PR+SOF** (gen 3)	Pacientes sem cirrose ou com cirrose child-A não respondedores a tratamento prévio com NS5A ou ombitasvir/veruprevir/ritonavir + dasabuvir	Pacientes sem cirrose ou com cirrose child-B ou C não respondedores a tratamento prévio com NS5A
Genótipo 1a	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	24 semanas	24 semanas	x	x
	sofosbuvir/ledipasvir **OU;**	24 semanas	24 semanas	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	12 semanas ± sofosbuvir[1]	x	12 semanas + sofosbuvir[2]	x
	sofosbuvir/velpatasvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 1b	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	24 semanas	24 semanas	x	x
	sofosbuvir/ledipasvir **OU;**	24 semanas	24 semanas	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	12 semanas ± sofosbuvir[1]	x	12 semanas + sofosbuvir[2]	x
	sofosbuvir/velpatasvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 2	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	24 semanas	24 semanas	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	12 semanas	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	sofosbuvir/velpatasvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 3	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	24 semanas	24 semanas	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	16 semanas	x	12 semanas + sofosbuvir + ribavirina[3]	x
	sofosbuvir/velpatasvir	24 semanas	24 semanas	x	24 semanas
Genótipo 4	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	x	x	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	x	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	sofosbuvir/velpatasvir **OU;**	x	x	x	24 semanas
Genótipo 5	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	x	x	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	x	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	sofosbuvir/velpatasvir	x	x	x	24 semanas
Genótipo 6	sofosbuvir+daclatasvir **OU;**	x	x	x	x
	glecaprevir/pibrentasvir **OU;**	x	x	12 semanas + sofosbuvir	x
	sofosbuvir/velpatasvir	x	x	x	24 semanas

*SOF+RBV = sofosbuvir + ribavirina ** PR+SOF = alfapeginterferona + ribavirina + sofosbuvir

OBSERVAÇÕES

1) Nos casos de pacientes não respondedores ao uso prévio de simeprevir + sofosbuvir deve-se associar o sofosbuvir ao glecaprevir/pibrentasvir para o retratamento. Para os demais casos, a saber: SOF+RBV* (gen 2) ou PR+SOF** (gen 3), deve-se usar glecaprevir/pibrentasvir por 12 semanas sem necessidade de associação com sofosbuvir.

2) Nos casos dos pacientes com genótipo 1 sem cirrose ou com cirrose child-A não respondedores a tratamento prévio com NS5A ou ombitasvir/veruprevir/ritonavir + dasabuvir, o tratamento poderá ser feito por 16 semanas com glecaprevir/pibrentasvir, sem necessidade de associação com sofosbuvir.

3) Para pacientes com genótipo 3 sem cirrose ou com cirrose child-A não respondedores a tratamento prévio com NS5A, o tratamento poderá ser feito por 16 semanas com glecaprevir/pibrentasvir+ribavirina, sem necessidade de associação com sofosbuvir.

6.3 TRATAMENTO DA HEPATITE C AGUDA E CRÔNICA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COM IDADE ENTRE 3 E 17 ANOS

Idade e Faixa de peso	Genótipo	Esquema Terapêutico	Tempo de tratamento para pacientes sem cirrose	Tempo de tratamento para pacientes com cirrose Child-A
Pacientes entre 3 e 11 anos e com peso < 35kg	Genótipos 1, 4, 5 e 6	alfapeguinterferona 2a (180µg/1,73 m²), por via subcutânea, uma vez por semana + ribavirina (15mg/kg/dia)	48 semanas	48 semanas
	Genótipos 2 e 3	alfapeguinterferona 2a (180µg/1,73 m²), por via subcutânea, uma vez por semana + ribavirina (15mg/kg/dia)	24 semanas	24 semanas
Pacientes > 12 anos ou com peso ≥ 35kg	Genótipo 1	sofosbuvir/ledipasvir	12 semanas	24 semanas
	Genótipos 2, 3, 4, 5 e 6	sofosbuvir + ribavirina (15mg/kg/dia)	24 semanas	24 semanas

7. MONITORIZAÇÃO

Interações medicamentosas entre os DAA e medicamentos coadministrados podem levar ao aumento do risco de toxicidade ou perda de eficácia do tratamento. É fundamental checar estas interações antes e durante todo o tratamento da hepatite C. O paciente deve ser alertado sobre esta questão e deve evitar automedicação.

Os novos medicamentos de ação direta, de forma geral, cursam com menor número de eventos adversos, todavia não são isentos a sua ocorrência. Portanto, todos os medicamentos utilizados no tratamento da hepatite C podem ocasionar o surgimento de eventos adversos. Dessa forma, é obrigatório o acompanhamento rigoroso de todos os pacientes em tratamento, para monitorar o surgimento desses eventos.

Os pacientes devem realizar hemograma, teste de creatinina (ou clearance de creatinina estimado) e exame de função hepática ao início de tratamento e, sempre que clinicamente indicado, devem repetir esses exames durante o tratamento.

Em pacientes em uso de ribavirina deve-se realizar hemograma e teste de creatinina nas semanas 4, 8 e 12 para avaliar anemia, ou com maior frequência, caso necessário. Nos casos de surgimento de anemia, a dose de ribavirina pode ser ajustada, levando-se em consideração a gravidade da anemia, a função renal e a presença de comorbidades, com especial atenção aos pacientes com doença renal crônica grave. Em pacientes sem cardiopatia, a dose de ribavirina pode ser reduzida para 500 ou 750 mg por dia, quando a hemoglobina estiver entre 8,5 e 10 g/dL, e deverá ser suspensa se níveis de hemoglobina < 8,5 g/dL. Em cardiopatas, a dose de ribavirina deve ser reduzida para 500 mg se houver uma queda da hemoglobina ≥ 2g/dL em um período menor que 4 semanas, e deverá ser suspensa em pacientes sintomáticos ou a critério do médico assistente. Esta orientação também se aplica para pacientes com cirrose descompensada, os quais têm maior chance de apresentar este evento adverso, com ribavirina.

Pacientes em uso de alfapeguinterferona com plaquetas < 50.000/mm³ deverão ter a dose do medicamento reduzida em 50%.

Pacientes com cirrose hepática devem ser frequentemente monitorados em relação à função hepática, principalmente aqueles em uso de medicamentos inibidores de protease.

8. OBJETIVOS E CRITÉRIOS DE SUPENSÃO DO TRATAMENTO

8.1 OBJETIVOS DO TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é a obtenção da RVS, ou seja, a ausência de HCV-RNA (CV-HCV) na 12ª ou 24ª semana após o término do tratamento.

A realização do teste para identificação do HCV-RNA por método de biologia molecular está indicada para confirmar o diagnóstico de hepatite C crônica imediatamente antes de iniciar o tratamento, e na 12ª ou 24ª semana após o término do tratamento, para avaliar a eficácia terapêutica. A mensuração do HCV-RNA deve ser realizada por metodologia de PCR em tempo real com limite de detecção de < 12 UI/mL.

Ressalta-se que a hepatite C (aguda ou crônica) não confere imunidade protetora após a primeira infecção, havendo o risco de reinfecção. Mesmo após a eliminação espontânea do HCV, na fase aguda ou após a RVS, o paciente permanece sujeito à reinfecção caso mantenha a exposição aos fatores relacionados à infecção. Assim, recomenda-se o rastreamento de reinfecção pelo HCV, regularmente, em pacientes que mantém risco contínuo de exposição, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas ilícitas e profissionais do sexo.

8.2 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DO TRATAMENTO

O tratamento deverá ser suspenso nas seguintes situações:

- Ocorrência de eventos adversos importantes;
- Ausência de adesão ao tratamento;
- Identificação de situação que contraindique o tratamento, como a gestação;
- Elevação das aminotransferases em níveis 10 vezes acima do limite superior da normalidade;
- Infecção bacteriana grave, independentemente da contagem de granulócitos;
- Ocorrência de sepse;
- Descompensação hepática, como: ascite e encefalopatia, significativo aumento de bilirrubina direta, em pacientes previamente compensados;
- Pacientes em uso de alfapeguinterferona com plaquetas < 25.000 mm^3.

9. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes constantes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas, a adequação de uso do medicamento e os critérios de interrupção do tratamento.

Em função da complexidade dos casos e da necessidade de monitoramento contínuo, os pacientes com cirrose descompensada deverão ser atendidos e tratados exclusivamente em centros de referência.

Casos de coinfecção HCV/HBV em crianças deverão ser, preferencialmente, monitorados e tratados em centros de referência e atendidos por médicos experientes no manejo de crianças com hepatopatias, seguindo-se as recomendações terapêuticas para tratamento das hepatites B e C.

Pacientes com depuração de creatinina inferior a 30 mL/min deverão ter tratamento supervisionado por médicos especialistas no tratamento de hepatite C e doença renal avançada.

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual Componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

10. REFERÊNCIAS

AASLD/IDSA HCV GUIDANCE PANEL. Hepatitis C guidance: AASLD-IDSA recommendations for testing, managing, and treating adults infected with hepatitis C virus. Hepatology, v. 62, n. 3, p. 932–954, 2015.

AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LIVER DISEASES AND THE INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA. Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. AASLD, p. 1–234, 2016.

BATESON, M. C. et al. A comparative trial of liver biopsy needles. Journal of Clinical Pathology, v. 33, n. 2, p. 131–133, 1980.

BEDOSSA, P.; POYNARD, T. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. The METAVIR Cooperative Study Group. Hepatology, v. 24, p. 289–293, 1996.
BENZAKEN, A. et al. Hepatitis C elimination by 2030 is feasible in Brazil: a mathematical modelling approach. Journal of Hepatology, v. 68, p. S193, 1 abr. 2018.

BERSOFF-MATCHA, S. J. et al. Hepatitis B Virus Reactivation Associated With Direct-Acting Antiviral Therapy for Chronic Hepatitis C Virus: A Review of Cases Reported to the U.S. Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System. Annals of Internal Medicine, v. 166, n. 11, p. 792–798, jun. 2017.

BORTOLOTTI, F. et al. Long-Term Course of Chronic Hepatitis C in Children: From Viral Clearance to End Stage Liver Disease. Gastroenterology, v. 134, n. 7, p. 1900–1907, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST AIDS E HEPATITES VIRAIS. Protocolo Cl{í}nico e Diretrizes Terap{ê}uticas para Hepatite C e Coinfec{ç}{õ}es. [s.l: s.n.].

CAMPIOTTO, S. P. J. et al. Geographic distribution of hepatitis C virus genotypes in Brazil. Brazilian Journal of Medicine and Biology Research, v. 38, 2005.

CASTÉRA, L. et al. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI, and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. Gastroenterology, v. 128, n. 2, p. 343–350, 2005.

CHILD, C.; TURCOTTE, J. Surgery and portal hypertension. Major Probl Clin Surg, v. 1, p. 1–85, 1964.

CHUNG, R. T. et al. Hepatitis C Guidance 2018 Update: AASLD-IDSA Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. Clinical Infectious Diseases, v. 67, p. 1477–1492, 2018.

COLOMBO, M. et al. Ultrasound-assisted percutaneous liver biopsy: Superiority of the Tru-Cut over the Menghini needle for diagnosis of cirrhosis. Gastroenterology, v. 95, n. 2, p. 487–489, 1988.

DARNELL, A. et al. Liver Imaging Reporting and Data System with MR Imaging: Evaluation in Nodules 20 mm or Smaller Detected in Cirrhosis at Screening US. Radiology, v. 275, n. 3, p. 698–707, 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV. [s.l: s.n.].

EL-SHABRAWI, M. H.; KAMAL, N. M. Burden of pediatric hepatitis C. World J Gastroenterol, v. 19, n. 44, p. 7880–7888, nov. 2013.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. Journal of Hepatology, v. 66, n. 1, p. 153–194, jun. 2017.

FARCI, P. et al. Hepatitis C Virus–Associated Fulminant Hepatic Failure. New England Journal of Medicine, v. 335, n. 9, p. 631–634, ago. 1996.

FAUTEUX-DANIEL, S. et al. Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Variable Transmission Bottleneck and Evidence of Midgestation In Utero Infection. Journal of Virology, v. 91, n. 23, dez. 2017.

FRIEDRICH-RUST, M. et al. Performance of Acoustic Radiation Force Impulse imaging for the staging of liver fibrosis: a pooled meta-analysis. Journal of Viral Hepatitis, v. 19, n. 2, p. e212--9, 2012.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
CATARATA			
Título: Protocolo Catarata			
Responsável: Diretoria técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 16/09/2024

1) INTRODUÇÃO

A catarata é uma das principais causas de cegueira e deficiência visual em todo o mundo, e o Brasil não é exceção. Epidemiologicamente, a catarata representa um desafio significativo para a saúde pública no país. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ministério da Saúde, aproximadamente 1,5 milhão de brasileiros sofrem com essa condição. A prevalência aumenta com a idade, afetando principalmente a população idosa. Estudos indicam que mais de 50% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam catarata, refletindo o envelhecimento da população e a necessidade crescente de intervenções oftalmológicas.

Além da idade, fatores como diabetes mellitus, exposição prolongada à luz solar e deficiências nutricionais também contribuem para o desenvolvimento da catarata. A condição é responsável por uma parte significativa dos casos de cegueira evitável no país. A cirurgia de catarata, embora amplamente disponível e eficaz, enfrenta desafios relacionados ao acesso e à desigualdade regional, com disparidades evidentes entre as áreas urbanas e rurais. Portanto, o enfrentamento da catarata no Brasil requer uma abordagem integrada que aborde tanto a prevenção quanto o tratamento, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde ocular e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Além dos fatores individuais e regionais, a catarata também é influenciada por aspectos socioeconômicos e culturais. A desigualdade no acesso a serviços de saúde e a falta de informações sobre a prevenção e o tratamento da catarata exacerbam a situação. Em muitas áreas do Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, a falta de infraestrutura adequada e a escassez de profissionais especializados dificultam a detecção precoce e o tratamento oportuno da condição. A conscientização pública sobre os sinais da catarata e a importância dos exames oftalmológicos regulares ainda é limitada, o que contribui para que muitos pacientes só busquem ajuda quando a condição já está avançada.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento ambulatorial da patologia da catarata na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

Na policlínica a seguinte patologia é de acompanhamento do médico oftalmologista. Nesse sentido ocorre que muitas vezes o paciente é encaminhado pela redução da acuidade visual para avaliar miopia, presbiopia, hipermetropia e astigmatismo e acaba sendo diagnósticado com esta outra condição.

Ressalta-se que a unidade é responsável pelo diagnóstico adequado e oportuno da patologia a qual é então encaminhada via sistema de regulação para que seja corrigida em outra unidade que

tenha disponível o serviço de tratamento cirúrgico.

Na unidade o médico oftalmologista tem os seguintes instrumentos para uso:

- Auto refrator oftalmológico

- Oftalmoscopio binocular indireto

- Lâmpada de fenda portátil

- Topógrafo de córnea

- Tonômetro de aplanação

Diagnóstico

As queixas principais frequentemente incluem redução da acuidade visual, dificuldade para ver à noite, fotofobia, diplopia ou alterações na percepção de cores. É importante investigar a história médica do paciente, buscando condições pré-existentes como diabetes mellitus, uso prolongado de medicamentos como corticosteroides, ou um histórico de trauma ocular e cirurgias oculares anteriores. Além disso, a história familiar deve ser considerada, verificando a presença de catarata ou outras condições oculares na família.

Durante o exame físico, a acuidade visual deve ser medida com a tabela de Snellen ou um teste equivalente. A avaliação da sensibilidade à luz e da visão noturna é realizada através do teste de luminância. O exame de lâmpada de fenda é crucial para observar as estruturas oculares, incluindo o cristalino, e identificar opacidades e alterações características da catarata. A fundoscopia é utilizada para avaliar o fundo do olho e descartar outras condições que possam estar afetando a visão. Finalmente, o teste de pressão ocular é realizado para medir a pressão intraocular e excluir a presença de glaucoma.

Nesse sentido, percebe-se que o diagnóstico da catarata pode ser realizado já inicialmente pela anamnese e o exame físico porém em alguns casos devem ser solicitados exames para descartar outras alterações ou também para realizar o correto planejamento da correção cirúrgica.

Exames Complementares:

Biometria Ocular: Medida do comprimento axial do olho para planejamento da cirurgia de catarata.
Tomografia de Coerência Óptica (OCT): Avaliação detalhada da retina e do nervo óptico para diagnósticos diferenciais
Ultrassonografia Ocular: Realizada se houver opacidades graves do cristalino ou se a visualização direta for comprometida.

Tratamento Conservador:

Em casos iniciais ou assintomáticos, pode ser apropriado apenas monitorar a progressão da catarata e tratar os sintomas conforme necessário, como o uso de óculos com lentes antirreflexo ou aumento da iluminação. Porém a resolução da problemática será somente com a realização do procedimento cirúrgico.

Ademais ressalta-se que o intuito deste texto é exemplificar o fluxograma inicial de diagnóstico e então encaminhamento para a possível correção cirúrgica da patologia. Nesse sentido serão pinceladas abaixo os principais

–

–

procedimentos cirúrgicos para fins de conhecimento.

Tratamento Cirúrgico: A cirurgia é o tratamento definitivo para catarata quando a perda visual afeta a qualidade de vida ou a capacidade de realizar atividades diárias.

Facoemulsificação:

O procedimento mais comum para o tratamento da catarata é a facoemulsificação, que envolve a fragmentação do cristalino opaco usando ultrassom e sua remoção por aspiração. Após a remoção do cristalino, uma lente intraocular (LIO) é implantada. A facoemulsificação é indicada para cataratas maduras ou avançadas que comprometem significativamente a acuidade visual e a função diária do paciente. O tempo de recuperação é geralmente rápido, com a maioria dos pacientes retornando à visão funcional em poucos dias a semanas após a cirurgia.

Cirurgia de Catarata por Extração Extracapsular:

A cirurgia de catarata por extração extracapsular envolve a remoção do cristalino opaco intacto, podendo ou não ser seguida pela substituição do cristalino por uma lente intraocular (LIO). Este procedimento é indicado em casos de catarata densa ou complicada, ou quando a facoemulsificação não é viável. O tempo de recuperação pode ser mais longo em comparação com a facoemulsificação, exigindo um acompanhamento mais prolongado para garantir a completa recuperação da visão.

Cirurgia de Catarata por Extração Intracapsular:

A cirurgia de catarata por extração intracapsular envolve a remoção do cristalino e da cápsula em uma única peça. Este procedimento é raramente utilizado atualmente e é reservado para casos muito específicos. Em geral, a extração intracapsular é considerada apenas em situações onde outros métodos, como a facoemulsificação ou a extração extracapsular, não são viáveis ou adequados.

Pós-Operatório:

Após a cirurgia de catarata, a medicação geralmente inclui o uso de colírios antibióticos e anti-inflamatórios para prevenir infecções e controlar a inflamação. Os cuidados gerais envolvem orientações sobre restrições de atividades, como evitar esforço físico intenso e nadar, além de um acompanhamento regular para monitorar a recuperação. Consultas de reavaliação são importantes para verificar a recuperação da visão e assegurar a correta posição da lente intraocular implantada.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

LIO – Lente Intraocular

OCT – Tomografia de coerência óptica

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SILVA, João Carlos; OLIVEIRA, Maria de Lourdes. Oftalmologia Clínica: Diagnóstico e Tratamento. 4. ed. São Paulo: Editora Medicina & Saúde, 2022.

- SANTOS, Ana Paula; MELO, Pedro Henrique. Avaliação das Técnicas Cirúrgicas para Tratamento de

Catarata. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 82, n. 3, p. 45-50, 2021.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Catarata e Saúde Visual no Brasil*. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 17 set. 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
Neoplasias de pele			
Título: Protocolo Clínico Neoplasias de pele			
Responsável: Diretoria Técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 13/09/2024

1) INTRODUÇÃO

O câncer de pele é um dos tipos de câncer mais comuns em todo o mundo, sendo amplamente reconhecido como um problema de saúde pública significativo. Ele se divide principalmente em três categorias: carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) e melanoma. Cada um desses tipos apresenta características distintas, tanto em sua apresentação clínica quanto em sua epidemiologia.

O carcinoma basocelular é o tipo mais prevalente de câncer de pele, representando cerca de 80% dos casos. Geralmente associado à exposição crônica à radiação ultravioleta (UV), ele ocorre mais frequentemente em áreas do corpo expostas ao sol, como rosto e pescoço. Estudos mostram que a incidência de CBC tem aumentado, com estimativas que indicam que mais de 3 milhões de casos são diagnosticados anualmente apenas nos Estados Unidos.

O carcinoma espinocelular é o segundo tipo mais comum, responsável por aproximadamente 20% dos casos de câncer de pele. Assim como o CBC, o CEC está relacionado à exposição ao sol, mas pode também ocorrer em áreas menos expostas. Sua taxa de incidência também está aumentando, com cerca de 700.000 casos diagnosticados anualmente nos EUA. O CEC tem um potencial mais elevado de metastatização em comparação ao CBC, tornando o diagnóstico e tratamento precoces cruciais.

O melanoma, embora represente apenas cerca de 1% dos casos de câncer de pele, é o mais agressivo e responsável por uma significativa proporção de mortes relacionadas ao câncer de pele. Sua incidência tem aumentado nas últimas décadas, especialmente entre populações de pele clara. Estima-se que cerca de 100.000 novos casos de melanoma são diagnosticados anualmente nos Estados Unidos, com uma taxa de mortalidade alarmante, que chega a 20% para os casos mais avançados.

A prevenção e a detecção precoce são fundamentais na luta contra o câncer de pele. Estratégias de saúde pública que promovem a proteção solar o autoexame da pele têm se mostrado eficazes na redução da incidência de todos os tipos de câncer de pele. Com o aumento contínuo da exposição aos raios UV, é essencial que tanto a população quanto os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de alerta e à importância de um acompanhamento dermatológico regular.

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento das neoplasias de pele na unidade de saúde.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

A unidade de saúde realiza o acompanhamento da patologia com:

- Médico dermatologista o qual realiza a dermatoscopia para caracterizar a lesão e orientar a

biópsia.

- Realização de biópsias incisionais e excisionais a depender da indicação.

Nos casos avançados em que apenas o tratamento com biópsia excisional não seja o suficiente o paciente deverá ser encaminhado via sistema de regulação para uma unidade que possua outros serviços como radioterapia, linfadenectomia e outros formas de tratamento complementar.

Indicações de biópsia na suspeita de carcinoma basocelular

- Lesões que apresentam características típicas de CBC, como nódulos perolados, áreas ulceradas ou cicatrização inadequada, devem ser biopsiadas.

- Mudança em Lesões Existentes: Nevos ou lesões que mudam de cor, forma ou tamanho são candidatos para biópsia.

A biópsia excisional é ideal para lesões menores e em locais que podem ser completamente removidos, enquanto a biópsia por punch é utilizada para lesões maiores ou em locais onde uma biópsia excisional não é prática.

Indicações de biópsia na suspeita de carcinoma espinocelular

- Lesões Persistentes: Lesões que não cicatrizam ou que apresentam crescimento rápido devem ser realizadas a biópsia.

- Lesões Ulceradas: Ulcerações ou placas escamosas que sangram ou mudam de aparência são indicativas de biópsia.

- Histórico de CEC: Pacientes com histórico anterior de CEC ou aqueles com condições que aumentam o risco (como imunossupressão) necessitam de biópsia para lesões suspeitas.

A biópsia excisional é preferida para lesões em estágios iniciais, pois permite uma avaliação completa das margens, enquanto a biópsia por punch ou incisional é indicada para lesões grandes ou em locais onde a excisão total não é prática.

Indicações de biópsia para melanoma

- Nevo Suspeito: Lesões que apresentam características da regra ABCDE (Assimetria, Bordas irregulares, Cor variada, Diâmetro maior que 6 mm, Evolução) devem ser biopsiadas.

- Mudanças em Nevos Existentes: Qualquer alteração significativa em um nevo, como aumento de tamanho ou alteração de cor, requer biópsia.

- Histórico Familiar: Pacientes com histórico familiar de melanoma ou outros cânceres de pele devem ser monitorados e biopsiados quando necessário.

A biópsia excisional é o padrão-ouro para melanomas e deve ser realizada com margens adequadas para garantir a remoção completa e permitir a avaliação da profundidade da invasão, conhecida como índice de Breslow. Já a biópsia por punch pode ser considerada em lesões muito grandes ou em locais onde a excisão não é viável, mas deve ser seguida por excisão completa

caso o melanoma seja confirmado.

Tratamento carcinoma basocelular

- Excisão cirúrgica ou biópsia excisional: A excisão completa é o tratamento padrão, especialmente em lesões localizadas. Deve incluir margens livres de doença, geralmente entre 4 e 5 mm.

Também existem outras formas de tratamento como a cirurgia micrográfica de Mohs que é indicada para lesões em áreas cosmeticamente sensíveis, como o rosto, e também em casos de recidivas. Essa técnica permite a remoção da lesão em camadas, garantindo a preservação do tecido saudável circundante. Além disso, existem tratamentos não cirúrgicos que podem ser eficazes. A terapia fotodinâmica (TFD) é especialmente útil para lesões superficiais; ela envolve a aplicação de um fotossensibilizante seguido de exposição à luz, o que destrói as células cancerígenas. Outra opção é a imunoterapia tópica, com preparações como o imiquimod, que são eficazes em lesões superficiais ao estimular a resposta imunológica do corpo contra as células tumorais

Tratamento carcinoma espinocelular

- Excisão cirúrgica ou biópsia excisional: A remoção completa da lesão com margens adequadas é fundamental. Para lesões mais avançadas, margens de 5 mm ou mais podem ser necessárias.

A cirurgia micrográfica de Mohs é indicada, assim como no carcinoma basocelular, para lesões em áreas críticas ou com características agressivas no carcinoma espinocelular. Além disso, a radioterapia adjuvante pode ser utilizada em casos de CEC localmente avançado ou com margens comprometidas, visando reduzir o risco de recidiva após a cirurgia. Para lesões superficiais, tratamentos tópicos como imunoterapia e quimioterapia tópica podem ser considerados, especialmente em pacientes que não podem se submeter a procedimentos cirúrgicos.

Tratamento melanoma

- Excisão cirúrgica ou biópsia excisional: O tratamento inicial padrão é a excisão do melanoma com margens adequadas. A profundidade da excisão depende do índice de Breslow, com margens variando de 1 a 2 cm.

A linfadenectomia é necessária em casos de melanoma metastático regional, onde a remoção dos linfonodos afetados deve ser decidida com base em estudos de imagem e avaliação clínica. As terapias adjuvantes incluem a imunoterapia, que utiliza medicamentos como os inibidores de PD-1, como pembrolizumabe e nivolumabe, e que têm revolucionado o tratamento de melanomas em estágio avançado, aumentando a sobrevida dos pacientes. Além disso, a terapia alvo é indicada para melanomas com mutações específicas, utilizando tratamentos direcionados, como o vemurafenibe. Em relação aos tratamentos locais, a radioterapia pode ser considerada em casos de melanoma avançado ou para controlar metástases cerebrais, contribuindo para o manejo eficaz

da doença.

Outros subtipos histológicos:

Carcinoma Basocelular Agressivo

Embora o CBC seja geralmente considerado indolente, algumas variantes, como o carcinoma basocelular morfológico infiltrativo, podem apresentar comportamento mais agressivo, com maior potencial de infiltração nos tecidos adjacentes e recorrência. Essas lesões podem ser confundidas com outras condições, exigindo um manejo mais cuidadoso.

Nevo Melanocítico Atipico

Os nevos melanocíticos atípicos, ou nevos displásicos, apresentam características que os tornam difíceis de classificar. Eles têm um risco aumentado de transformação em melanoma, mas nem todos os nevos atípicos se tornam malignos. A vigilância regular é essencial, e a biópsia pode ser necessária para avaliação histológica.

Dermatofibrossarcoma Protuberans (DFSP)

O DFSP é uma neoplasia mesodérmica rara, tipicamente benigna, mas com comportamento localmente agressivo. Embora não metastatize frequentemente, a remoção incompleta pode levar a recorrências significativas. O tratamento padrão envolve excisão cirúrgica, e, em alguns casos, a terapia adjuvante pode ser considerada.

Histiocitoma Fibroso Maligno

Este tumor raramente observado é uma variante agressiva que pode se desenvolver em locais previamente traumatizados. O tratamento geralmente envolve excisão cirúrgica, mas a natureza localmente agressiva da lesão pode levar a recorrências. É crucial diferenciar essa condição de outras lesões fibrosas benignas.

Neoplasias de Células Escamosas e Basocelulares Periféricas

Existem variantes menos comuns de carcinoma espinocelular e basocelular, como o carcinoma espinocelular de células gigantes, que podem apresentar comportamento mais agressivo e requerem tratamento mais intensivo. Essas neoplasias podem ser desafiadoras devido à sua apresentação clínica, muitas vezes confundida com lesões benignas.

Melanoma Desmoplásico

Uma forma rara de melanoma, o melanoma desmoplásico pode ser facilmente subdiagnosticado devido à sua apresentação menos típica. Essas lesões podem ser amolecidas e apresentarem características de pele normal, tornando a biópsia crítica para o diagnóstico. O tratamento pode incluir cirurgia e, dependendo do estadiamento, terapias adjuvantes.

O tratamento do CBC, CEC e melanoma requerem uma abordagem multidisciplinar, considerando as características específicas de cada lesão e as necessidades do paciente. O acompanhamento regular e a monitorização são essenciais para detectar recidivas precoces, principalmente no caso do melanoma, onde o prognóstico é fortemente influenciado pela detecção precoce e pelo tratamento adequado.

4) INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

CBC – Carcinoma Basocelular

CEC – Carcinoma Espinocelular

DFSP - Dermatofibrossarcoma Protuberans

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY. **Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma**. 2020. Disponível em: https://www.aad.org. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento do melanoma**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/assuntos/cancer-de-pele. Acesso em: 18 set. 2024.

MCCARTHY, C. M. et al. **Surgical management of cutaneous malignancies**. *Journal of Surgical Oncology*, v. 121, n. 7, p. 1112-1123, 2020. DOI: 10.1002/jso.25881.

NICE. **Melanoma: assessment and management**. National Institute for Health and Care Excellence, 2020. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng14. Acesso em: 18 set. 2024.

SOUZA, R. S.; FERRAZ, L. B. **Tratamento do melanoma: avanços e desafios**. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, n. 3, p. 278-285, 2020.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
DPOC			
Título: Protocolo Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica			
Responsável: Diretoria Técnica	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 18/09/2024

1) INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição respiratória prevalente e incapacitante, caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é completamente reversível. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a DPOC é a terceira causa de morte em todo o mundo, com aproximadamente 3,23 milhões de óbitos em 2019. A prevalência da doença varia globalmente, mas estima-se que afete cerca de 10% da população adulta em países desenvolvidos.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC incluem o tabagismo, que é responsável por até 85% dos casos, além da exposição a poluentes ambientais e ocupacionais. Em países em desenvolvimento, o uso de combustíveis sólidos para cozinhar nos fogões a lenha também para aquecimento das casas também tem contribuído significativamente para a incidência da doença. A DPOC é frequentemente subdiagnosticada, uma vez que muitos pacientes não apresentam sintomas até que a doença esteja em estágios avançados, o que torna a detecção precoce e a gestão adequada ainda mais cruciais.

Além do impacto sobre a mortalidade, a DPOC tem um efeito substancial na qualidade de vida dos pacientes, resultando em limitações funcionais, aumento das hospitalizações e custos elevados com cuidados de saúde. O reconhecimento da carga global da DPOC destaca a necessidade urgente de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, assim como a importância de intervenções para reduzir os fatores de risco associados à doença

2) OBJETIVOS

O protocolo clínico tem como intuito estabelecer o fluxograma de diagnóstico e acompanhamento da doença pulmonar obstrutiva crônica na unidade de saúde.

3) FLUXOS DE ATENDIMENTO

A unidade de saúde realiza o acompanhamento da patologia com:

- Médico pneumologista

- Realização de exame de espirometria com prova broncodilatadora

Ressalta-se inicialmente que a DPOC é uma doença cujo diagnóstico é eminentemente espirométrico, sendo assim todos os pacientes com suspeita da etiologia são submetidos ao exame sob orientação do médico pneumologista.

Diagnóstico

- Anamnese + historia pessoal de fatores de risco (tabagismo, idade, exposição ocupacional) são o suficiente apenas para um diagnóstico de suspeição

- Realização da espirometria com VEF1/CVF pós broncodilatador < 70% (VEF1 é o Volume Expiratório Forçado do 1º segundo e CVF é a Capacidade Vital Forçada) para a realização do

diagnóstico efetivamente.

- Inicialmente o paciente deve ser classificado também na escala de dispneia modificada (mMRC, *modified Medical Research Council*):

0 – Paciente sem dispneia a não ser com exercício extenuante

1 – Dispneia quando caminha depressa no plano ou sobe ladeira suave

2 – Caminha mais devagar que pessoa da mesma idade no plano devido a dispneia ou tem que parar para respirar

3 – Para para tomar fôlego após caminhar uma quadra ou aproximadamente 90 a 120 metros.

4 – Dispneia o impede de sair de casa, sente falta de ar em atividades simples como se vestir.

- Outra classficação que deve ser realizada após a realização da espirometria é a escala GOLD (*Global Initiative for Obstructive Lung Disease*) para determinação da gravidade da doença obstrutiva):

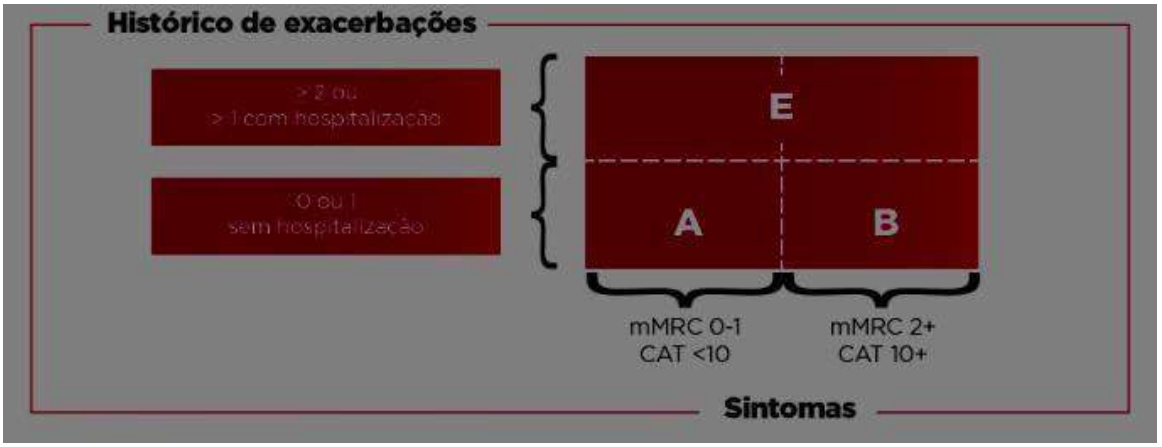
Gold 1 – Leve – VEF1 > 80% do predito

Gold 2 – Moderado – VEF1 entre 50 a 80% do predito

Gold 3 – Grave – VEF1 entre 30 a 50% do predito

Gold 4 – Muito grave – VEF < 30% do predito

Classificação para tratamento:

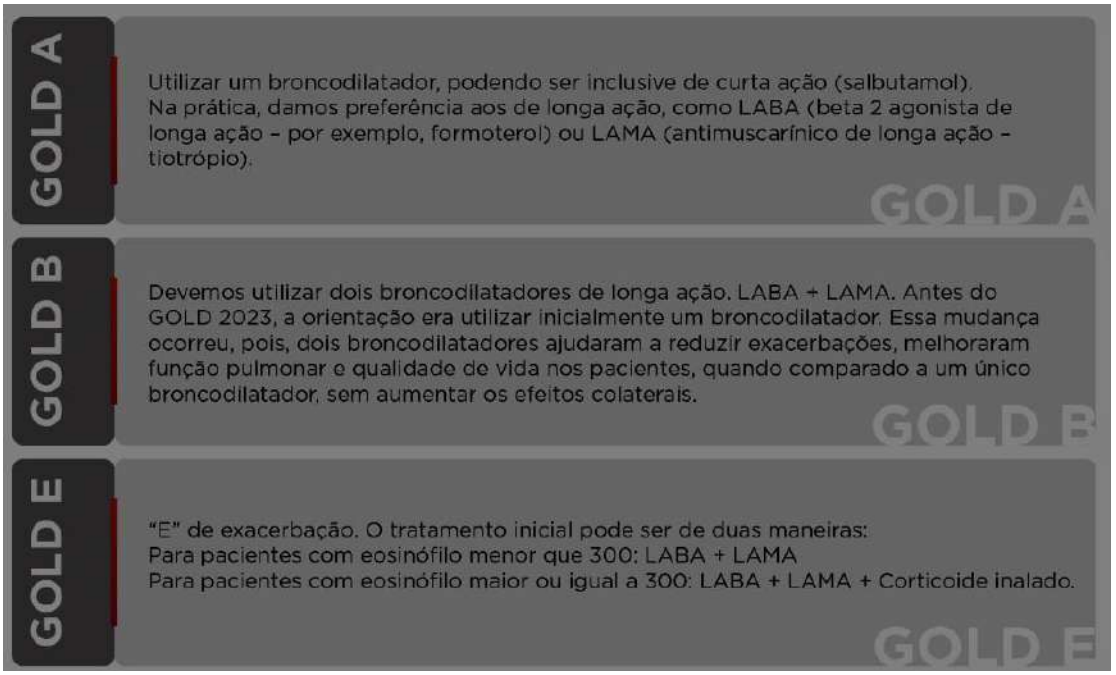


Fonte da imagem: Medcel

- A escala CAT (COPD Assessment Test) também pode ser utilizada para avaliar a gravidade da doença pela quantidade de sintomas auxiliando na classificação para o tratamento.

Tratamento da DPOC

A classificação e o tratamento da passou por uma atualização recente em no GOLD 2023 visando facilitar o fluxograma e dando maior importância a exacerbação da DPOC. A imagem abaixo determina as opções de tratamento a depender da classificação GOLD..



Fonte da imagem: medcel

Exacerbação na DPOC como identificar:

- **Aumento da dispneia**
- **Aumento da expectoração**
- **Aumento da purulência do catarro - escarro verde/amarelo**

Basta ter 2 dos 3 para ser uma exacerbação

Acompanhamento da doença no paciente exacerbador

- No paciente ainda com sintomas persistentes no caso de uso de apenas LAMA ou LABA separados deve ser então associadas as duas medicações.

- No paciente exacerbador o qual continua apresentando estes episódios deve ser considerado:

Adicionar corticosteroide inalatório se eosinófilos > 300/mm³

Se apresentar pneumonia durante o uso de corticosteroide inalatório deve ser suspenso

Se o paciente já está em uso de LAMA + LABA e mantem exacerbação considerar associar corticoide inalatório se eosinófilos > 100. Se eosinófilos < 100 não pode ser prescrito corticoide inalado mas pode ser avaliado o uso de rofluminaste e/ou azitromicina.

Caso o paciente já esteja em uso de LAMA + LABA + Corticoide inalatório e ainda mantem exacerbação considertar também rofluminaste e/ou azitromicina (rofluminaste se VEF1 <50% e azitromicina preferencialmente em pacientes ex-fumantes.

Acompanhamento da doença no paciente sintomático

- Se em uso de LAMA ou LABA separados considerar associar LAMA + LABA

- Se já em uso de LAMA + LABA considerar os seguintes pontos:

Avaliar a técnica de uso do aparelho ou trocar o tipo do aparelho de inalação

Implentar ou aumentar as estratégias de tratamento não medicamentosas

Investigar e tratar outras causas de dispneia

Tratamento da doença não-farmacológico

Gold A – Cessação do tabagismo (essencial) + atividade física
Vacinas – gripe, pneumocócica e Covid-19
Gold B,C e D – Cessação do tabagismo + Reabilitação pulmonar (essencial) + atividade física
Vacinas – gripe, pneumocócica e Covid-19
A reabilitação pulmonar é essencial no Gold B, C e D para melhorar os sintomas

Indicação de oxigenioterapia

- Melhora sobrevida assim como cessar o tabagismo
Utilizar por pelo menos 15h por dia
PaO2 <55mmHg ou SatO2 <88% com ou sem hipercapnia
ou
PaO2 55-60mmhg, Sat 88-90%
Nos pacientes com sinais de insuficiência ventricular direita (edema de membros inferiores), hipertensão pulmonar ou Policitemia com Ht>55%

INDICADORES

Não se aplica.

5) GLOSSÁRIO

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

LAMA – Long Acting Muscarinic Antagonists

LABA – Long Acting B2 Agonists

GOLD - Global Initiative for Obstructive Lung Disease

CAT – COPD Assessment Test

COPD – Chronic Obstrutive Pulmonary Disease

mMRC, modified Medical Research Council

VEF1 - Volume Expiratório Forçado do 1º segundo

CVF - Capacidade Vital Forçada

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da DPOC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/assuntos/dpoc. Acesso em: 18 set. 2024.

GOLD. **Global strategy for the prevention, diagnosis, and management of COPD**. 2023. Disponível em: https://goldcopd.org. Acesso em: 18 set. 2024.

ÁREA DA QUALIDADE

Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica

Metas especilidades medicas e não medicas

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa terá seu Funcionamento: de segunda a sexta-feira, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo os usuários devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Salienta-se que, em caso de realização de terapia renal substitutiva, o funcionamento poderá se dar também em outros turnos e/ou dias da semana, de acordo com **autorização da SES-GO.**

A Policlínica, na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesta concepção, a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especia- lidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diag- nósticos e oferta de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

a) Primeira consulta
b) Primeira Inter consulta;
c) Consultas subsequentes (retornos);
d) Procedimentos terapêuticos - equipe multiprofissional.

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e não médica.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

São procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório ou sala específica de procedimentos, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.Exemplo de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais:

ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões,exérese de lipoma, dentre outras.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica.

Quadro 1-Especialidades mínimas oferecidas para atendimento.

ESPECIALIDADES MÉDICA	ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS
Anestesiologia*, Angiologia/Cirurgia Vascular, Cardiologia, Coloproctologia, Clínico Geral***, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia.	Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutricionista, Psicologia,

**** para acompanhamento de exames específicos; realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que tenham a devida indicação; e consultas especializadas, internamente.***

***** Para acompanhamento ambulatorial interno da Unidade.***

METAS DE PRODUÇÃO.

Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

I - 35% do total de consultas ofertadas serão destinadas à realização de primeira consulta;

II - 65% do total de consultas ofertadas serão destinadas a realização de Interconsulta e consultas subsequentes;

*** Todas deverão ser informadas por meio dos sistemas eletrônicos**

São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados, referentes aos serviços assistenciais e correspondem a 90% do percentual de custeio do repasse mensal.

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA

A Policlínica da Região do Entorno – Formosa deverá **realizar mensalmente 43.000** (três mil) consultas médicas.

CONSULTAS DA EQUIPE MULTI PROFISSIONAL E PROCESSOS TERAPÊUTICOS DE MÉDIA DURAÇÃO (SESSÕES/TRATAMENTOS)

A Policlínica de Goiás deverá **realizar mensalmente 4.000** (quatro mil) consultas multiprofissionais.

Procedimento	Interconsulta	Retorno/Sessões	Meta total no mês
Consulta equipe multiprofissional	1.200	2.800	4.000

Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

Os **atendimentos realizados pelo farmacêutico** serão configurados como consultas ambulatoriais, incluindo orientações sobre aplicação de auto injetáveis, em concordância com o item 4.6.3 do presente instrumento e será monitorado pela área técnica específica da SES-GO.

Consultas Farmacêuticas	Meta Mensal
Total	≥ 5% dos processos atendidos no mês

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	Meta Mensal
Total	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

Práticas Integrativas e Complementares – PIC

A produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Ressalta-se que as vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e consultas subsequentes.

Serviço de Assistência Especializada - SAE - GRUPO 12

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Porém, para fins de habilitação junto ao Ministério da Saúde, deverá ser considerada uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial

Os atendimentos dos profissionais do serviço especializado do processo transexualizador estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional, porém fica estabelecida uma produção mínima da equipe conforme o quadro abaixo:

Produção mínima da equipe especializada do processo transexualizador*		
Médica	Multiprofissional	Total
15 consultas	35 consultas	50 consultas
Essa produção deverá ser informada separadamente para efeito de acompanhamento, já que comporá a meta geral de consultas.		

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

SADT Externo	Meta Mensal
Análises Clínicas[1]	Demanda Interna
Audiometria	5
Cistoscopia	5
Colonoscopia	100
Colposcopia	10
Densitometria Óssea	90
Doppler Vascular	80
Ecocardiografia	50
Eletrocardiografia	10
Eletroencefalografia	15
Eletroneuromiografia	40
Endoscopia	120
Espirometria	50
Exames Oftalmológicos[2]	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	50
Mamografia[3]	100
MAPA	50
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama*	5
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide*	10
Punção aspirativa por agulha grossa*	5
Radiologia	90
Teste Ergométrico	60
Tomografia	150
Ultrassonografia [4]	150
Urodinâmica	5
Videolaringoscopia	10
Total	**1.260**

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a Pessoa com Necessidades Especiais - PNE. A produção mínima mensal deverá ser realizada conforme tabelas abaixo e será verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), de acordo com as **Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, ambas de 28 de setembro de 2017.**

Consultas odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	180
Consultas Subsequente	270
Total	450

Especificação	Quantitativo mensal	Observação
Procedimentos básicos	80	Códigos SIGTAP dos procedimentos básicos para pessoas com deficiência ou condições especiais[1]
Periodontia	60	Códigos SIGTAP referente à Periodontia[2]
Endodontia	35	Códigos SIGTAP referente à Endodontia
Cirurgia Oral	80	Códigos SIGTAP referente à Cirurgia Oral

Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)

O serviço de Terapias Renais Substitutiva – TRS deverá assistir aos Doentes Renais Crônicos nos estágios 4 e 5 – Pré-dialítico, e os que necessitam de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, além de prover os exames laboratoriais, exames de imagem, e demais aportes necessários as respectivas terapias, conforme descrito na Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018 e Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – RDC no Sistema Único de Saúde.

Seguindo minimamente a programação de produção descrita no quadro abaixo.

Terapia Renal Substitutiva	Quantidade
Sessões Hemodiálise: considerando 3 turnos e 3 sessões semanais por paciente	624
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 10 dias de treinamento para cada paciente	6 pacientes (cada com 10 dias de treinamento) - Totalizando 40 sessões
A unidade conta com 8 cadeiras	

Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região do Entorno- Unidade Formosa

Para fins de precificação deve ser considerado a locação/comodato de unidades de transporte conforme especificação no item 6.7. Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual e a média mensal de distância percorrida pelos mesmos

Transporte	Qtd de Veículos	Média Mensal de distância percorrida
Van	3	15.000 Km

Quadro Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
1 - Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	100%
2 - Razão do Quantitativo de exames (SADT) Ofertadas	100%
3 - Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
4 - Taxa de acuracidade de estoque dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	≥ 99%
5 - Percentual de consultas farmacêuticas em relação ao número de processos do CEAF atendidos no mês	≥ 5%
6 - Taxa de perda financeira por vencimento	≤ 0,5%

ÁREA DA QUALIDADE

Protocolos de atenção não médica por nível de qualificação dos profissionais e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade

I. Objetivos

Esta seção define os objetivos principais da assistência de enfermagem na Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), alinhados às normas e diretrizes vigentes:

1. Definição dos Objetivos:

    - Realizar manobras e procedimentos destinados a reverter a Parada Cardiorrespiratória (PCR) e manter a oxigenação e perfusão tecidual adequadas para garantir a sobrevida do cliente.

2. Objetivos Específicos:

    - Estabelecer critérios claros para a aplicação da RCP em situações de PCR.
    - Padronizar as informações transmitidas e os cuidados prestados aos pacientes durante a RCP.
    - Sequenciar e operacionalizar as ações de enfermagem em cada etapa da RCP, ajustando recursos materiais e humanos às necessidades assistenciais.
    - Fornecer instruções claras e acessíveis sobre os procedimentos de enfermagem a serem executados por cada membro da equipe.
    - Garantir a aplicação da RCP conforme os protocolos estabelecidos, incluindo a utilização correta de materiais, medicamentos, equipamentos e acessórios necessários.
    - Assegurar a qualidade e o tempo adequado na execução dos procedimentos de enfermagem durante a RCP, visando à eficácia no atendimento ao paciente.

3. Adaptação às Normas e Regras Atualizadas:

    - Todos os objetivos são formulados de acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA) mais recentes e outras normativas reconhecidas internacionalmente.

II. Materiais

Esta seção descreve todos os materiais necessários para a realização da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), conforme as normas e diretrizes atualizadas:

1. Equipamentos de Emergência:
    - Carrinho de emergência com rodas.
    - Desfibrilador manual ou Desfibrilador Externo Automático (DEA).
    - Monitor multiparamétrico (Eletrocardiograma/oxímetro/pressão não invasiva).
    - Tábua rígida para imobilização.
2. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):
    - Óculos de proteção.
    - Máscara facial.
    - Luvas estéreis.
    - Avental descartável.
3. Material para Via Aérea:
    - Dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio.
    - Material para intubação orotraqueal (tubo endotraqueal, laringoscópio, etc.).
4. Outros Materiais:
    - Reanimador Manual Adulto (ambu).
    - Gel para condução elétrica (para uso nas pás do desfibrilador).
    - Cânula orofaríngea (vários tamanhos).
    - Medicações (como adrenalina) conforme protocolo médico.
    - Seringas identificadas para administração de medicações.

5. Acessórios de Apoio:

    - Compressas estéreis.
    - Fita adesiva hipoalergênica.
    - Instrumentos para fixação de tubo endotraqueal (se necessário).

III. Descrição dos passos da atividade

Esta seção detalha os procedimentos a serem seguidos durante a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), conforme as normas e diretrizes atualizadas:

1. Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória (PCR):

    - Verificar inconsciência.
    - Avaliar ausência de pulso carotídeo.
    - Observar apneia ou respiração agônica.

2. Paramentação e Preparação da Equipe:

    - Equipar todos os profissionais envolvidos com EPIs adequados (óculos, máscara, luvas, avental).
    - Designar funções específicas para cada membro da equipe.

3. Início da RCP:

    - Iniciar protocolo "CABD primário":
    - "C": Checar responsividade, avaliar respiração e pulso simultaneamente.
    - "A": Abrir as vias aéreas.
    - "B": Boa ventilação (realizar 2 ventilações).
    - "D": Desfibrilação (se indicado).

4. Compressões Torácicas:

    - Posicionar as mãos sobre a metade inferior do esterno.
    - Comprimir o tórax a uma profundidade de 5 a 6 cm a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

- Minimizar interrupções durante as compressões para garantir a eficácia.

5. Ventilação e Suporte Respiratório:

   - Utilizar dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio para ventilação.
   - Realizar ventilações de acordo com o protocolo estabelecido (1 ventilação a cada 6 segundos).

6. Monitorização e Avaliação Contínua:

   - Monitorar ritmo cardíaco e resposta do paciente.
   - Avaliar a necessidade de desfibrilação de acordo com o ritmo detectado (fibrilação ventricular, taquicardia ventricular).
   - Administrar medicações conforme orientação médica, como adrenalina.

7. Procedimentos Adicionais:

   - Realizar intubação orotraqueal se necessário.
   - Manter a permeabilidade das vias aéreas e administrar medicações de suporte conforme protocolo.

8. Coordenação e Comunicação:

   - Comunicar-se claramente com a equipe durante todo o procedimento.
   - Realizar rodízio entre os profissionais para manter a eficácia das compressões e ventilações.

9. Continuidade da RCP:

   - Manter os ciclos de RCP até a chegada do serviço de emergência pré-hospitalar (SAMU), transferência para o hospital ou retorno da circulação espontânea.

10. Registro e Documentação:

    - Registrar detalhadamente todas as intervenções e respostas do paciente no prontuário médico.

IV. Siglas e Definições

Esta seção apresenta as siglas utilizadas no procedimento de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e suas respectivas definições:

1. PCR - Parada Cardiorrespiratória:
    - Estado em que o coração para de bombear sangue para o corpo e a respiração cessa, exigindo intervenção imediata para reversão.
2. RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar:
    - Sequência de manobras destinadas a restabelecer a circulação sanguínea e a ventilação em indivíduos com PCR, visando manter a perfusão tecidual adequada.
3. EPI - Equipamento de Proteção Individual:
    - Equipamentos utilizados para proteger os profissionais de saúde de riscos biológicos, químicos e físicos durante a execução de procedimentos.
4. ECG - Eletrocardiograma:
    - Registro gráfico da atividade elétrica do coração, utilizado para monitorar o ritmo cardíaco durante a RCP e avaliar a necessidade de desfibrilação.
5. SBV - Suporte Básico de Vida:
    - Procedimentos iniciais e simples para manter a vida de uma pessoa, incluindo RCP, administração de oxigênio e controle de hemorragias.
6. SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:
    - Serviço de emergência pré-hospitalar que fornece atendimento médico imediato e transporte de pacientes em situações críticas.
7. AESP - Atividade Elétrica Sem Pulso:
    - Ausência de contração eficaz do músculo cardíaco, mesmo com atividade elétrica detectável no ECG, exigindo intervenção específica durante a RCP.

V. Anexos

Esta seção inclui documentos e materiais complementares que são essenciais para a execução adequada da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP):

1. Termo de Consentimento para RCP:
   - Documento que detalha os procedimentos a serem realizados durante a RCP e obtém o consentimento informado do paciente ou representante legal.
2. Protocolos e Fluxogramas de RCP:
   - Diagramas e guias visuais que descrevem os passos sequenciais da RCP, incluindo algoritmos de decisão para diferentes ritmos cardíacos e situações de emergência.
3. Lista de Verificação de Equipamentos e Materiais:
   - Checklist que enumera todos os equipamentos, materiais e medicamentos necessários para a preparação e execução da RCP.
4. Guias de Treinamento e Educação em RCP:
   - Material educacional que fornece orientações atualizadas sobre técnicas de RCP, incluindo cursos de atualização para profissionais de saúde.
5. Protocolos de Comunicação e Coordenação de Equipe:
   - Diretrizes para a comunicação eficaz entre os membros da equipe durante a RCP, garantindo uma resposta coordenada e rápida em situações de emergência.
6. Formulários de Registro e Documentação:
   - Formulários padronizados para registro detalhado das intervenções realizadas durante a RCP, incluindo monitorização do paciente, administração de medicamentos e resposta clínica.
7. Normas e Diretrizes Institucionais:
   - Documentos que estabelecem as políticas, procedimentos e padrões de segurança específicos da instituição para a prestação de cuidados durante a RCP.
8. Referências Bibliográficas e Legislação Pertinente:
   - Lista de fontes de informação utilizadas na elaboração do POP, incluindo diretrizes nacionais e internacionais, manuais de RCP e legislação vigente.

VI. Referências

American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

European Resuscitation Council (ERC) Guidelines for Resuscitation.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines on Cardiac Arrest and Resuscitation.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretrizes para Ressuscitação Cardiopulmonar.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Protocolos de emergência em Ressuscitação Cardiopulmonar.

I. Objetivos

Os exames Radiológicos realizados nesta Unidade, são armazenados em um sistema PACs, que permite acesso e vizualização das imagens e do laudo. Esses exames também podem ser armazenados em mídia digital CD/DVD, dessa forma possibilitando acesso na íntegra das imagens produzidas. Uma outra forma de adquirir essas imagens são através de impressões das mesmas em películas radiográficas e papel Couchê.

Objetiva padronizar a entrega de resultado de exames Radiológicos (Radiografia; Mamografia; Densitometria óssea e Tomografia Computadorizada), realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO).

II. Materiais

Película Radiográfica

Papel Couchê A3

Papel Couchê A4

CD/DVD

III. Descrição dos passos da atividade

- Para a retirada do exame o paciente deve apresentar o protocolo de entrega do exame e documento de identificação pessoal.
- Para a impressão de imagens de exames, o paciente deverá solicitar de forma antecipada de no mínimo 48 horas.
- Quando solicitado a impressão de imagens, o paciente deverá fazer a retirada do mesmo. Caso não o faça, a Unidade entrará em contato para a retirada.

IV. Siglas e Definições

- TC – Tomografia Computadorizada.
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

FORMIGA et al. **Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade**. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006.

ZANON et al. **Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade**. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SC), 2002

SANTANA, Alline Kelly da Silva et al**. Procedimento Operacional Padrão EBSERH**: Entrega dos laudos de pacientes externos/ambulatoriais que realizaram exames de Tomografia e Ressonância, 2022.
Disponível: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwic5-X8m5iAAxUFNTUKHT-2ACEQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Febserh%2Fpt-br%2Fhospitais-universitarios%2Fregiao-nordeste%2Fhulw-ufpb%2Facesso-a-informacao%2Fgestao-documental%2Fpop-procedimento-operacional-padrao%2F2022%2Fudi-unidade-de-diagnostico-de-imagem%2Fpop-udi-007-entrega-dos-laudos-de-pacientes-externos-ambulatoriais-que-realizaram-exames.pdf%2F%40%40download%2Ffile&usg=AOvVaw2P9vYsivvfc693nODQo2wY&opi=89978449.

I. Objetivos

A Tomografia Computadorizada (TC) é um exame de imagens de alta qualidade e resolução. As imagens são geradas via radiação ionizante e reproduzidas por um computador, que permite visualizar órgãos, estruturas e tecidos de forma mais detalhada que uma radiografia comum.

A TC desempenha papel importante no desenvolvimento das atividades assistenciais da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), na medida em que confirma ou complementa os achados diagnósticos.

Objetiva sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Tomografia Computadorizada na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Papel Lençol

Papel Toalha

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Papel Couchê A3

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação do exame.
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante.
- Encaminhar o paciente para o vestiário para troca de roupa de modo a não deixar objetos metálicos no paciente (caso necessite).
- Posicionar adequadamente o paciente no Tomógrafo, para realização do exame solicitado.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).

- O exame é realizado por um técnico em radiologia, na sala de tomografia computadorizada. A sala é composta por um tubo de radiação (Gantry) Phillips 16 canais; mesa que é regulável em altura e profundidade em relação ao Gantry para assim facilitar a colocação e a centralização do paciente; Sala de comando protegida por chumbo onde o técnico em radiologia se posiciona para realizar o exame.
- Técnico em radiologia opera o tomógrafo conforme recomendações do fabricante e realizar a captura das imagens desejadas.
- Encaminhar o paciente após realização do exame a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- TC – Tomografia Computadorizada.
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

O exame de Raio - X (RX) é um método de imagens que se utiliza radiação ionizante para examinar diversas partes internas do corpo. Através do exame de raio x pode-se visualizar estruturas ósseas e determinados órgãos. Podendo diagnosticar ossos fraturados, corpos estranhos, tumores, dentre outros.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Raio-X na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Papel Toalha

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Papel Couchê A4

Película radiográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação de exame;
- Encaminhar o paciente para o vestiário para troca de roupa, atentando-se para não deixar objetos metálicos no paciente (caso necessite);
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante;
- O paciente é posicionado na sala de RX de acordo com o exame a ser realizado;
- O exame é realizado na sala do RX, que é composta por um aparelho de RX fixo, uma mesa bucky elevatória. Um bucky mural para exames que são realizados em ortostático. Sala de controle com

parede protegida por chumbo e EPI's (equipamento de proteção individual);

- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar o EPI;
- Colimar o feixe de radiação de forma que apenas a área de interesse seja incluída;
- Encaminhar paciente após realização de exame para a recepção, para retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- RX – Raio x;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

A Densitometria óssea é um exame de imagem, não invasivo e simples, que se utiliza radiação ionizante de baixas doses. Indicado para avaliar a densidade mineral dos ossos.O Exame fornece uma estimativa da densidade mineral do osso em vários locais anatômicos (coluna, fêmur, corpo inteiro e antebraço). Esses valores podem ser então comparados ao grupo de referência adulto, de acordo com o julgamento do médico. É um método para diagnóstico de osteoporose e osteopenia, que detecta a redução da massa óssea de maneira precoce e precisa.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Densitometria Óssea na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação do exame.
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante.
- Encaminhar o paciente para o vestiário, fazendo a troca de roupas por camisola para não deixar objetos metálicos no paciente.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar os EPI (Equipamento de proteção individual).
- Os exames são realizados na sala de densitometria, composta por um aparelho DO PRIMUS que emite radiação ionizante por meios de tubos de RX especiais que capta a imagem, permitindo a

observação detalhada do tecido ósseo, evidenciando a estrutura dos ossos analisados, se estão fracos ou porosos.

- O paciente é deitado na mesa em decúbito Dorsal para realização do exame.
- O técnico em radiologia posiciona o raio na área de interesse para dar início ao exame.
- Certificar que a imagem na área de interesse foi realizada com sucesso.
- Encaminhar paciente ao término do exame para a retirada do protocolo de resultado de exame na recepção.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- DO – Densitometria Óssea;
- PLCGO - Policlínica Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

A Mamografia (MG) é um exame de raios X, onde se obtém imagens das mamas por meio de compressão. Trata-se de um exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas do câncer de mama e pacientes em tratamento de câncer de mama, é recomendado na faixa etária de 40 a 69 anos, anualmente ou conforme recomendação médica.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Mamografia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Luva Descartável

Máscara Descartável

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Película radiográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame.
- Paciente é chamada pela técnica em radiologia pelo nome completo, conforme ordem de prioridades definidas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Realizar anamnese com a paciente;
- Explicar de forma clara e sucinta para a paciente como se é feito o exame;
- Paciente é orientada a retirar objetos metálicos e roupas da parte superior a fim de deixar as mamas livres.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual);
- O exame é realizado na sala de mamografia por um técnico em radiologia, em um mamógrafo digital (Digimamo D VMI), com um console de operação; biombo; disparador remoto e protetor de tireóide (caso paciente necessite);
- Mamas comprimidas em mamógrafo de modo a adquirir imagens em CC (crânio caudal) e MLO (médio lateral oblíqua), e complementares caso solicitado por médico.
- Encaminhar paciente após realização de exame para recepção, para a retirada doprotocolo de

resultado do exame.

- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- CC – Crânio caudal;
- MG – Mamografia;
- MLO – Médio lateral oblíqua;
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Como agir diante da deterioração clínica do paciente em sala de espera ou áreas comuns usando o time de resposta rápida.			
Responsável: Assistencial	**Código**:	**Revisão**:	**Data**: **26/08/2024**

I. Objetivos

Este documento estabelece os procedimentos a serem seguidos pelos colaboradores da policlínica após a capacitação sobre como agir diante da deterioração clínica do paciente em sala de espera ou áreas comuns. As orientações aqui descritas têm o objetivo de garantir uma resposta eficaz e coordenada, assegurando a segurança e o bem-estar dos pacientes.

II. Materiais

Equipamentos e Recursos:

- Monitores portáteis para sinais vitais.
- Kit de primeiros socorros e equipamentos de emergência.

III. Abrangência

1. **Todos os Profissionais da Policlínica**:

- Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e demais funcionários envolvidos no atendimento e suporte ao paciente.

2. **Áreas Abrangidas**:

- Salas de espera, áreas comuns e qualquer local onde pacientes possam permanecer antes ou após seu atendimento.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. **Identificação de Sinais de Deterioração Clínica**

- **Observação atenta**: Todos os colaboradores devem observar constantemente os pacientes nas salas de espera e áreas comuns, atentando para sinais de deterioração clínica, como:
- Alterações nas funções vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, saturação de oxigênio).
- Mudanças no estado mental ou comportamento (confusão, agitação, desorientação).
- Sintomas visíveis de desconforto, dor intensa ou dificuldade respiratória.

2. **Comunicação e Notificação**

- **Notificação Imediata**: Caso sinais de deterioração sejam identificados, o colaborador deve:
- Informar imediatamente o responsável pela área ou o time de resposta rápida.

- Utilizar os sistemas de comunicação de emergência estabelecidos, como alarmes ou chamadas internas, usando o ramal XX-XX.

- **Registro de Dados**: Documentar todos os sinais observados e as ações tomadas, utilizando os formulários apropriados para garantir que todas as informações sejam registradas corretamente.

3. **Intervenção Inicial**

   - **Ações de Suporte**: Enquanto aguarda a chegada do time de resposta rápida, o colaborador deve:

   - Fornece suporte básico conforme os protocolos, como manter a posição adequada do paciente e monitorar os sinais vitais.

   - Seguir as diretrizes de primeiros socorros básicas, se aplicável e permitido pela função do colaborador.

   - **Preparação do Ambiente**: Garantir que o ambiente esteja seguro e que o paciente tenha acesso a cuidados apropriados até a chegada da equipe especializada.

4. **Engajamento com o Time de Resposta Rápida**

   - **Cooperação**: Quando o time de resposta rápida chegar, fornece todas as informações relevantes sobre o estado do paciente e as ações já realizadas.

   - **Assistência**: Auxiliar a equipe especializada conforme necessário, seguindo as orientações fornecidas pelo time de resposta rápida.

5. **Revisão e Feedback**

   - **Participação em Análises**: Participar das análises de casos e sessões de feedback para discutir a eficácia da resposta e identificar áreas para melhoria.

   - **Atualização Contínua**: Manter-se atualizado sobre as práticas e protocolos estabelecidos, participando de treinamentos e revisões periódicas.

V. Siglas e Definições

- **TRR (Time de Resposta Rápida)**: Equipe especializada responsável por intervir rapidamente em situações de deterioração clínica.

- **Deterioração Clínica**: Qualquer alteração significativa no estado de saúde do paciente que exige intervenção imediata.

- **Sinais Vitais**: Parâmetros que indicam o estado de saúde do paciente, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implementação e Gestão de Times de Resposta Rápida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Acidente com material biológico			
Responsável: Enfermeiro (a), Tecnico em Segurança do trabalho	**Código**: PRS 001	**Revisão**: 00	**Data**: 26/08/2024

I. Objetivos

Padronizar e orientar as condutas, pré e pós-exposição, indicadas para prevenir o risco de contaminação de profissionais de saúde no ambiente de trabalho e orientar fluxo de atendimento nos casos de exposição a material biológico.

II. Materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Soro fisiológico;
- Sabonete neutro líquido;
- Água corrente;
- Recipientes para descarte seguro de materiais perfurocortantes;
- Formulários para registro do acidente – (CAT)
-

III. Abrangência

1. Todos os profissionais/colaboradores que tem contato com materiais perfurocortantes:
- Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médicos e técnicos de laboratório.

2. Áreas de abrangécia:
- Consultórios, salas de procedimentos, salas de coleta

IV. Descrição dos passos da atividade

- **Ação Imediata:** Interromper o procedimento, remover luvas e lavar a área exposta imediatamente com água e sabão.
- **Avaliação do Risco:** Identificar a natureza do material biológico e a extensão da exposição;
- **Notificação do Acidente:** Informar o supervisor mediato e técnico em segurança do trabalho (SESMT) e preencher o relatório de acidente de trabalho (CAT).
- **Avaliação Médica:** Dirigir-se ao serviço de saúde ocupacional para avaliação médica e, se necessário, iniciar a profilaxia pós-exposição (PEP).

- **Monitoramento e Acompanhamento:** Realizar acompanhamento médico conforme as diretrizes do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e realizar exames de seguimento.

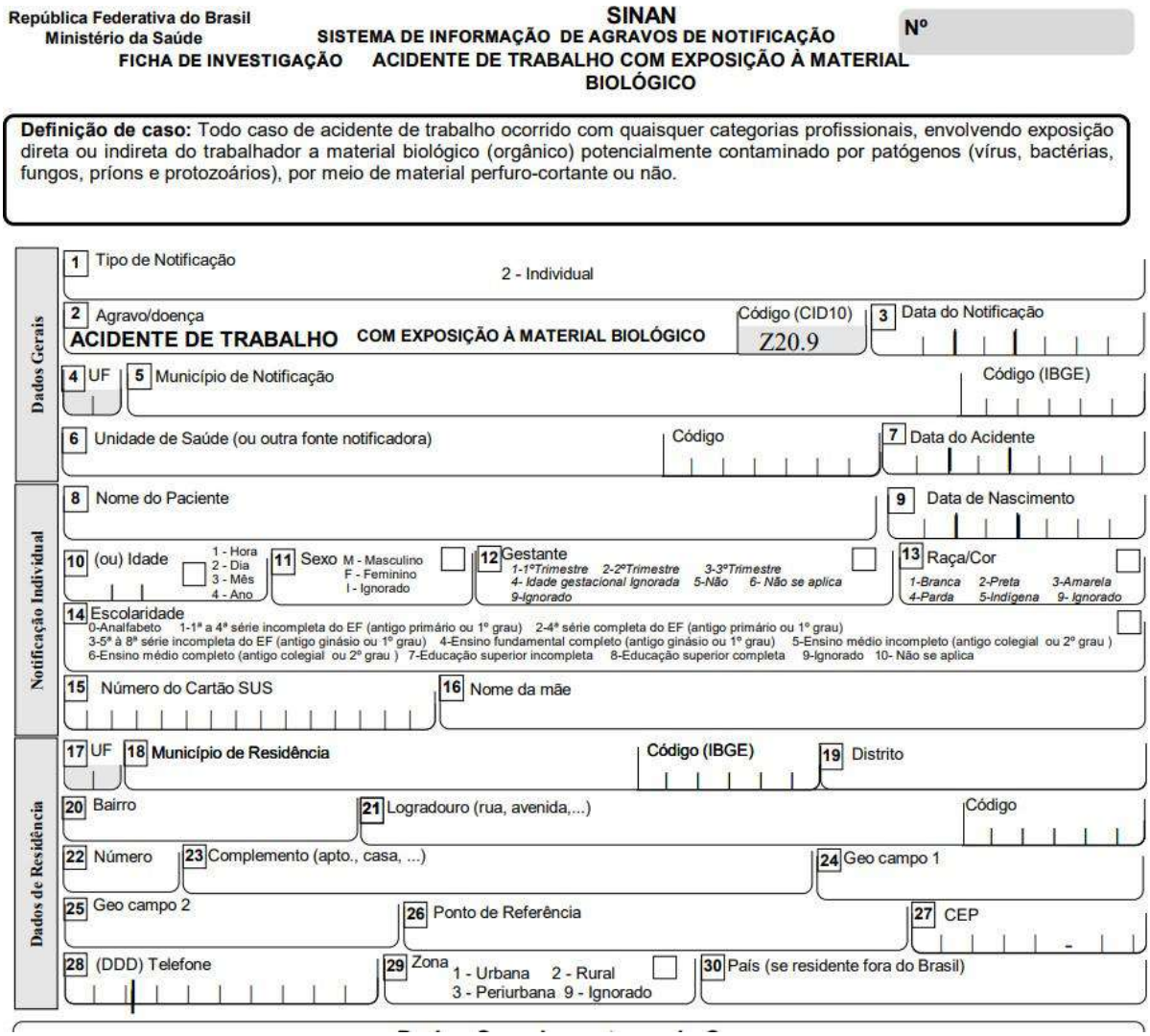
V. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual
CAT: Comunicado de Acidente de Trabalho
SESMT: Serviço Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente

VI. Anexos

Fluxograma de atendimento pós-exposição.

Anexo 2: Formulário de notificação de acidente de trabalho.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO — Código (CID10) Z20.9 — 3 Data do Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Acidente

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado — 12 Gestante: 1-1ºTrimestre, 2-2ºTrimestre, 3-3ºTrimestre, 4- Idade gestacional Ignorada, 5-Não, 6- Não se aplica, 9-Ignorado — 13 Raça/Cor: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9- Ignorado

14 Escolaridade: 0-Analfabeto; 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau); 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau); 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau); 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau); 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau); 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau); 7-Educação superior incompleta; 8-Educação superior completa; 9-Ignorado; 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

VII. Referências

- DRT Exposição a Material Biológico. Disponivel em: Acidente de trabalho com exposição a material biológico — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acessado em: 26/08/24.

I. Objetivos

Sistematizar o fluxo de atendimento para a gestão de situações em que o paciente não consegue realizar o exame no setor de imagem por alguma condição e para quando o médico radiologista sinaliza o laudo como crítico.

II. Materiais

- Avental descartável
- Luva Descartável
- Máscara Descartável
- Papel Lençol
- Papel Toalha
- Álcool 70%
- Pano multiuso descartável
- Papel Couchê A3
- Computador
- PAC's
- Impressoras
- E-mail

III. Abrangência

- Recepção Central
- Recepção de imagem
- Setor de Radiologia
- Gestão de Cuidados

IV. Descrição dos passos da atividade

- Paciente é recepcionado na recepção central
- Paciente encaminhado a triagem para exames de Densitometria Óssea, os demais exames como (TC, RX, MG e USG não são necessários).
- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).
- Técnico em radiologia realiza o exame;
- Após realização do exame o paciente é encaminhado para a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.

- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.
- Em situações onde o paciente não consegue realizar o exame, seja por **Claustrofobia**, **deficiências físicas** que impeçam o posicionamento adequado, **Distúrbios cognitivos ou comportamentais** que não consiga compreender as instruções do procedimento ou se manter imóveis; **Obesidade** que esteja acima do peso permitido que os equipamentos suportam; **Mal estar geral** que não consiga ficar parados durante os exames; **Agitação ou inquietação** para pacientes, especialmente crianças que, não consigam ficar parados e assim necessitar de sedação. Após tentativas sem sucesso, tais pacientes ou seus acompanhantes serão orientados a retornarem ao médico solicitante para que seja reavaliado a necessidade de solicitar o exame com sedação para que esses pacientes consigam realizar seus exames.
- Será repassado ao gestor de cuidados via e-mail para que o mesmo tenha ciência e solicite ao médico clínico geral da unidade para relatar no prontuário do paciente a não realização do exame e seus motivos. Será ainda, relatado no caderno de notificações do setor de radiologia sobre a situação.
- Para pacientes oriundos da regulação externa, serão orientados a retornarem à unidade que solicitou o procedimento, e assim explicarem ao médico sobre a necessidade da sedação para realizar seu exame.
- Para pacientes internos, será repassado via e-mail ao gestor de cuidados, para que ele tome as medidas necessárias para que o paciente consiga um novo pedido com a sedação para realizar o exame.

V. Siglas e Definições

- **TC** – Tomografia Computadorizada.
- **EPI** – Equipamento de proteção individual;
- **RX** – Raio X
- **MG** – Mamografia
- **USG** – Ultrassonografia
- **PAC's** - Picture Archiving and Communication System (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
- **NIA –** Núcleo interno de agendamento.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

FREIRES, Mirelli Silva. PLANO DE OPERAÇAO PADRAO – RADIOLOGIA, 26 DE JUNHO DE 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: LAUDOS CRÍTICOS			
Responsável: RADIOLOGIA	**Código**: PRS RAD 002	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

I. Objetivos

Sistematizar o fluxo de atendimento para a gestão de situações em que o paciente não consegue realizar o exame no setor de imagem por alguma condição e para quando o médico radiologista sinaliza o laudo como crítico.

II. Materiais

- Avental descartável
- Luva Descartável
- Máscara Descartável
- Papel Lençol
- Papel Toalha
- Álcool 70%
- Pano multiuso descartável
- Papel Couchê A3
- Computador
- PAC's
- Impressoras
- E-mail

III. Abrangência

- Recepção Central
- Recepção de imagem
- Setor de Radiologia
- Gestão de Cuidados

IV. Descrição dos passos da atividade

- Paciente é recepcionado na recepção central
- Paciente encaminhado a triagem para exames de Densitometria Óssea, os demais exames como (TC, RX, MG e USG não são necessários).
- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).
- Técnico em radiologia realiza o exame;
- Após realização do exame o paciente é encaminhado para a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.

- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.
- Quando o médico radiologista responsável pela elaboração dos laudos, sinaliza um laudo como crítico no PACS, o setor de radiologia toma ciência imediatamente. Ao identificar a criticidade do laudo, este setor encaminha uma notificação via e-mail para o gestor de cuidados responsável. Este, por sua vez, toma as devidas medidas para garantir que o paciente receba o atendimento necessário, assegurando assim a rapidez e a eficiência no tratamento adequado.

V. Siglas e Definições

- **TC** – Tomografia Computadorizada.
- **EPI** – Equipamento de proteção individual;
- **RX** – Raio X
- **MG** – Mamografia
- **USG** – Ultrassonografia
- **PAC's** - Picture Archiving and Communication System (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
- **NIA –** Núcleo interno de agendamento.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

FREIRES, Mirelli Silva. PLANO DE OPERAÇAO PADRAO – RADIOLOGIA, 26 DE JUNHO DE 2024.

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo a comunicação de valores críticos e situações de alerta aos médicos resultantes dos exames. O conceito de valor crítico é de um resultado que comunicado pode definir uma conduta médica que garanta a vida do paciente, bem como, indicar os valores críticos de resultados de exames que devem ser comunicados imediatamente ao médico responsável.

II. Materiais

Papel sulfite
Impressora

III. Abrangência

Biomédicos, radiologistas, gestor do cuidado, médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Sempre que ocorrer um resultado crítico, este deve ser comunicado imediatamente ao gestor do cuidado que terá acesso aos médicos responsáveis, ou na sua ausência, a comunicação pode ser feita a equipe de enfermagem.
- Esta comunicação deve ser registrada via e-mail com resultado crítico em anexo se encaminhadas pelo laboratório de análises clínicas ou pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT (andrenunes@hmtjgo.org.br)
- Se encaminhadas pelos médicos à gestão do cuidado, esta comunicação deve ser registrada no receituário simples em prontuário eletrônico (MVPEP) e o paciente direcionado à recepção da equipe multiprofissional;
- Se os resultados críticos forem encaminhados pelo laboratório de análises clínicas à gestão do cuidado, os mesmos passarão pela avaliação do médico do cuidado (clínico geral) que fará a análise e definirá a conduta que deve ser tomada.
- Condutas que podem variar de acordo com a necessidade estabelecido pelo médico do cuidado: adiantamento de consulta médica de retorno, encaminhamento para especialidade pertinente com maior agilidade e urgência, repetição do exame e outros;
- Se encaminhados pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT à gestão do cuidado, o paciente, cuja sua entrada na unidade tenha sido unicamente para realização de exame/ externo, o mesmo deve ser direcionado ao médico do cuidado (clínico geral) para avaliação e conduta. Em caso de paciente

interno, com médico especialista solicitante do exame, o retorno deve ser agendado dentro do prazo de 7 dias úteis ou em próxima data de agenda do médico solicitante.

- De acordo com as condutas médicas estabelecidas para o paciente, a depender da gravidade, em caso de encaminhamento para outra unidade externa, da atenção terciária, o caso será direcionado, através do receituário simples no prontuário eletrônico à gestão do cuidado para acompanhamento e compartilhamento do caso com o município de origem (ver POP de compartilhamento de caso com a Rede de Atenção à Saúde).

V. Siglas e Definições

RESULTADOS CRÍTICOS: Entende-se por resultados críticos todos que são potencialmente fatais ou incompatíveis com a vida. (GONG & ADELI, 2009). Uma vez que são resultados que geram ações médicas imediatas, uma comunicação oportuna, precisa, completa e inequívoca desses valores críticos é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir os efeitos adversos causados por atrasos no tratamento (LLOPIS DÍAZ et al., 2010). O médico que será notificado desses valores críticos tem a responsabilidade de interpretar o resultado relacionando com a clínica do paciente e tomar a conduta necessária. Caso a pessoa notificada não esteja qualificada para tomar decisões clínicas, esta tem a obrigação de repassar a informação imediatamente a uma pessoa qualificada.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

BRASIL, Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Acesso: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n 2014-de-17-- Fevereiro-2016.pdf.

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

I. Objetivos

Os objetivos deste protocolo são estabelecer os procedimentos necessários para a realização segura e eficaz do Teste Ergométrico (TE), com foco em:

1. Diagnosticar doenças cardiovasculares por meio da avaliação da resposta cardiovascular ao esforço físico.
2. Avaliar a aptidão cardiorrespiratória do paciente.
3. Monitorar a resposta terapêutica em condições específicas.
4. Pesquisar arritmias associadas ao esforço.
5. Fornecer suporte adequado ao paciente antes, durante e após o procedimento, garantindo segurança e conforto.

Estes objetivos são fundamentais para guiar a equipe de enfermagem na execução do TE, seguindo as melhores práticas e as diretrizes vigentes.

II. Materiais

- Computador com software de análise de eletrocardiograma (ECG) conectado à rede elétrica.
- Esteira ergométrica, conforme o protocolo específico.
- Eletrodos para ECG:
  - Eletrodos pré-gelificados descartáveis.
  - Gel condutor para eletrodos, se necessário.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):
  - Luvas descartáveis.
  - Máscara facial.
  - Avental descartável.
- Álcool 70% ou soro fisiológico 0,9% para limpeza da pele.
- Tricotomizador (se necessário para remoção de pelos).
- Monitor multiparamétrico, incluindo oxímetro de pulso e manguito de pressão arterial.
- Cânula de oxigênio, se indicado pelo médico.
- Fios e cabos para conexão dos eletrodos ao monitor de ECG.
- Papel para registro do ECG.
- Mobiliário adequado para preparação e posicionamento do paciente.
- Carrinho de emergência com desfibrilador externo automático, conforme disponibilidade na unidade de saúde.
- Material para limpeza e desinfecção da sala após o procedimento.

III. Descrição dos passos da atividade

Esta seção descreve os passos detalhados para a realização do Teste Ergométrico (TE), assegurando um procedimento seguro e eficaz para o paciente, conforme protocolos estabelecidos:

1. **Preparação Inicial:**
   - Ligar o computador ao sistema elétrico e verificar o funcionamento do software de análise de ECG.
   - Consultar o sistema de prontuário eletrônico para verificar os pacientes agendados para o TE.
   - Chamar o paciente pelo nome completo, conferir o registro e o pedido do exame.
2. **Preparação do Paciente:**
   - Explicar ao paciente o procedimento do Teste Ergométrico, incluindo o objetivo e os passos principais.
   - Posicionar o paciente na esteira ergométrica ou na bicicleta ergométrica, garantindo conforto e segurança.
   - Expor o tórax anterior do paciente para a fixação dos eletrodos.
3. **Preparação da Pele e Colocação dos Eletrodos:**
   - Realizar tricotomia apenas se necessário, removendo pelos na área onde os eletrodos serão fixados.
   - Limpar a pele com álcool 70% ou soro fisiológico 0,9% para remover resíduos de gordura cutânea.
   - Fixar os eletrodos pré-gelificados na superfície torácica do paciente nas seguintes posições:
     - V1: Quarto espaço intercostal direito no rebordo esternal.
     - V2: Quarto espaço intercostal esquerdo no rebordo esternal.
     - V3: Quinto espaço intercostal no ponto médio entre V2 e V4.
     - V4: Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda.
     - V5: Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior.
     - V6: Quinto espaço intercostal na linha axilar média.
4. **Conexão dos Eletrodos e Monitorização Inicial:**
   - Conectar os fios das derivações aos eletrodos seguindo a codificação padrão (amarelo, verde, vermelho, azul, preto).
   - Conectar o oxímetro digital, caso seja indicado pelo médico.
   - Colocar o manguito de pressão arterial no braço esquerdo do paciente e medir a pressão arterial em repouso.
   - Registrar o eletrocardiograma em repouso.
5. **Execução do Teste Ergométrico:**
   - Posicionar o paciente na esteira ergométrica ou iniciar o exercício na bicicleta ergométrica conforme protocolo médico.

- Registrar a pressão arterial e o eletrocardiograma na posição ortostática antes do início do esforço.
- Acompanhar continuamente o paciente durante o exercício, observando sinais de desconforto ou alterações no ECG.

6. **Finalização do Teste Ergométrico:**
   - Informar ao paciente sobre o término do exame.
   - O médico responsável pelo laudo do TE deve revisar os resultados, assinar o laudo e entregá-lo ao paciente conforme procedimento padrão.
   - Realizar a limpeza e organização da sala de exame para receber o próximo paciente.

IV. Siglas e Definições

- **TE**: Teste Ergométrico - Prova de esforço realizada em esteira ou bicicleta ergométrica, monitorada com eletrocardiograma contínuo, utilizada para investigação diagnóstica ou seguimento de condições cardiovasculares, vasculares ou respiratórias relacionadas ao esforço físico.

- **ECG**: Eletrocardiograma - Registro gráfico da atividade elétrica do coração ao longo do tempo, usado para avaliar o funcionamento cardíaco durante o Teste Ergométrico.

- **MV**: Módulo de Verificação - Sistema eletrônico utilizado para consultar e verificar os pacientes agendados para o Teste Ergométrico.

- **TA**: Pressão Arterial - Medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias, importante para monitorar a resposta cardiovascular durante o Teste Ergométrico.

- **EPI**: Equipamento de Proteção Individual - Equipamentos como luvas e máscaras utilizados para garantir a segurança do paciente e do profissional durante os procedimentos.

- **SUS**: Sistema Único de Saúde - Sistema público de saúde no Brasil, onde muitos procedimentos, incluindo o Teste Ergométrico, são realizados.

V. Anexos

1. **Modelo de Pedido Médico para Teste Ergométrico**: Documento padrão contendo informações essenciais do paciente e justificativa médica para a realização do teste.

2. **Instruções ao Paciente**: Folheto informativo explicando o procedimento do Teste Ergométrico, preparação prévia, e orientações pós-exame.
3. **Termo de Consentimento Informado**: Formulário que o paciente assina para concordar com a realização do Teste Ergométrico, compreendendo os riscos, benefícios e alternativas.
4. **Protocolo de Limpeza e Desinfecção da Sala de Exame**: Procedimentos detalhados para limpeza e desinfecção da sala antes e após cada exame, assegurando a biossegurança.
5. **Resultados Típicos do Teste Ergométrico**: Exemplos de resultados esperados do ECG e pressão arterial durante diferentes fases do teste, para referência da equipe médica.
6. **Protocolo de Emergência**: Procedimentos a serem seguidos em caso de complicações durante o Teste Ergométrico, incluindo parada cardíaca ou eventos adversos.
7. **Checklist de Equipamentos e Materiais**: Lista dos equipamentos médicos necessários para realizar o Teste Ergométrico, garantindo que estejam prontos e em boas condições.

VI. Referências

- American College of Sports Medicine. (2018). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Wolters Kluwer.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2017). Diretrizes de Ergometria. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 109(2), 1-31. doi:10.5935/abc.20170127

- National Institutes of Health. (2019). Exercise Stress Test. National Heart, Lung, and Blood Institute. Retrieved from https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/exercise-stress-test

- Ministério da Saúde (BR). (2020). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Arterial Coronariana. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_DAC_final.pdf

- Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (2021). Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. Human Kinetics.

I. Objetivos

Descobrir ritmos anormais do coração; avaliar o estado do coração após infarto do miocárdio ou após a implantação de marcapassos; avaliar a eficiência de drogas antiarrítmicas e avaliar sintomas frequentes que ocorrem de forma paroxística.

II. Materiais

- Álcool a 70%
- Aparelho de barbear ou lâmina
- Atadura ou cinto
- Balança antropométrica
- Bolsa de couro para transporte do aparelho
- Cartão SD Secure Digital
- Computador com impressora ligado à internet
- Eletrodos
- Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luva, máscara, gorro, etc.)
- Ficha do Boletim de Procedimento Ambulatorial – dados individuais
- Gaze não estéril ou algodão
- Gravador digital de Holter CardioLight com cabo com 4 derivações
- Impresso para anotação das atividades diárias do paciente
- Livro destinado ao cadastro de exames de Holter/MAPA
- Material de escritório (papel A4, impressora, caneta azul ou preta, grampeador, etc.)
- Micropore
- Pilha alcalina ou recarregável e carregador

III. Descrição dos passos da atividade

- **Preparação Inicial**

  - Lavar as mãos.
  - Colocar os EPIs.
  - Acolher o usuário e informar o procedimento ao paciente.
  - Preencher os dados do registro de atividades do paciente e realizar a anamnese.

- **Cadastro no Software Cardiomanager**

  - Cadastrar informações no software Cardiomanager:
    - Na aba "Exame", clicar em "Novo".
    - Selecionar o módulo "Analisador de Holter" e clicar em "OK".
    - No dispositivo de gravação, selecionar "CardioLight" e clicar em "Avançar".

- Configurar o dispositivo selecionando "Holter de 3 canais com ajuste de hora" e clicar em "Avançar".
- Cadastrar as informações do paciente e avançar.

- **Preparação do Paciente**

  - Limpar a pele do paciente com álcool a 70%.
  - Realizar tricotomia na região torácica, se necessário.
  - Fixar os eletrodos e os cabos nos posicionamentos conforme a cor do cabo, sobre superfícies ósseas.
  - Cobrir o eletrodo totalmente com micropore.

- **Configuração do Dispositivo**

  - Inserir o cartão de memória no adaptador.
  - Na aba "Preparar a gravação", selecionar "Concluir".
  - Confirmar o cartão inserido e clicar em "Continuar".
  - Conectar o aparelho no cabo com o paciente.
  - Colocar uma pilha carregada no aparelho.
  - Observar o LED do aparelho para verificar o funcionamento normal.
  - Colocar o aparelho na bolsa protetora e fixar à cintura do paciente com cinto ou atadura.

- **Orientações ao Paciente**

  - Não tomar banho nas próximas 24 horas.
  - Preencher o impresso para anotação das atividades diárias.
  - Manter as atividades normais do dia-a-dia.
  - Dormir em decúbito dorsal ou lateral, no lado oposto ao aparelho.
  - Certificar que o paciente compreendeu todas as orientações.

- **Desinstalação**

  - Após 24 horas, o aparelho desligará automaticamente.
  - Se necessário remover antes, seguir procedimento específico.
  - Desconectar o aparelho e retirar os cabos dos eletrodos.
  - Retirar o cartão de memória e transferir as informações para o software Cardiomanager.
  - Verificar a satisfação do tempo de leitura do exame.
  - Informar o paciente sobre a necessidade de repetir o exame, se necessário.
  - Recolher, limpar e guardar os materiais utilizados.

- **Orientações sobre o Preparo**

  - Tomar banho antes do exame.
  - Não passar creme hidratante, óleo ou loção antes e durante o exame.

- Trazer um cinto para colocação do monitor.
- Trazer a lista de medicamentos em uso com dose e horários.
- Seguir as orientações do médico sobre uso de medicações e prática de exercícios físicos.

IV. Siglas e Definições

- EPI: Equipamentos de Proteção Individual
- SD: Secure Digital

V. Anexos

Posicionamento dos Eletrodos no Paciente

Fluxograma de Preparação e Configuração do Aparelho

Exemplo de Registro de Atividades Diárias do Paciente

VI. Referências

• **Resolução COFEN Nº 311/2007**: Regula os direitos, deveres e proibições do exercício profissional de enfermagem, estabelecendo normas éticas e legais para a prática.

• **Resolução COFEN Nº 678/2021**: Aprova a atuação da equipe de enfermagem em diversas especialidades, incluindo a necessidade de atualização constante em tecnologias emergentes como o monitoramento cardíaco.

• **RDC ANVISA Nº 63/2011**: Regulamenta o registro, controle e monitoramento de dispositivos médicos, garantindo sua segurança e eficácia em procedimentos de saúde.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **I**ntercorrência com pacientes ou colaboradores na Policlínica Estadual			
Responsável: **Enfermeira RT**	**Código**:	**Revisão**: 01	**Data**: 09/09/2024

I. Objetivos

Prestar atendimento, resolutivo e humanizado, em casos de intercorrência ambulatorial com pacientes ou colaboradores na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e padronizar o fluxo do encaminhamento de pacientes aos prestadores de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivando-se capacitar os colaboradores para atuar em intercorrências dentro e fora da policlínica e auxiliar na tomada de decisões mediante as emergências.

II. Materiais

Não se aplica

III. Descrição dos passos da atividade

- Nos casos de intercorrências descritas no Quadro 1 nas dependências da policlínica, a equipe assistencial que for acionada deverá realizar uma avaliação primária do paciente no local da ocorrência seja em salas de espera, corredores, consultórios, salas de exames ou de procedimento, que consiste na verificação de sinais vitais.
- Em seguida deverá transportar o paciente para sala de emergência da policlínica mais próxima e realizar uma avaliação clínica.
- A equipe assistencial é composta pelo médico clinico nos dias e horários em que estiver em atendimento na policlínica. Nos demais períodos os atendimentos serão realizados pelo médico responsável pela especialidade na qual o paciente está agendado, bem como pelo enfermeiro do setor e sua equipe de técnicos de enfermagem;
- Em caso de intercorrência com colaborador deve-se realizar uma avaliação primária no usuário no local da ocorrência, encaminhar o paciente ou colaborador para a sala de estabilização, realizar avaliação da gravidade do caso, manter suporte necessário monitorando os sinais vitais do paciente, e comunicar ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

7.1 Procedimentos de avaliação primária:

- Mensuração do nível de consciência, a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial (PA), a frequência respiratória (FR), a temperatura corporal (Temp.) e a Glicemia Capilar (GCAP)

7.2 Providências para transferência do paciente para Unidade de Pronto Atendimento:

- Após a avaliação clínica, já na sala de estabilização da policlínica (quadro 2), a enfermagem deverá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por contato telefônico, pelo número 192,

citando o estado clínico do usuário, a necessidade de transferência para uma unidade de pronto atendimento, a localização e a sala onde se encontra o paciente;

- A equipe de enfermagem deverá acionar o assistente social, o qual comunicará à família do paciente, caso não esteja presente ou o paciente esteja sem acompanhante, a respeito da intercorrência e das medidas tomadas pela equipe e orientará sobre a transferência de Unidade de Saúde.
- Caso não haja necessidade de acionar o SAMU o paciente será liberado, na presença de um acompanhante, que deverá ser contatado, se o usuário estiver sozinho.

7.3 Registro da ocorrência em prontuário:

O profissional seja ele médico ou enfermeiro que respondeu à intercorrência, de um paciente que estava agendado para atendimento deverá registrar o atendimento no prontuário eletrônico do paciente através do sistema MVPEP.

7.4 Comunicação da intercorrência para a administração da unidade:

- O enfermeiro do setor que atendeu à intercorrência deverá comunicar o ocorrido à Administração da policlínica para o controle e monitoramento das ocorrências.

7.5 Notificação de evento adverso, não conformidade ou incidente:

- Caso a ocorrência se enquadre como um evento adverso, não conformidade ou incidente com dano ou sem dano ao paciente, deverá ser notificado ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) pelo profissional que identificou o caso através do QR Code, atalho de notificação ou formulário impresso.

IV. Siglas e Definições

- FC – Frequência Cardíaca
- FR – Frequência Respiratória
- GCAP – Glicemia Capilar
- PA – Pressão Arterial
- PS – Pronto Socorro
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS – Sistema Único de Saúde
- NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

V. Anexos

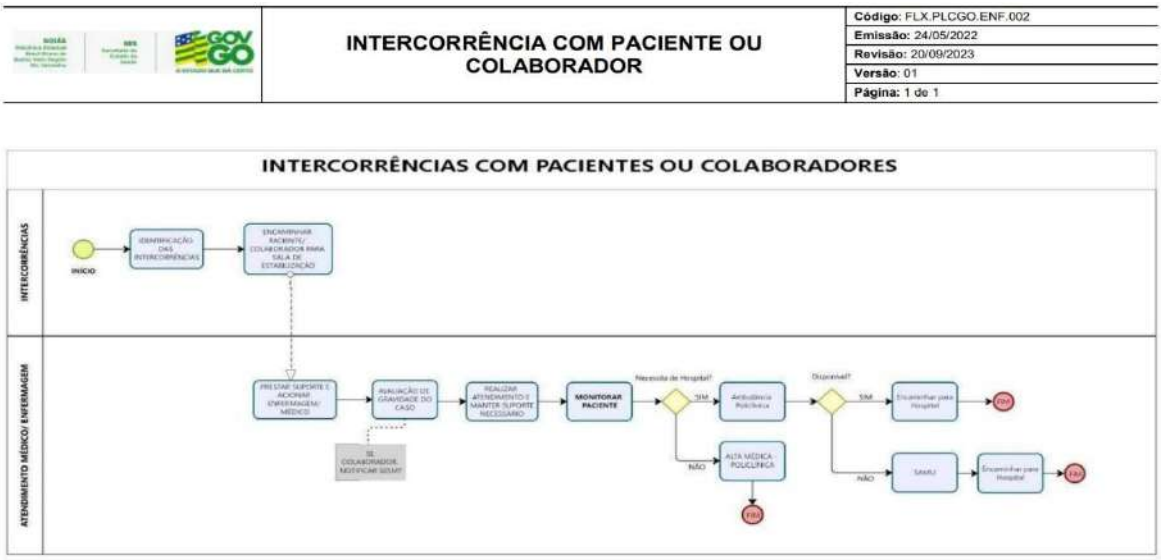
Anexo 1 - Quadro 1: Tipos de intercorrências:

TIPOS DE INTERCORRÊNCIAS
Engasgo
Crises Convulsivas
Parada Cardiorrespiratória (PCR)
Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Desmaios
Choque Anafilático
Choque Elétrico
Quedas
Crises de ansiedade e pânico
Picos hipertensivos

Anexo 2 - Quadro 2: Relação de salas de estabilização para atendimento de emergências:

SALAS DE ESTABILIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIAS	
Local da ocorrência	Sala de Estabilização mais próxima
Triagem ambulatório	Estabilização do Ambulatório
Triagem SADT	
Ambulatório Multiprofissional	
Ambulatório de Especialidades Médicas	
Recepção de Cadastro	
Recepção de Acesso	
SADT Imagem	SRPA Endoscopia/ estabilização Tomografia
Sala de procedimento	Estabilização do Ambulatório
Corredores	Estabilização do Ambulatório/ Estabilização Multiprofissional/ SRPA Endoscopia
Laboratório	Estabilização do Ambulatório

Anexo 3: Fluxograma de intercorrências com pacientes ou colaboradores.



VI. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Título da Norma ou Resolução. Número da Resolução, Data de publicação. Disponível em: <URL>. Acesso em: data de acesso.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/RDC+nº+7,+de+24+de+fevereiro+de+2010/bf9e344d-3445-4b18-885e-3e3d9f4b4232>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Título da Lei ou Decreto. Local, Data de publicação. Disponível em: <URL>. Acesso em: data de acesso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2024.

I. Objetivos

O Procedimento Operacional Padrão (POP) para a atuação da equipe de enfermagem em curativos tem como principais objetivos:

1. **Padronizar a Conduta**: Estabelecer diretrizes claras e uniformes para a realização de curativos, garantindo que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com protocolos institucionais e normativas do COREN GO e COFEN.
2. **Assegurar a Qualidade no Cuidado**: Promover a qualidade no atendimento ao paciente, proporcionando um ambiente seguro e livre de infecções durante a realização dos curativos.
3. **Promover a Cicatrização Adequada**: Utilizar técnicas e materiais apropriados para promover a cicatrização eficaz das feridas, reduzindo o tempo de recuperação e prevenindo complicações.
4. **Orientar Pacientes e Cuidadores**: Educar os pacientes e seus cuidadores sobre os cuidados necessários após o curativo, incluindo sinais de infecção, troca de curativos e medidas de prevenção.
5. **Garantir a Segurança**: Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de forma adequada para proteger tanto o paciente quanto os profissionais de saúde envolvidos no procedimento.
6. **Documentar de Forma Adequada**: Registrar todas as etapas do procedimento de curativo de maneira precisa e completa no prontuário do paciente, assegurando a continuidade do cuidado e a avaliação adequada da evolução da ferida.
7. **Colaborar com o CME**: Encaminhar os materiais utilizados para limpeza e esterilização no Centro de Material e Esterilização (CME), garantindo a conformidade com as normas de biossegurança.
8. **Manter a Organização e Limpeza**: Zelar pela organização e limpeza da sala de curativos antes, durante e após cada procedimento, mantendo um ambiente propício para a realização de cuidados de enfermagem.

Estes objetivos são fundamentais para orientar a equipe de enfermagem na execução de curativos de forma segura, eficaz e humanizada, promovendo o bem-estar e a recuperação dos pacientes atendidos.

II. Materiais

Para a realização de curativos, são necessários os seguintes materiais e equipamentos:

1. **Materiais de Limpeza e Preparação:**
   - Álcool a 70%: Utilizado para higienização das mãos e limpeza da pele ao redor da ferida.
   - Soro fisiológico a 0,9%: Para irrigação e limpeza da ferida.

- Agulha estéril de calibre 40x12: Utilizada para manipulação de curativos.
- Bandeja não estéril: Para organização dos materiais durante o procedimento.

2. **Materiais para Curativo:**
   - Pacote de curativo estéril contendo 2 pinças: Para manuseio dos materiais estéreis.
   - Pacotes com gaze estéril: Utilizada para cobertura da ferida.
   - Esparadrapo e/ou micropore: Para fixação do curativo.
   - Atadura de crepe: Utilizada para compressão e fixação do curativo.
   - Bacia Estéril: Utilizada para irrigação da ferida, se necessário.
3. **Equipamentos de Proteção Individual (EPI):**
   - Máscara cirúrgica: Para proteção das vias respiratórias contra micro-organismos.
   - Óculos de proteção: Para proteção dos olhos contra respingos de líquidos.
   - Luvas de procedimento: Para proteção das mãos durante a realização do procedimento.
4. **Descarte e Limpeza:**
   - Saco plástico: Para descarte de materiais utilizados.
   - Lixeira para resíduo infectante: Para descarte seguro de materiais contaminados.
   - Biombo: Para privacidade do paciente durante o procedimento.

Esses materiais são essenciais para garantir a segurança e a eficácia dos curativos.

III. Descrição dos passos da atividade

Os curativos devem ser realizados de forma organizada e seguindo um protocolo padrão para garantir a eficácia do tratamento e a segurança do paciente. Abaixo estão os passos detalhados para a execução dos curativos:

1. **Preparação do Ambiente:**
   - Verificar e organizar todos os materiais necessários para o curativo.
   - Garantir que a sala de curativos esteja limpa e organizada.
   - Lavar as mãos conforme protocolo de higienização.
2. **Recepção e Preparação do Paciente:**
   - Receber o paciente na sala de curativos e explicar o procedimento a ser realizado.
   - Acomodar o paciente em posição confortável que permita a visualização adequada da ferida.
3. **Avaliação da Ferida:**
   - Verificar a prescrição médica ou de enfermagem para o tipo específico de curativo a ser realizado.

- Avaliar o aspecto da ferida, observando características como tamanho, profundidade, presença de exsudato, sinais de infecção (dor, calor, rubor, edema) e odor.

4. **Preparação e Limpeza da Ferida:**
   - Higienizar a pele ao redor da ferida com álcool a 70% ou soro fisiológico, utilizando técnica asséptica.
   - Realizar tricotomia apenas se necessário, para garantir uma aplicação adequada do curativo.
   - Se houver necessidade, irrigar a ferida com soro fisiológico para remoção de resíduos e exsudato.
5. **Aplicação do Curativo:**
   - Utilizar luvas estéreis, se necessário, para manipular os materiais estéreis.
   - Selecionar o curativo apropriado de acordo com as características da ferida (gaze estéril, curativo especializado, etc.).
   - Fixar o curativo com esparadrapo ou micropore, garantindo que esteja seguro e protegendo a ferida de contaminação.
6. **Instruções ao Paciente:**
   - Orientar o paciente sobre os cuidados necessários com o curativo, como evitar molhar, realizar trocas adequadas conforme orientação médica, e sinais de alerta de infecção.
   - Agendar o retorno para revisão do curativo conforme prescrição médica.
7. **Documentação e Limpeza:**
   - Registrar todos os procedimentos realizados no prontuário do paciente, incluindo aspectos da ferida, procedimentos adotados e orientações fornecidas.
   - Descartar adequadamente os materiais utilizados em saco plástico e lixeira própria para resíduos infectantes.
   - Realizar a limpeza e organização da sala de curativos para o próximo atendimento.

Esses passos garantem que o procedimento de curativo seja realizado de forma segura, minimizando riscos de infecção e promovendo a adequada cicatrização da ferida.

ROTEIRO PARA O ENFERMEIRO FAZER A AVALIAÇÃO DA FERIDA

1. **Verificação da Prescrição Médica:**
   - **Objetivo:** Avaliar a prescrição médica para identificar o tipo específico de curativo indicado para a ferida.
   - **Responsável:** Enfermeiro.
   - **Procedimento:**
     - Consultar o prontuário do paciente para verificar a prescrição médica atualizada.
     - Confirmar o tipo de curativo prescrito, materiais necessários e frequência de troca.
     - Se necessário, contatar o médico responsável para esclarecimentos adicionais.
2. **Avaliação do Aspecto da Ferida:**

- **Objetivo:** Avaliar as características da ferida para orientar o tratamento adequado.
- **Responsável:** Enfermeiro.
- **Procedimento:**
  - Observar visualmente a ferida, avaliando o tamanho, a profundidade e a presença de exsudato.
  - Verificar sinais de infecção como dor, calor, rubor, edema e presença de odor.
  - Documentar detalhadamente as características observadas no prontuário do paciente.
  - Utilizar escalas de avaliação de feridas, se disponíveis, para padronizar a avaliação.

3. **Interpretação dos Achados e Plano de Cuidados:**
   - **Objetivo:** Interpretar os achados da avaliação para elaborar um plano de cuidados individualizado.
   - **Responsável:** Enfermeiro.
   - **Procedimento:**
     - Comparar os achados da avaliação com as diretrizes de cuidados estabelecidas pelo COFEN.
     - Determinar a necessidade de intervenções adicionais, como culturas de ferida ou alteração na terapia antimicrobiana.
     - Estabelecer o plano de cuidados, incluindo o tipo de curativo a ser utilizado, técnicas de aplicação e intervalos de troca.
     - Comunicar o plano de cuidados à equipe de enfermagem, garantindo a execução adequada das atividades planejadas.
4. **Educação ao Paciente e Cuidadores:**
   - **Objetivo:** Orientar o paciente e cuidadores sobre os cuidados domiciliares da ferida.
   - **Responsável:** Enfermeiro.
   - **Procedimento:**
     - Explicar ao paciente e cuidadores os objetivos do tratamento da ferida e a importância da adesão ao plano de cuidados.
     - Demonstrar técnicas de autocuidado, como limpeza da ferida e aplicação de curativos simples.
     - Fornecer instruções por escrito, se necessário, para reforçar as informações fornecidas verbalmente.

Este roteiro visa garantir que o enfermeiro conduza uma avaliação completa da ferida, seguindo as normativas do COFEN e delegando as responsabilidades específicas conforme as competências de cada membro da equipe de enfermagem. Adapte-o de acordo com as políticas e protocolos internos da instituição de saúde onde atua.

IV. Siglas e Definições

- **EPI**: Equipamento de Proteção Individual. Equipamentos utilizados pelos profissionais de saúde para proteger contra riscos de contaminação durante a execução de procedimentos.
- **CME**: Centro de Material e Esterilização. Setor responsável pela limpeza, esterilização e preparo de materiais e instrumentais utilizados em procedimentos médicos.

Essas siglas e definições são essenciais para entender os termos utilizados no contexto de curativos e garantir a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde.

V. Anexos

ChatGPT

Para elaborar os anexos de um Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre a "Atuação da Equipe de Enfermagem em Curativos", é importante considerar alguns pontos essenciais que podem ser úteis para complementar e enriquecer o documento principal. Aqui estão algumas sugestões de possíveis anexos que podem ser incluídos:

Anexo 1: Listagem de Materiais

Este anexo detalha todos os materiais necessários para a realização de curativos, como:

- Lista de curativos estéreis disponíveis
- Bandejas não estéreis para organização dos materiais
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) necessários (máscaras, luvas, aventais, óculos de proteção)
- Soluções antissépticas, seringas, ataduras, esparadrapos, entre outros.

Anexo 2: Passos Detalhados do Procedimento

Este anexo pode conter uma descrição detalhada dos passos a serem seguidos durante a realização dos curativos:

- Preparação do paciente e do ambiente

- Limpeza da ferida e aplicação de medicamentos prescritos
- Técnicas específicas para curativos em diferentes tipos de feridas (por exemplo, feridas cirúrgicas, úlceras por pressão, queimaduras)
- Troca de curativos e manejo de dispositivos médicos (como drenos e cateteres)

Anexo 3: Ilustrações ou Diagramas

Inclua diagramas ou fotos que ilustram corretamente a técnica de realização de curativos, posicionamento dos pacientes, e a disposição dos materiais e equipamentos na sala de curativos.

Anexo 4: Protocolos Adicionais

Se houver protocolos adicionais específicos para determinados tipos de curativos ou para situações especiais (por exemplo, manejo de feridas infectadas, curativos em pacientes pediátricos), eles podem ser incluídos como anexos separados.

Anexo 5: Checklists de Verificação

Listas de verificação para garantir que todos os passos do procedimento foram seguidos corretamente, ajudando na padronização e na redução de erros.

Anexo 6: Normativas e Referências

Inclua neste anexo as normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) que orientam a prática de curativos, além de referências bibliográficas utilizadas na elaboração do POP.

Anexo 7: Termo de Consentimento

Modelo de termo de consentimento informado para curativos, caso seja necessário obter a autorização formal do paciente ou responsável.

VI. Referências

- Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado em 16 de junho de 2024]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_limpeza.pdf

- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 0547/2017. Normatiza as atribuições do Enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem [Internet].

Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado em 16 de junho de 2024]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5472017_51745.html

- Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFEE). Diretrizes práticas para o tratamento de feridas [Internet]. Rio de Janeiro: SOBENFEE; 2018 [citado em 16 de junho de 2024]. Disponível em: http://www.sobenfee.org.br/publicacoes/diretrizes_praticas_tratamento_feridas.pdf

- American Nurses Association (ANA). Nursing scope and standards of practice. 4th ed. Silver Spring (MD): ANA; 2015.

- Rodrigues LLS, Almeida TJV, Andrade JS, Guimarães RM, Barbosa RCL, Almeida PC. Boas práticas de enfermagem em curativos. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2018 [citado em 16 de junho de 2024]; 85(3):71-80. Disponível em: http://www.revenferm.com.br/artigos_cientificos/boas_praticas_enfermagem_curativos.pdf

I. Objetivos

- Padronizar o atendimento prestado pela equipe de Enfermagem no acesso dos paciente na Unidade Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

- Humanizar o atendimento e classificar, mediante as demandas dos usuários as necessidades inerentes à assistência fornecida na unidade, visando um cuidado seguro e mediato.

- Estabelecer o fluxo de atendimento ao paciente antes de serem atendidos nos consultórios médico/enfermeiro ou exames ofertados na unidade.

- Formatizar o atendimento da Enfermagem no Sistema MV- PEP na unidade;

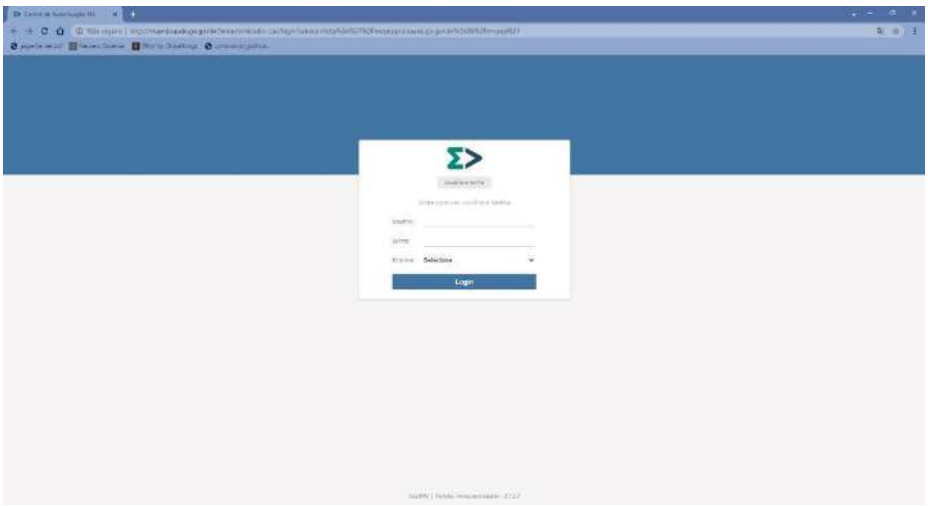
- Acolher de forma resolutiva e garantir os direitos dos usuários.

II. Materiais

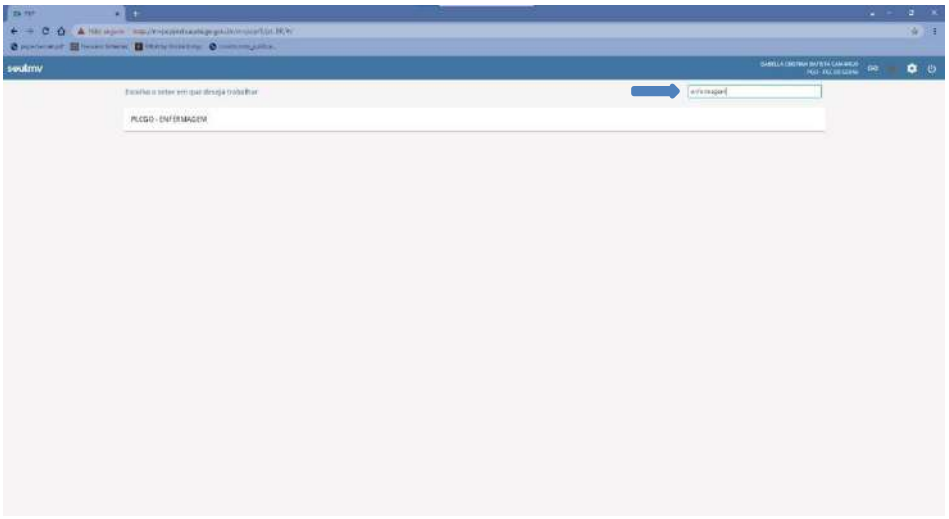
- Computador com acesso à rede no sistema MV-PEP;
- Monitor Multiparamétrico;
- Termômetro;
- Balança com medidor de estatura;
- Álcool a 70%;
- EPI's (Mascara cirúrgica, luvas de procedimento, entre outros);
- Caneta;

III. Descrição dos passos da atividade

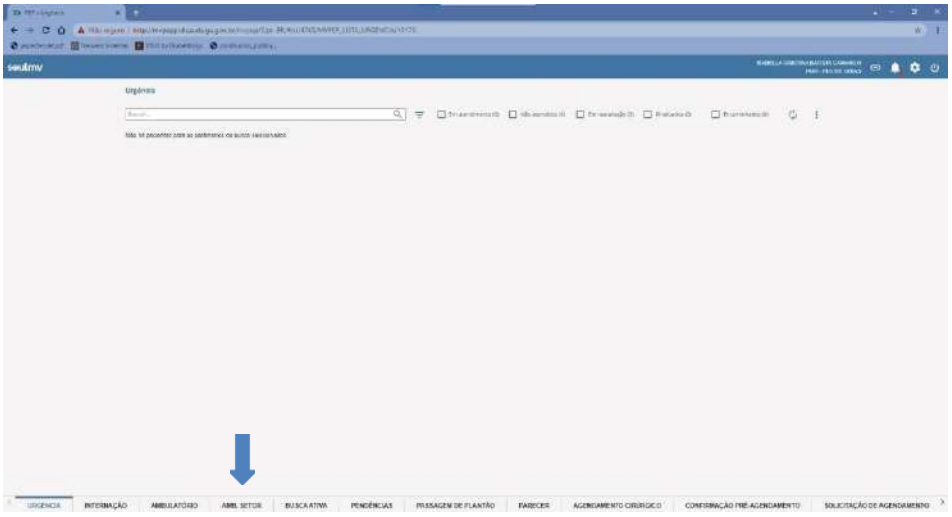
- Conferir funcionamento dos equipamentos e organizar a sala de acolhimento conforme rotina;
- Realizar higienização das mãos, conforme POP de Higiene das Mãos;
- Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência permitindo o diálogo e segmento do cuidado;
- Abrir o Sistema MV-PEP e digitar usuário, senha e selecionar a aba login;



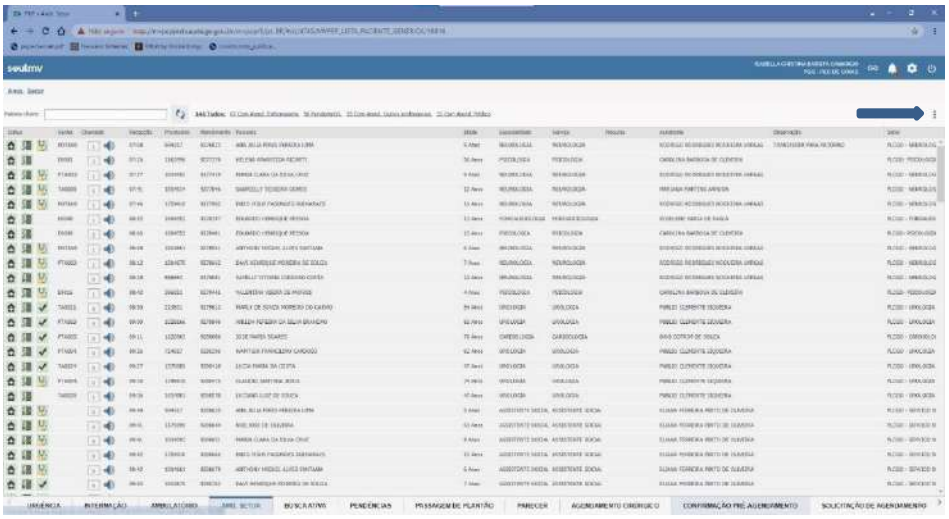
- Selecionar o setor que deseja trabalhar, digitando "ENFERMAGEM";



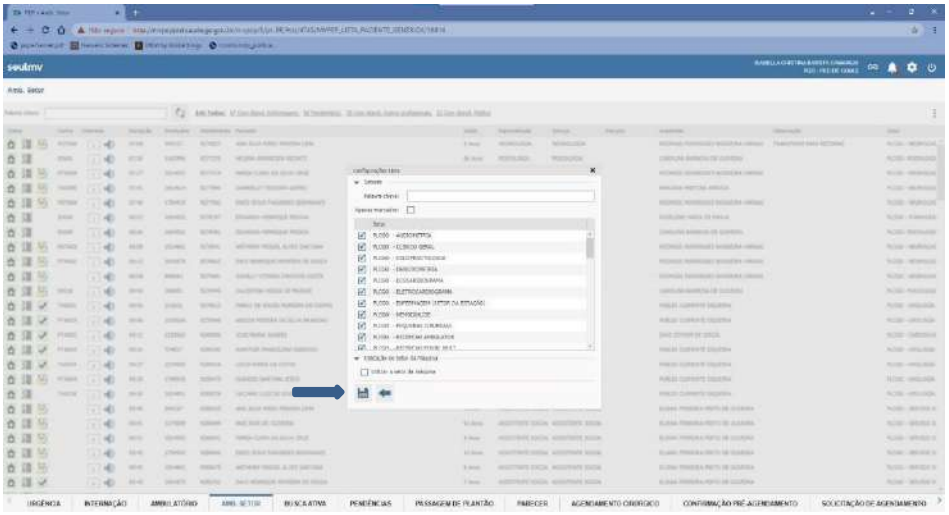
- Selecione a aba “AMB. SETOR” para abrir a lista de pacientes recepcionados na unidade que aguardam atendimento.



- Antes de abrir o prontuário do paciente, verificar na aba de filtros os atendementos que estão marcados para aparecer na “sua lista”;



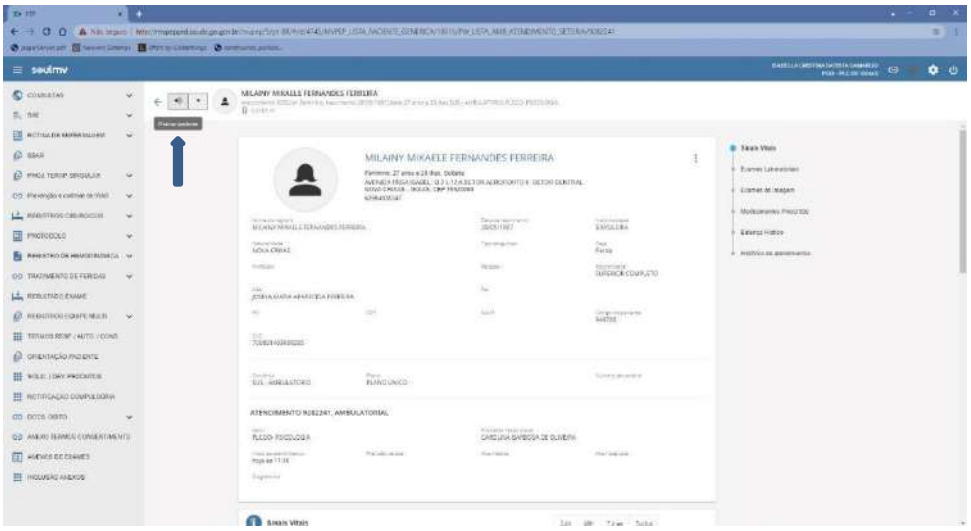
- Marque todos os atendimentos que deseja realizar o acolhimento e clique em "salvar";



- Certifique-se que na aba filtros todos os atendimentos (consultas e exames) está habilitada para o seu usuário, caso necessário acione o TI para habilitação do usuário no MV-PEP;

- Selecione o prontuário desejado conforme ordem do horário de chegada e prioridade (pessoas acima de 60 anos, gestatnte, lactantes, pessoas com crianças de colo, obesos, pessoas com espectro autista, pessoas com mobilidade reduzidas e/ou cadeirantes);

- Ao selecionar o nome do paciente, você é direcionado para o prontuário do paciente com seus dados pessoais, exames e consultas realizadas em qualquer instituição que tenha e cadastra seus atendimentos no sistema MV-PEP;

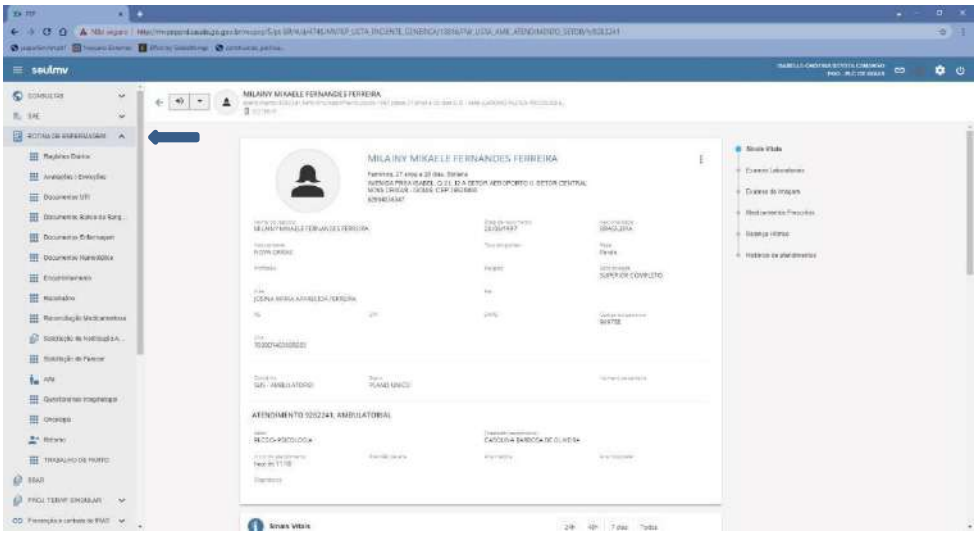


- Clique em na aba “CHAMAR PACIENTE” para chamar paciente para sala de acolhimento no monitor da recepção;

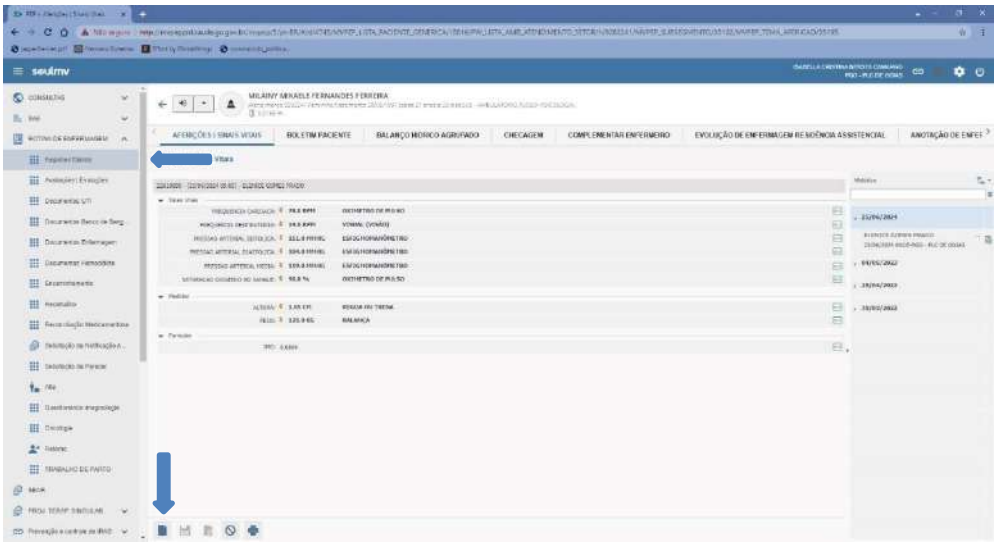
- Posicionar adequadamente o paciente;

- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;

- Abrir a aba “ROTINA DE ENFERMAGEM”;



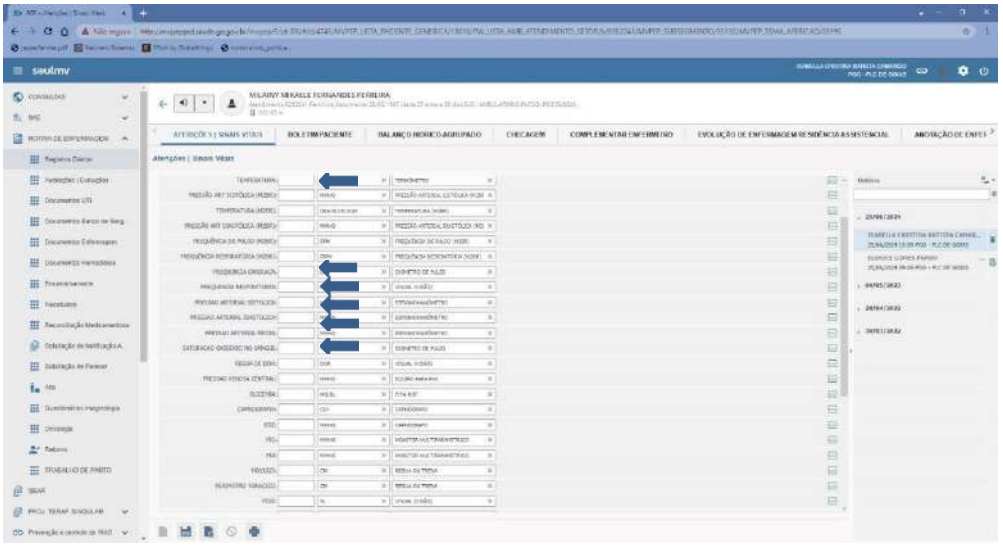
- Selecionar a aba “REGISTROS DIÁRIOS”, depois clicar em “NOVO DOCUMENTO” para uma nova verificação dos sinais vitais do paciente;



- Monitorizar o paciente, verificando temperatura (ºC), pressão arterial (PA), frequência cardiaca (FC), saturação de O2 no sangue (SPO2), frequência respiratória (FR), peso (Kg) e altura (cm) e preencher no MV-PEP no campo adequado para cada verificação;

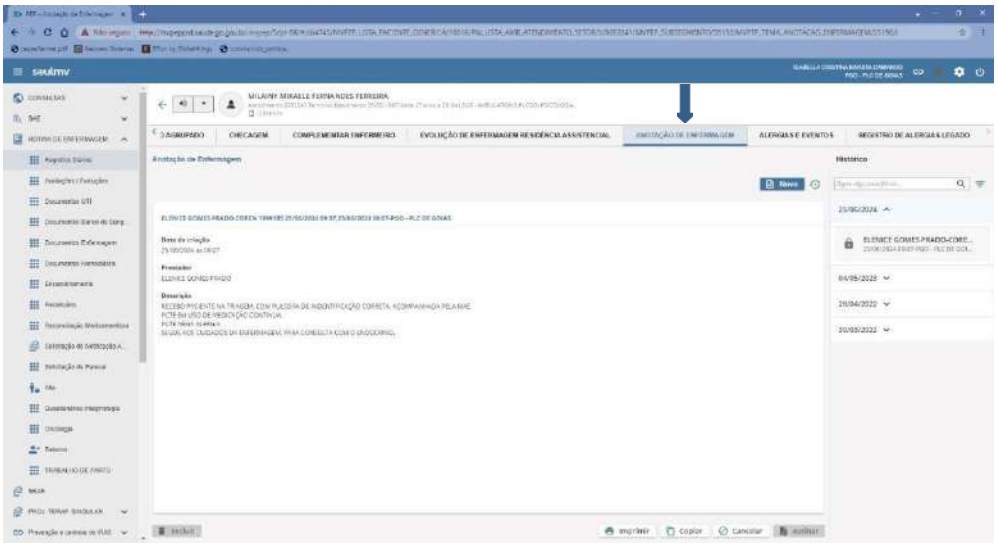
- Selecionar a aba “AFERIÇÕES | SINAIS VITAIS” e deposis selecionar “NOVO DOCUMENTO”;

- Selecionar a aba “SALVAR e ASSINAR”, para que o registro fique salvo no prontuário do paciente;

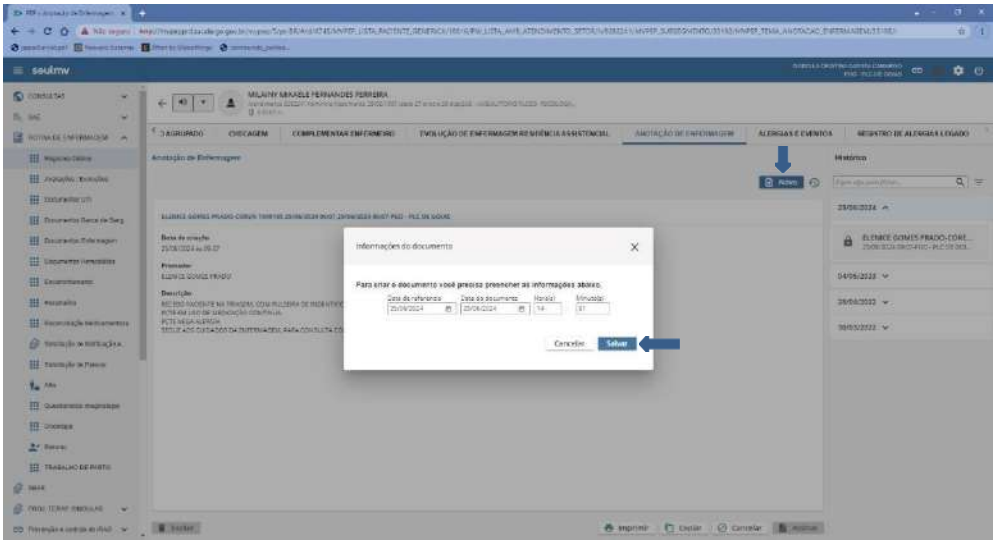


- Realizar escuta ativa, identificando as necessidades do paciente no momento, verificar alergias, e medicações em uso;

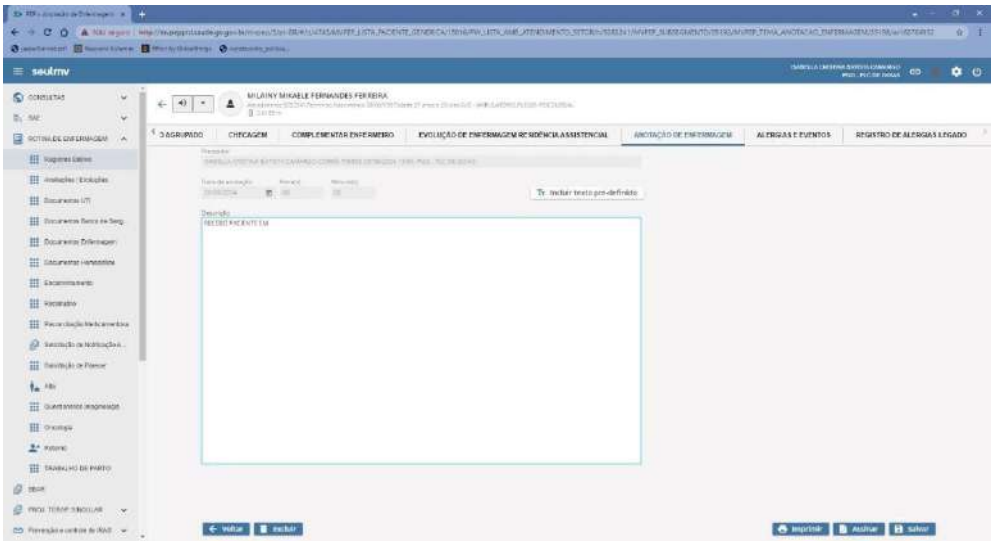
- Realizar Anotação de Enfermagem no prontuário do paciente, conforme legislação de enfermagem;



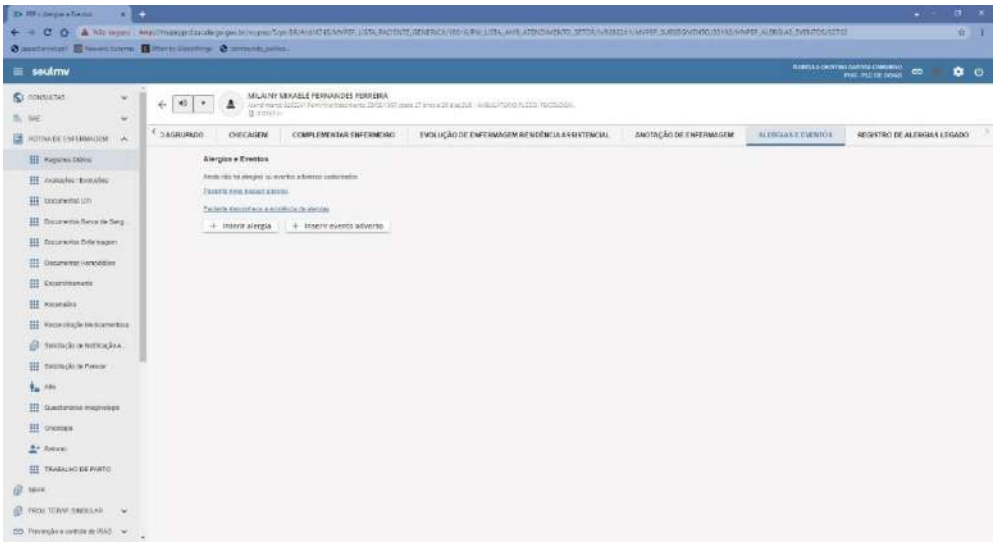
- Selecione a aba “NOVO” para criar nova anotação, selecione a data e horário do documento e clique em salvar;



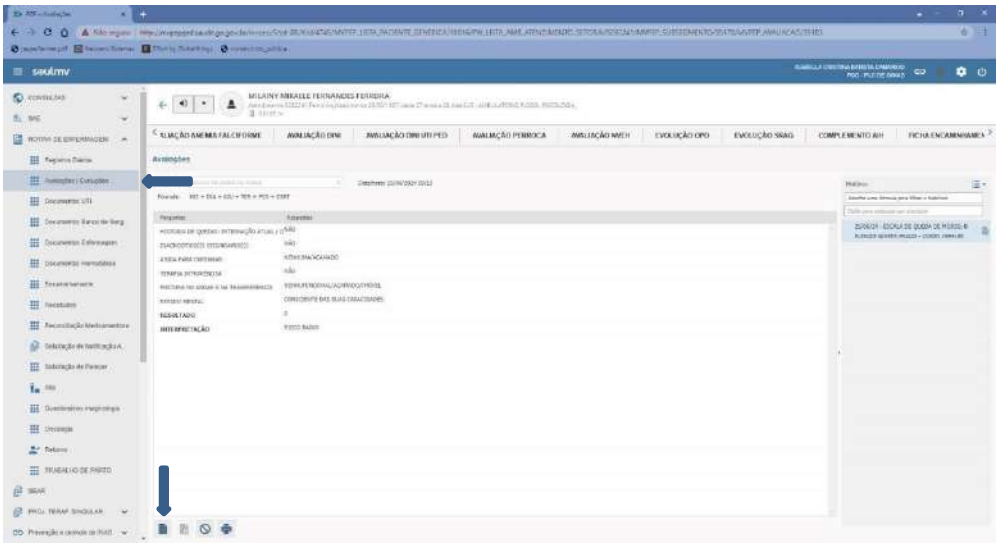
- Realizar a anotação de enfermagem e salvar e assinar digitalmente o documento;



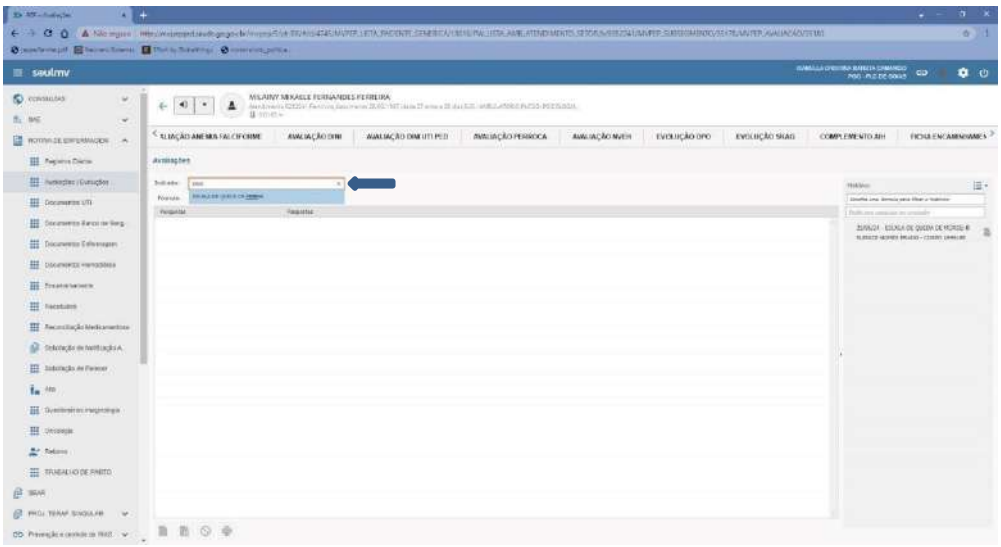
- Inserir novas alergias na aba “ALERGIAS E EVENTOS” se for necessário;

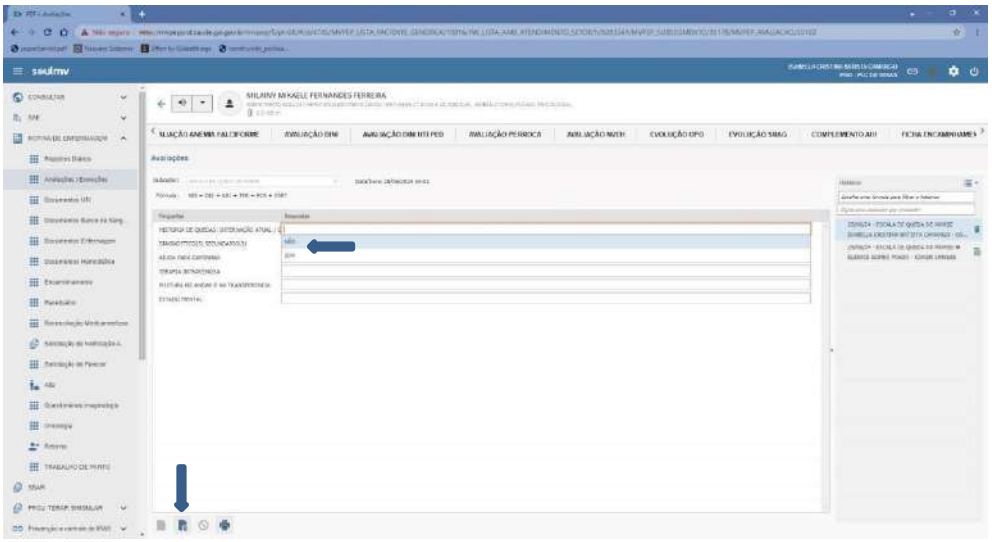


- Após essas verificações, avaliar o paciente quanto ao risco de queda atraves da “Escala de Morse”, clicando na aba de “AVALIAÇÕES | EVOLUÇÕES” e selecionar “NOVO DOCUMENTO”;



- Digite no campo "indicador" a palavra "morse" e selecione a "escala de morse" e preencha os campos necessários, clique em salvar e assinar documento para ficar registrado no prontuário do paciente a nova avaliação;





- Caso necessário registrar sinais vitais na ficha paciente;
- Finalize o atendimento e encaminhando o paciente para o setor desejado conforme mapa da unidade;
- Em caso de alterações de sinais vitais e/ou intercorrências encaminhar e acompanhar paciente para a sala de estabilização aos cuidados da enfermeira(o) do setor;
- Oraganizar a sala conforme rotina após os atendimentos.

IV. Siglas e Definições

- MV- PEP: Prontuário Eletrónico do Paciente
- TI: Ténico de Informática

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasil, 2023.

TOLEDO, P. P. DA S. et al.. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 6, p. 2131–2140, jun. 2021.

I. Objetivos

O cateterismo vesical de demora é a introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instalar medicação ou líquido com tempo de permanência determinada pelo médico.

II. Materiais

Promover a drenagem urinária e controle rigoroso do débito urinário; preparar o cliente para exames e cirurgias.

III. Descrição dos passos da atividade

Materiais:

- Gaze estéril
- Xilocaína gel
- Seringa de 20ml
- Agulha 40 x12
- Luvas estéreis
- Campo estéril
- Máscara e gorro descartável
- Clorexidina aquosa 2%
- Ampolas c/ água destilada
- Coletor estéril
- Comadre estéril
- Biombo
- Bandeja de cateterismo vesical estéril
- 01 campo fenestrado ou compressas cirúrgicas estéreis
- Esparadrapo
- Sonda foley de látex ou silicone (escolher o tamanho de acordo com o diâmetro da uretra, em mulheres de 14 a 16 Fr e 16-18 Fr para homens)

Descrição do Procedimento:

1. **Preparação e Verificação:**
    - Verificar a prescrição médica e conferir a solicitação do cateterismo vesical de demora.
    - Explicar o procedimento ao paciente.
    - Indagar sobre alergia a látex.

- Reunir material necessário.
- Colocar biombo em volta do leito.
- Colocar máscara e gorro descartável.
- Posicionar o paciente com as pernas fletidas apoiando os pés no leito, expondo a genitália.
- Inspecionar o períneo e verificar a presença de eritema, drenagem e odor.

2. **Higienização e Preparação do Paciente:**
   - Realizar a higienização das mãos.
   - Calçar luvas de procedimento.
   - Realizar a higiene íntima (ver POP de Higiene Íntima).
   - Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos).
   - Abrir a bandeja de cateterismo.
   - Colocar clorexidina na cuba redonda.
   - Abrir todo o restante do material estéril sobre a bandeja de cateterismo.
   - Colocar gel de xilocaína sobre uma gaze.
   - Aspirar 10ml de água destilada na seringa.
   - Abrir a luva estéril.
   - Calçar luvas estéreis (ver POP de Colocação e Retirada de luvas estéreis).
3. **Teste e Preparação da Sonda:**
   - Testar a sonda e o balonete com a seringa estéril.
   - Acoplar a sonda ao coletor de urina deixando a pinça aberta.
4. **Antissepsia e Inserção da Sonda:**
   - Iniciar antissepsia com gaze embebida no antisséptico em movimento unidirecional de cima para baixo.
   - Desprezar a gaze ao final de cada região seguindo a ordem: monte de Vênus, grandes lábios do lado distal para o proximal.
   - Afastar com a mão não dominante, os grandes lábios.
   - Realizar antissepsia dos pequenos lábios do lado distal para o proximal, com a mão dominante.
   - Manter os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral.
   - Lubrificar a sonda com xilocaína gel.
   - Colocar campo ou compressas estéreis entre as coxas do paciente.
   - Puxar a borda dobrada bem abaixo das nádegas.
   - Aplicar um campo ou compressa sobre o períneo.
   - Expor os lábios.
   - Pegar o cateter com a mão dominante enluvada.
   - Segurar a extremidade do cateter levemente enovelada na palma da mão dominante.
   - Retrair cuidadosamente os lábios com a mão não dominante para expor completamente o meato uretral.
   - Inserir o cateter num total de 5 a 7,5 cm até que a urina flua para a região externa do cateter.
   - Avançar o cateter por mais 2,5 a 5 cm após a saída da urina.
   - Soltar os lábios.
   - Segurar o cateter firmemente com a mão dominante.

- Inflar lentamente o balão com 10ml de água destilada ou de acordo com a recomendação do fabricante.
- Promover uma leve tração da sonda.

5. **Finalização:**
   - Retirar o campo ou compressa.
   - Fixar a sonda na face lateral interna da coxa, evitando tracioná-la.
   - Posicionar o paciente confortavelmente.
   - Reunir o material.
   - Organizar a unidade do cliente.
   - Retirar as luvas.
   - Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos).
   - Registrar o procedimento na folha de observação informando volume e características da urina drenada e intercorrências durante o cateterismo.

Remoção do Cateterismo Vesical de Demora

Materiais:

- 1 seringa de 20ml
- 1 pacote de gazes
- 1 par de luvas para procedimentos
- Recipiente para lixo
- 1 máscara
- 1 óculos de proteção

Técnica para Retirada:

1. Explicar e orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado.
2. Preparar o material a ser utilizado.
3. Higienizar as mãos.
4. Calçar as luvas.
5. Remover a fita de fixação da sonda cuidadosamente.
6. Desinsuflar totalmente o balão com auxílio da seringa.
7. Remover lentamente o cateter.
8. Realizar higiene íntima.
9. Organizar o ambiente.
10. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
11. Registrar todo o procedimento executado, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes.
12. Desprezar o resíduo em local apropriado.

IV. Siglas e Definições

Não se aplica.

V. Anexos

Posicionamento e Inserção da Sonda

Fluxograma do Procedimento de Cateterismo Vesical

Exemplos de Registros e Documentações

VI. Referências

- Resolução COFEN nº 0453/2014 - Dispõe sobre as competências do Enfermeiro na prevenção e no controle das infecções e sua transmissibilidade em procedimentos invasivos, incluindo cateterismo vesical.
- Resolução COFEN nº 0500/2015 - Normatiza a atuação da equipe de Enfermagem em Terapia Infusional.
- RDC ANVISA nº 15/2012 - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo padrões para a limpeza e esterilização de materiais como cateteres.
- RDC ANVISA nº 50/2002 - Regulamenta o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, que pode incluir áreas destinadas à realização de procedimentos como o cateterismo vesical.
- Portaria MS nº 2.616/1998 - Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, que cobrem procedimentos como o cateterismo vesical, enfocando principalmente as medidas de controle de infecção.

I. Objetivos

Analisar o comportamento da pressão arterial não somente durante a vigília e o sono, como também durante eventuais sintomas como tontura, dor no peito e desmaio. Além disso, possibilita a avaliação da eficácia do tratamento anti-hipertensivo.

II. Materiais

Atividade realizada pela técnica de enfermagem do setor de Holter/Mapa; Material Necessário:

- Álcool a 70%;
- Computador com internet e impressora;
- Demais materias de escritório que se faça necessário, tais como, caneta, papel A4, grampeador, etc;
- Equipamento de proteção individual - EPI (luva, máscara, gorro, etc.);
- Equipamento para realização do exame (monitor calibrado, manguito, 04 pilhas alcalinas ou recarregáveis, bolsa para monitor);
- Ficha do Boletim de Procedimento Ambulatorial – dados individuais; •Gaze não estéril ou algodão;
- Impresso para anotação das atividades diárias do paciente;
- Livro destinado ao cadastro de exames de Holter/MAPA;
- Software Watch BP Analyzer 03 específico para leitura e armazenamento de dados do exame;
- No dia e horário agendados, é feita a instalação do equipamento no paciente, que permanece com ele durante 24 horas.

III. Descrição dos passos da atividade

Instalação

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's);
- Acolher o usuário e explicar sobre o procedimento;
- Preencher a ficha do Boletim de Procedimento Ambulatorial – dados individuais;
- Preencher o livro destinado ao cadastro de exames de Holter/MAPA com data, nº do exame, nome do paciente, assinatura de quem instalou e nº de telefone;
- Preencher os dados do registro de atividades do paciente;
- Orientar e realizar a anamnese;
- Preparar o monitor gravador para o uso:
- Conectar o cabo do computador no aparelho (aparacerá a mensagem PC no visor do aparelho); colocar as 04 pilhas carregadas;

- Ligar o aparelho (apertando 5 vezes – confirmará ano, mês, dia, hora e minutos) até aparecer o nome PC;
- Realizar os procedimentos iniciais no software Watch BP Analyzer 03:
- Iniciar o programa;
- Aparecerá a tela de cadastro com os dados do último paciente que realizou o exame;
- Clicar na aba Ajustes Ambulatoriais;
- Na aba ID do paciente cadastrar um número consecutivo para identificar o novo paciente;
- Clicar em Programar;
- Aparecerá uma mensagem com aviso de programação. Confirmar na tecla SIM;
- Aparecerá uma mensagem: A programação realizou-se com êxito. Confirmar OK;
- Voltará a tela de cadastro na qual iremos cadastrar os dados do novo paciente;
- Inserir os dados do paciente até nome do médico solicitante, sair; Preparar o paciente:
- Remover toda a roupa que estiver cobrindo ou apertando o braço de medição;
- Realizar uma limpeza prévia caso seja necessário com gaze e álcool;
- Instalar o manguito no braço não dominante;
- Posicionar o manguito 2,0 a 3,0 cm acima da fossa cubital, com o tubo na parte interna do braço, seguindo a orientação específica do equipamento em uso. O tubo deve apontar para cima;
- Conectar o manguito no gravador seguindo a orientação específica do equipamento em uso;
- Fazer, pelo menos, duas medidas de teste antes de liberar o paciente;
- Orientar o paciente a preencher o impresso para anotação das atividades diárias, se apresentou algum sintoma bem como o uso de medicações;
- Orientar sobre as medições em vigília e durante o sono;
- Durante as medições o paciente deve permanecer parado, evitar conversar e respirar normalmente durante a medição;
- Certificar que o paciente compreendeu claramente todas as orientações e que está seguro para contribuir adequadamente para a realização do exame.

Desinstalação:

- Higienizar as mãos;
- Conferir o preenchimento do diário com o paciente especialmente no que se refere aos horários de tomada das medicações;
- Desconectar o monitor do manguito e conectar ao cabo do computador (aparecerá a mensagem PC no visor do aparelho);
- Transferir as informações gravadas na memória do aparelho para o PC através de software específico e armazenar os dados do exame:

- Entrar no software Watch BP Analyzer 03;
- Aparecerá os dados cadastrados do paciente;
- Na janela de DADOS selecionar a opção de baixar dados de PA para PC;
- Aguardar os dados serem baixados;
- Clicar em Salvar relatório em Excel;
- Abrirá uma janela para incluir o nome do novo arquivo. Sendo os dados: número do exame e nome do paciente. Em seguida, Salvar;
- Selecionar Carregar Exame de Arquivo;
- Localizar o nome do paciente;
- Clicar com botão direito do mouse na opção imprimir;
- Grampear e colocar o exame na pasta Mapa 24 horas para o médico laudar;
- Fazer a análise subjetiva da qualidade das atividades exercidas no período de monitoração (se manteve atividades regulares, se sentiu limitação de suas atividades por incômodo com as insuflações, entre outros);
- Verificar o número de leituras válidas durante a vigília e o sono; Orientações sobre o preparo:
- Tomar banho antes do exame, pois não é recomendada a retirada do aparelho durante o exame;
- Trazer um cinto de sua preferência para colocação do monitor na cintura;
- Trazer a lista de medicamentos em uso com dose e horários preconizados;
- Seguir a orientação do seu médico sobre a utilização das medicações de uso crônico e sobre a prática de exercícios físicos nas 24 horas que antecedem o exame.

IV. Siglas e Definições

- MAPA: Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial;
- EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

I. Objetivos

- Padronizar a técnica de punção venosa periférica para garantir a segurança do paciente e a eficácia do procedimento.
- Minimizar os riscos de complicações como infecções, hematoma e lesão vascular.
- Assegurar que todos os profissionais de saúde estejam capacitados para realizar o procedimento seguindo as melhores práticas.

II. Materiais

- Cateteres intravenosos de diferentes calibres.
- Luvas estéreis.
- Antisséptico (álcool 70%, clorexidina alcoólica ou iodopovidona).
- Gazes estéreis.
- Esparadrapo ou curativos específicos para fixação do cateter.
- Seringas e agulhas para administração de medicamentos, se necessário.
- Bandeja ou kit de punção venosa estéril.
- Torniquete.
- Recipiente para descarte de materiais perfurocortantes.

III. Descrição dos passos da atividade

- **Preparação do Paciente e do Ambiente:**

Explicar o procedimento ao paciente e obter consentimento.

Higienizar as mãos e preparar o local de punção.

Posicionar o paciente de forma confortável, com o membro a ser puncionado adequadamente exposto e imobilizado.

- **Escolha do Local de Punção:**

Selecionar uma veia adequada, preferencialmente nas regiões de fácil acesso como as do dorso da mão ou antebraço.

Aplicar o torniquete acima do local escolhido para distender a veia.

- **Antissepsia da Pele:**

Aplicar o antisséptico de escolha no local da punção e deixar agir pelo tempo recomendado.

- **Realização da Punção:**

Calçar as luvas estéreis.

Realizar a punção com técnica asséptica, inserindo o cateter na veia.

Confirmar o retorno venoso (presença de sangue no cateter), fixar o cateter e liberar o torniquete.

- **Cuidados Pós-Punção:**

Aplicar curativo no local para proteger a inserção do cateter.

Descartar materiais utilizados conforme as normas de biossegurança.

Observar o paciente para sinais de complicações.

IV. Siglas e Definições

- AVP: Acesso Venoso Periférico.
- EPI: Equipamento de Proteção Individual.

V. Anexos

- Anexo 1: Técnica de Punção Venosa Periférica - Ilustrações.
- Anexo 2: Tabela de Tamanhos e Tipos de Cateteres.

VI. Referências

- **Resolução COFEN Nº 0453/2014**
  - Estabelece normas e diretrizes para a realização de procedimentos invasivos por enfermeiros, incluindo a punção venosa.
- **Resolução COFEN Nº 0557/2017**
  - Normatiza a atuação do enfermeiro na promoção da segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamentos, abordando também os cuidados com acessos venosos.
- **RDC ANVISA Nº 15/2012**
  - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, pertinentes à manutenção e manipulação de cateteres e outros equipamentos utilizados em punção venosa.
- **RDC ANVISA Nº 50/2002**
  - Regulamenta o registro, rotulagem e reprocessamento de materiais médico-hospitalares, incluindo cateteres utilizados em acessos venosos.

- **RDC ANVISA Nº 42/2010**
  - Estabelece critérios de segurança para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, aplicáveis ao descarte de materiais utilizados em procedimentos de punção venosa.

- **Manual de Acesso Venoso Central e Periférico para Enfermagem (COFEN)**
  - Manual prático que fornece diretrizes específicas e detalhadas sobre procedimentos para punção de acesso venoso periférico e central, considerando as melhores práticas e a segurança do paciente.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Acidente com material biológico			
Responsável: Enfermeiro (a), Tecnico em Segurança do trabalho	**Código**: PRS 001	**Revisão**: 00	**Data**: 26/08/2024

I. Objetivos

Padronizar e orientar as condutas, pré e pós-exposição, indicadas para prevenir o risco de contaminação de profissionais de saúde no ambiente de trabalho e orientar fluxo de atendimento nos casos de exposição a material biológico.

II. Materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Soro fisiológico;
- Sabonete neutro líquido;
- Água corrente;
- Recipientes para descarte seguro de materiais perfurocortantes;
- Formulários para registro do acidente – (CAT)
-

III. Abrangência

1. Todos os profissionais/colaboradores que tem contato com materiais perfurocortantes:
- Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médicos e técnicos de laboratório.

2. Áreas de abrangécia:
- Consultórios, salas de procedimentos, salas de coleta

IV. Descrição dos passos da atividade

- **Ação Imediata:** Interromper o procedimento, remover luvas e lavar a área exposta imediatamente com água e sabão.
- **Avaliação do Risco:** Identificar a natureza do material biológico e a extensão da exposição;
- **Notificação do Acidente:** Informar o supervisor mediato e técnico em segurança do trabalho (SESMT) e preencher o relatório de acidente de trabalho (CAT).
- **Avaliação Médica:** Dirigir-se ao serviço de saúde ocupacional para avaliação médica e, se necessário, iniciar a profilaxia pós-exposição (PEP).

- **Monitoramento e Acompanhamento:** Realizar acompanhamento médico conforme as diretrizes do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e realizar exames de seguimento.

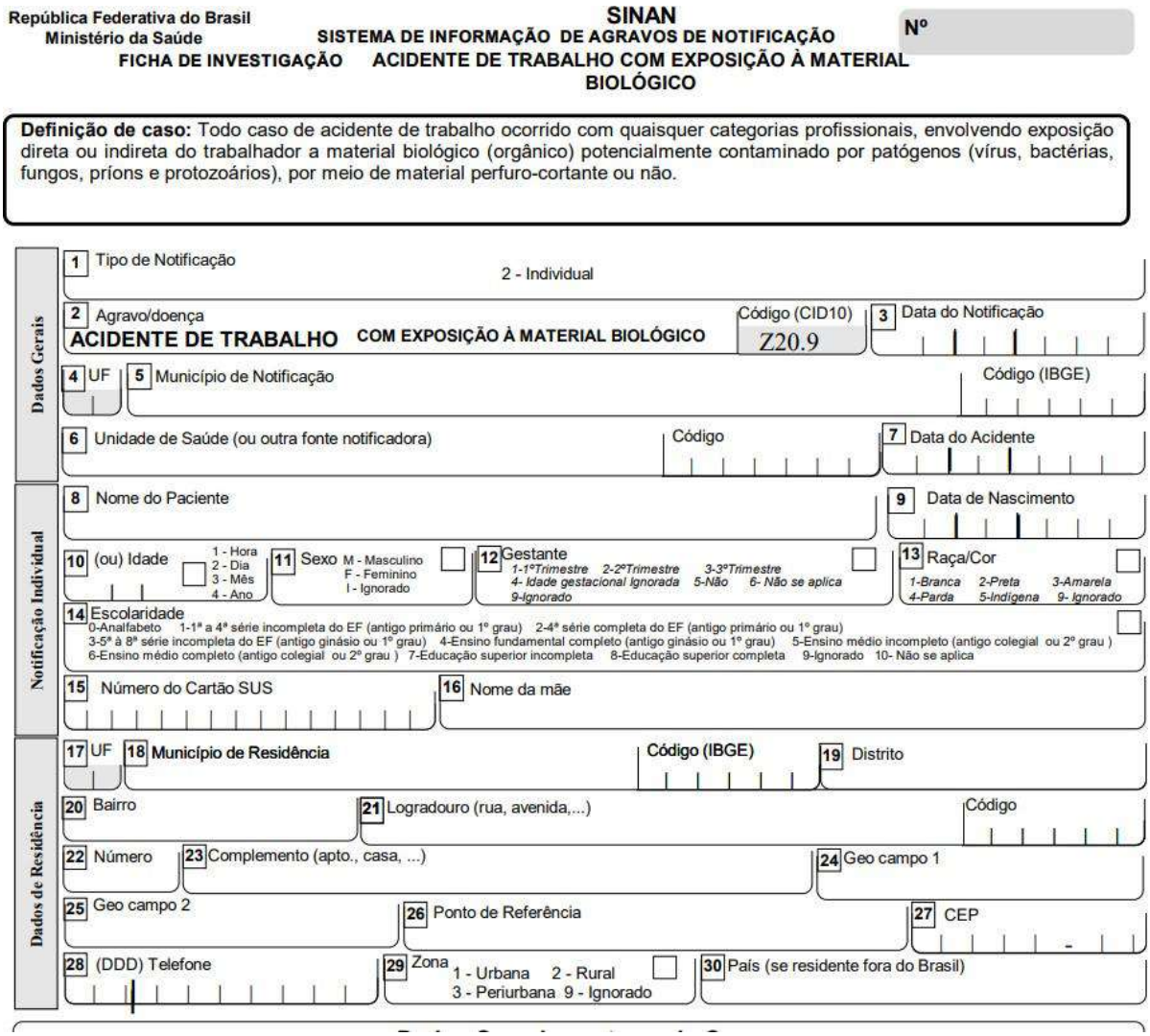
V. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual
CAT: Comunicado de Acidente de Trabalho
SESMT: Serviço Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente

VI. Anexos

Fluxograma de atendimento pós-exposição.

Anexo 2: Formulário de notificação de acidente de trabalho.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO — Código (CID10) Z20.9 — 3 Data do Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Acidente

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado — 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

VII. Referências

- DRT Exposição a Material Biológico. Disponivel em: Acidente de trabalho com exposição a material biológico — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acessado em: 26/08/24.

I. Objetivos

Tem por finalidade manter o material limpo adequado para a esterilização, manter o artigo estéril durante o armazenamento, transporte e manuseio, permitir entrada do agente esterilizante, impedir penetração do antimicrobiano, facilitar a abertura e transferência com técnica asséptica e embalar devidamente os materiais para garantir a penetração do agente esterilizante e impedir a entrada de microrganismos até a sua abertura;

II. Materiais

EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas de procedimento);

- Catálogo com descrição dos instrumentais e do quantitativo específico de cada bandeja;
- Papel grau cirúrgico;
- Indicadores químicos (Classe I - fita zebrada, Classe 4 – Multiparâmetro e Classe 5 - fita integradora);
- Fita crepe;
- Canetas;
- Seladora; Etapas do Processo: INSPEÇÃO

III. Descrição dos passos da atividade

- Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequado (Gorro, máscaras, luvas);
- Inspecionar os artigos antes do empacotamento para verificar limpeza, integridade e funcionalidade;
- Proceder à conferência do quantitativo específico de cada bandeja de acordo com o catálogo da CME, antes de embalar com o invólucro apropriado

7.1 ACONDICIONAMENTO

- Acondicionar os instrumentais cirúrgicos no papel grau cirúrgico, no máximo, 80% da capacidade do recipiente;
- Posicionar os itens com concavidade, como, cúpulas, emborcados;
- Colocar artigos mais pesados no fundo, os artigos de peso médio na segunda camada e sobre estes os mais leves;
- Contabilizar as peças e expor esse quantitativo no exterior do papel;
- Colocar indicador químico classe 4 (fita multiparamêtro) em cada pacote;
- Confirmar que as condições de exposição (temperatura, tempo) suficientes tenham sido alcançadas nos indicadores químicos.

7.2 EMPACOTAMENTO

- Selecionar a embalagem (caixas metálicas, grau cirúrgico ou campo simples ou duplo de algodão) de acordo com o processo, o peso, a forma e tamanho do artigo;
- Papel Grau Cirúrgico
- Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;
- Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem;
- Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem;
- Observar a recomendação do papel grau cirúrgico, no tocante ao indicativo de fundo do pacote, selagem mais curta e abertura do pacote na qual a selagem deverá ser maior;
- A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;
- Identificar na borda livre com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade (90 dias) e assinatura;
- Realizar o ajuste perfeito das embalagens duplas, a embalagem interna deve ser em tamanho menor evitando-se dobras internas e sobras;
- Colocar os itens embalados com concavidade voltados para o papel;
- Colocar os pacotes nos cestos ou carros de rack e arrumá-los nas autoclaves;
- Colocar na montagem das cargas o papel em contato com o papel e o plástico com o plástico para facilitar a difusão do agente esterilizante.

7.3 SELAGEM E FECHAMENTO DOS PACOTES

- Obedecer a largura total de 6mm, na selagem térmica, podendo ser em linha simples, dupla ou até tripla e distante 3 cm da borda e do material;
- Observar a termoselagem que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote;
- Utilizar fita adesiva impregnada com tinta termocrômica (fita zebrada), com largura de pelo menos 03 listras como indicador químico classe I, de exposição, no fechamento de pacotes

7.4 IDENTIFICAÇÃO

- Identificar o pacote com o nome, quantidade de instrumentos, data (dia, mês e ano) e nome do colaborador responsável pelo preparo, em fita adesiva não zebrada;

- Identificar todas as embalagens externamente com uma fita adesiva ou etiqueta contendo as seguintes informações: nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo

IV. Siglas e Definições

CME – Central de Material e Esterilização;

- EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- NBZ - Nebulização;
- POP – Procedimento Operacional Padrão;
- RDC - Resolução da Diretoria do Colegiado;
- SCIA- Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial

V. Anexos

	ETIQUETAS CME	Código: DS.PLCGO.SCIA.002 Emissão: 19/05/23 Revisão: 19/05/23 Versão: 00 Página: 1 de 1

ETIQUETAS/ RÓTULOS:

Conforme a:

"NR 32.3.2 Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento."

Segue orientações para as confecções das etiquetas de cima para baixo, primeiro para materiais estéreis na CME e SADT, segundo para almotolias e produtos multidoses.

MATERIAL:_____

Nº LOTE:_____ ESTERILIZAÇÃO:_____

DT PRODUTO:_____VALIDADE:_____

RESPONSÁVEL:_____

	MATERIAL ESTERILIZADO	Código: FORM.PLCGO.ENF.009 Emissão: 11/04/2023 Revisão: 11/04/2023 Versão: 01 Página: 1 de 1

MATERIAL	SETOR	DATA DA ESTERILIZAÇÃO	VENCIMENTO	RESPONSÁVEL

Elaborado por:	Aprovado por:
Beatriz Carvalho Marinho Morais	Débora Alessandra Cordeiro Dos Santos

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Informe Técnico n.01/09. Princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em Serviços de Saúde. Brasília; 2009. Disponível em: Acesso: agosto/2010.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 7ª ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **Diluição da solução enzimática para lavagem do material**			
Responsável: **Enfermeiro(a)**	**Código**: POP CME 003	**Revisão**: 00	**Data**: 14/06/2024

I. Objetivos

Uutilizar o produto detergente enzimático na diluição de acordo com as orientações do fabricante, atendendo aos critérios de economicidade.

Utilizar o produto na diluição correta para limpeza dos instrumentais.

II. Materiais

- Óculos de proteção;
- Máscara facial N95;
- Avental impermeável;
- Luvas de látex de cano longo;
- Gorro descartável;
- Calçados impermeáveis;
- Cuba de plástico resistente;
- Detergente enzimático;
- Seringa de 20ml;
- Água comum.

III. Descrição dos passos da atividade

- Higienizar as mãos conforme POP SCIA 00;
- Utilizar EPI's;
- Em cuba plástica acrescentar água utilizando o recipiente próprio de 5 litros para mensurar a quantidade de água;
- Para cada cuba plástica acrescentar 10 (dez) litros de água;
- Para adicionar a Solução Enzimática utilizar o recipiente próprio, identificado para mensurá-la;
- Realizar a diluição do detergente enzimático conforme instruções do fabricante (ml/L de água);
- Verificar o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante;
- Realizar o teste da solução com fita, preencher formulário "Preparo e Controle de Solução"
- Identificar com o nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou;
- Trocar a água a cada utilização ou sempre que necessário;
- Ao final de cada procedimento, após desprezar/descartar última água realizar a lavagem das cubas e proceder a sua desinfecção;
- Ao término secar as cubas e guarda-las adequadamente;

- Retirar EPI's;
- Manter local limpo e organizado;
- Higienizar as mãos.

IV. Siglas e Definições

- CME – Central de Material e Esterilização;
- EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- POP – Procedimento Operacional Padrão;
- RDC - Resolução da Diretoria do Colegiado;
- SCIA- Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial.

V. Anexos

Anexo A: Tabela de Diluição do Detergente Enzimático

Inclua uma tabela detalhada que especifique as proporções de diluição recomendadas pelo fabricante para diferentes volumes de água. Esta tabela pode incluir também as aplicações específicas do detergente para diferentes tipos de instrumentais.

Anexo B: Checklist de Segurança

Providencie um checklist que deve ser seguido durante o procedimento para garantir que todas as etapas de segurança e uso correto dos EPIs sejam cumpridas.

 Anexo C: Ficha de Informação de Segurança de Produto Químico (FISPQ) do Detergente

VI. Referências

Resolução ANVISA RDC nº 15/2012: Requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

Resolução ANVISA RDC 306/2004: Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

NR 32 - MTE: Norma regulamentadora que estabelece diretrizes para a proteção e saúde dos trabalhadores em serviços de saúde.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: pop limpeza e desinfeção dos endoscópios			
Responsável:	**Código**: CME002	**Revisão**: 001	**Data**: 01/09/2024

I. Objetivos

Tem como objetivo orientar os profissionais que executam a limpeza e a desinfecção de alto nível dos aparelhos endoscópicos e seus acessórios a fim de evitar a transmissão cruzada de microrganismos aos usuários durante a realização dos exames e a proteção individual da equipe de profissionais que manipulam os aparelhos.

II. Materiais

- Água filtrada;
- Detergente enzimático;
- Esponja não abrasiva;
- Seringa de 60ml;
- Álcool a 70%;
- Compressas macias;
- Escovas e sistema de limpeza (conector de canais e tubo de injeção);

Adaptador de limpeza por aspiração (Endoscópios Olympus);

- Ar comprimido;
- Válvula reguladora de pressão
- Pistola de ar comprimido;
- Temporizador;
- EPI's (luva nitrílica, óculos, avental impermeável, protetor auricular, sapatos impermeáveis e respirador com filtro);
- Depósito com tampa para o saneante;
- Livro ata para registro do teste de eficácia do saneante;
- Fita teste;
- Impresso com dados do saneante (composto químico, data de validade, data de ativação, data de desativação, responsável pela ativação);
- Aspirador portátil

III. Descrição dos passos da atividade

<u>Na sala de exames:</u>

Ainda na sala do procedimento:

- ✓ Imediatamente ao ser retirado do paciente, com o aparelho ainda conectado na fonte de luz, aspirar água, por aproximadamente 15 segundos;

- ✓ Aspirar detergente enzimático e novamente água para limpeza do excesso de secreção no canal;
- ✓ Utilizar uma gaze ou compressa úmida para retirar o excesso de secreções do tubo de inserção do endoscópio, iniciando próximo a manopla até a abertura distal, em movimentos unidirecionais;
- ✓ Retirar o aparelho da fonte elétrica, conectando a seguir a tampa de proteção da parte elétrica;
- ✓ Colocar o aparelho na caixa de transporte e tampar;
- ✓ Encaminhar a caixa para o setor de lavagem
- ✓ Na sala de lavagem realizar a higienização das mãos conforme PRO/SVSSP.NSP/P002/2018;
- ✓ Colocar todos os EPI's;
- ✓ Checar data de desativação do saneante;
- ✓ Proceder o teste de eficácia do saneante utilizando a fita teste e o temporizador;
- ✓ Receber o aparelho proveniente da sala de exames onde foi realizada a pré-limpeza pelo médico assistente;
- ✓ Checar se a tampa de vedação está conectada ao aparelho endoscópico

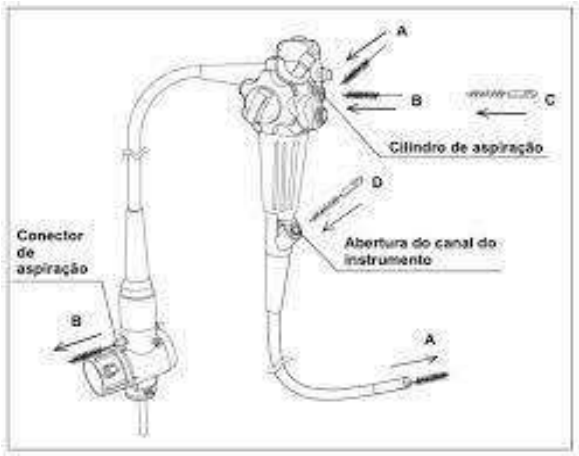
Realizar a limpeza externa seguindo os passos:

- ✓ Colocar o aparelho na cuba;
- ✓ Limpar toda a superfície externa do aparelho utilizando a esponja não abrasiva e o detergente enzimático;
- ✓ Realizar o enxágue em água corrente;
- ✓ Imergir o endoscópio em solução de detergente enzimático recém-preparada pelo tempo estimado pelo fabricante;
- ✓ Remover todas as válvulas, limpando-as e escovando-as adequadamente (válvulas de ar/água, aspiração e biópsia);
- ✓ Escovar a ponta distal do aparelho e, se for o caso, escove e lave o elevador;

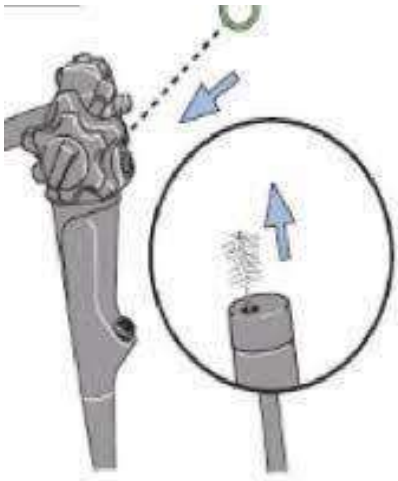
Escovar através dos canais:

- ✓ Introduzir a escova de limpeza no canal de biópsia, até ela emergir na ponta distal, até remover todos os resíduos (mínimo de três vezes), lavando a extremidade da escova com detergente enzimático na presença de resíduos antes de tracioná-la;

Escovar a região do tubo de inserção do canal de sucção até a mesma emergir da posição distal conforme pontos A e B, até remover todos os resíduos (mínimo de três vezes);

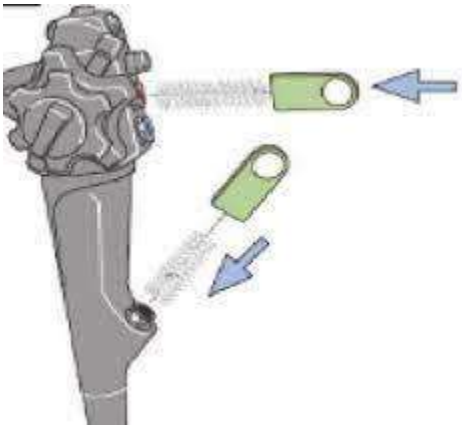


7



8 Figura 3 – Escovação do canal de sucção

Escovar a entrada dos canais de sucção, ar/água e a entrada do canal de biópsia com escova própria repetindo até remover todos os resíduos,



Conectar o tubo de injeção e o conector de canais;

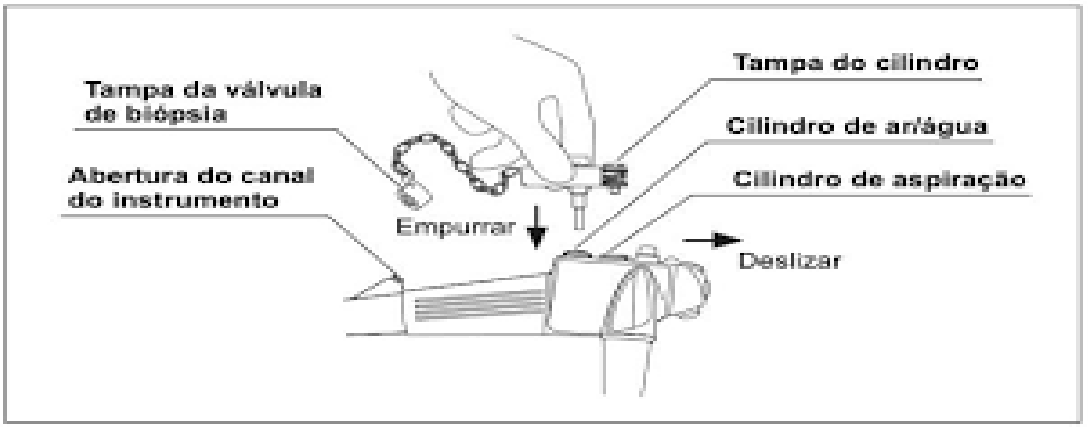
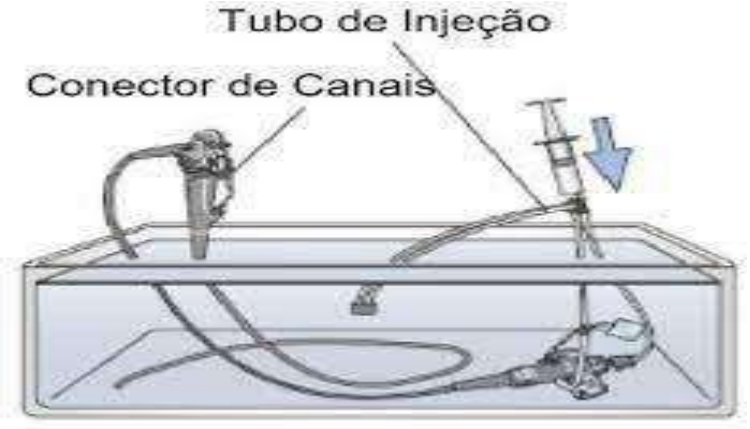


Figura 5 – Acoplamento do conector de canais



- ✓ Injetar 90 mL de detergente enzimático nos canais de ar e água utilizando uma seringa de 20 a 60 mL através do tubo de injeção e conector de canais;
- ✓ Certificar-se da saída do detergente enzimático por todos os canais;
- ✓ Enxaguar e secar o endoscópio:
- ✓ Enxaguar externamente abundantemente e todos os canais com 90 mL de água em cada canal, utilizando o tubo de injeção e o conector de canais, até a remoção completa do detergente enzimático;
- ✓ Injetar ar em todos os canais;
- ✓ Utilizar uma compressa macia para retirar o excesso de umidade do endoscópio e dos acessórios de limpeza antes de proceder a desinfecção de alto nível do mesmo;
- ✓ Iniciar a desinfecção de alto nível:
- ✓ Imergir totalmente o endoscópio na solução desinfetante;
- ✓ Encaixar o conector de canais e o tubo de injeção previamente limpos;

- ✓ Usando uma seringa de 60 mL injetar 90 mL do desinfetante através do conector de canais e tubo de injeção nos canais de ar, água e de sucção;
- ✓ Enquanto o endoscópico estiver submerso, desconecte os acessórios;
- ✓ Mergulhe todo equipamento e mantenha-o na solução desinfetante pelo tempo exato estipulado pelo fabricante através da utilização do temporizador;
- ✓ Encaixe o conector de canais e o tubo de injeção para injetar , no mínimo, 90 mL de ar de forma que remova o desinfetante dos canais de ar, água e sucção;
- ✓ Enxaguar e secar o aparelho:
- ✓ Enxaguar o aparelho em água corrente e irrigar os canais utilizando o conector de canais e o tubo de injeção para garantir a remoção completa dos resíduos químicos do produto;
- ✓ Secar o endoscópio externamente com auxílio de uma compressa macia e internamente com pistola de ar comprimido à pressão em torno de 3,5 Bar;
- ✓ No final da jornada de trabalho, injetar álcool 70% nos canais do equipamento seguido de secagem adicional.
- ✓ Guardar o endoscópio no armário apropriado para o seu armazenamento.
- ✓ No término de cada procedimento:
- ✓ Lavar o recipiente de limpeza com água e detergente enzimático, enxaguar e secar;
- ✓ Lavar, desinfetar, enxaguar com água corrente as escovas, o sistema de limpeza (tubo de injeção e conector de canais) e demais acessórios semicríticos.

Recomendações

- ✓ Sempre usar os EPI's no processo de limpeza e desinfecção do endoscópio;
- ✓ O profissional deverá estar paramentado apenas na sala de limpeza e desinfecção, não devendo circular nos corredores para evitar contaminação;
- ✓ Antes de inicar a limpeza do aparelho, certificar-se de que a tampa de proteção da parte elétrica está corretamente fechada;
- ✓ Sempre enxaguar e secar o aparelho entre a limpeza e a desinfecção;
- ✓ Checar prazo de validade do saneante, realizando sua inativação pelo tempo determinado pelo fabricante dando o devido descarte (quando fora do prazo de validade;
- ✓ Sempre submergir o endoscópio e as válvulas na solução desinfetante;
- ✓ Sempre irrigar todos os canais com uma seringa até eliminar o ar para evitar espaços mortos;
- ✓ Realizar imersão em detergente enzimático de bocais e prolongadores de lidocaína spray, sua limpeza mecânica e desinfecção/ou esterilização de acordo com indicação do fabricante;
- ✓ Cronometrar o tempo de permanência do aparelho no saneante a fim de evitar infecção cruzada;
- ✓ Verificar a atividade da solução desinfetante através da fita teste no início e fim do expediente;
- ✓ Realizar teste de vedação do aparelho antes de cada procedimento endoscópico;

- ✓ Guardar os endoscópios sem as válvulas devedo repor as mesmas no momento de **seu uso;**
- ✓ Nunca armazenar o endoscópio em recipiente de transporte.

IV. Siglas e Definições

Não se aplica.

V. Anexos

- Manual_aparelhos_endoscoopicos.pdf
- https://medical.olympus.com.br/customer-resources/cleaning-disinfection-sterilization
- RESOLUÇÃO-RDC Nº 6, DE 1O- DE MARÇO DE 2013, ART. 3, INSISO V.
- FORMULARIO DE DILUIÇÃO DO DESINFETANTE USADO NO SETOR:

	FORMULÁRIO DE DILUIÇÃO	**Código**: FORM.PLCGO.ENF.001 **Emissão**: 27/01/2023 **Revisão**: 27/01/2023 **Versão**: 00 **Página**: 1 de 2

CONTROLE DIÁRIO DILUIÇÃO DESINFETANTE

Setor: _____ Mês: _____

Desinfetante: _____ Lote: _____ Validade: _____

01	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	Assinatura/carimbo
02	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
03	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
04	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
05	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
06	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
07	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
08	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
09	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
10	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	
11	____ml de desinfetante, ____ Lt de água	RESULTADO ☐ C ☐ NC	

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Debora Alessandra Cordeiro dos santos	Higor da Silva Cabral	Michelly Ribeiro de Jesus

VI. Referências

BRASIL. Resolução RDC n° 6 de 10 de março de 2013. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2013.

OLYMPUS. Manual de reprocessamento de videogastroscópio. OLYMPUS GIF – Q150. 2006.

SOBED – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA. Diretrizes da SOBED: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de aparelhos e acessórios em endoscopia gastrintestinal. Versão 09/09/2017. 107p

SOBEEG – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia Gastrointestinal. Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos. São Paulo: SOBEEG, ANVISA, 2006

ANVISA - Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, 2012.

SOBED – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA. Diretrizes da SOBED: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de aparelhos e acessórios em endoscopia gastrintestinal.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MVPEP
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Calculadora de IMC

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado e recepcionado para atendimento nutricional;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa (modelo de anamnese em anexo);
4. Realizar avaliação antropométrica:

ADULTO/ IDOSO: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua

altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 1 - Tabela de classificação IMC adulto e idoso

Classificação IMC para idosos

IMC	Estado Nutricional
<22	Baixo Peso
22 a 27	Eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz,1994

Classificação IMC para adultos

IMC	Estado Nutricional
≥40	Obesidade Grau III
35,00 a 39,99	Obesidade Grau II
30,00 a 34,99	Obesidade Grau I
25,00 a 29,99	Sobrepeso
18,50 a 24,99	Eutrófico
17,00 a 18,49	Magreza Grau I
16,00 a 16,99	Magreza Grau II
<16,00	Magreza Grau III

Fonte: OMS,1998

CRIANÇA: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 2 - Tabela de classificação IMC infantil sexo masculino

MENINOS

MENINAS

IDADE	ABAIXO DO NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
6	Menor que 14,3	Entre 14,3 e 16,1	Entre 16,2 e 17,4	Maior que 17,4
7	Menor que 14,9	Entre 14,9 e 17,1	Entre 17,2 e 18,9	Maior que 18,9
8	Menor que 15,6	Entre 15,6 e 18,1	Entre 18,2 e 20,3	Maior que 20,3
9	Menor que 16,3	Entre 16,3 e 19,1	Entre 19,2 e 21,7	Maior que 21,7
10	Menor que 17,0	Entre 17,0 e 20,1	Entre 20,2 e 23,2	Maior que 23,2
11	Menor que 17,6	Entre 17,6 e 21,1	Entre 21,2 e 24,5	Maior que 24,5
12	Menor que 18,3	Entre 18,3 e 22,1	Entre 22,2 e 25,9	Maior que 25,9
13	Menor que 18,9	Entre 18,9 e 23,0	Entre 23,1 e 27,7	Maior que 27,7
14	Menor que 19,3	Entre 19,3 e 23,8	Entre 23,9 e 27,9	Maior que 27,9
15	Menor que 19,6	Entre 19,6 e 24,2	Entre 24,3 e 28,8	Maior que 28,8
15	Menor que 19,9	Entre 19,9 e 23,6	Entre 23,7 e 27,7	Maior que 27,7

Figura 3 - Tabela de classificação IMC infantil sexo feminino

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente - Após a conclusão da avaliação física e análise dos dados, será realizado o diagnóstico do estado nutricional do paciente, onde o mesmo entrará nos grupos de classificação e grau de risco.

ALTO RISCO - Paciente que apresenta IMC ≥ Obesidade grau II, mais de 2 patologias crônicas descompensadas e sem acompanhamento devido, uso de medicação contínua e sedentarismo.

MÉDIO RISCO - Paciente que apresente IMC ≥ Obesidade grau I, patologias crônicas controladas e em acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

BAIXO RISCO - Paciente que apresente IMC ≤ Sobrepeso, patologias crônicas em desenvolvimento, porém em início de acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais através de fórmula de Gasto energético e taxa metabólica basal

Figura 4 - Fórmulas de gasto energético

Harris-Benedict – homens	(13,8 x P) + (5 x A) – (6,8 x I) + 66
Harris-Benedict – mulheres	(9,6 x P) + (1,9 x A) – (4,7 x I) + 655

7. Fazer prescrição dietética - plano alimentar individualizado, de acordo com as necessidades calóricas do paciente para obtenção de melhora do quadro e evolução do mesmo, com alimentos que se encaixe dentro da realidade e rotina do paciente;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a necessidade de cada paciente;

9. Solicitar exames bioquímicos quando necessário - quando houver a suspeita de alguma patologia ou para averiguação de melhora do quadro do paciente de forma geral e rotina a cada 6 meses do último realizado. .

10. Solicitar agendamento de retorno via receituário simples;

11. Assinar e carimbar;

12. Realizar encaminhamentos, quando necessário;

13. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

14. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica - entender com o paciente como foi o processo desde a última consulta, avaliando o que foi cumprido e o que não foi para estabelecer novas metas para a melhor evolução do mesmo, conforme formulário em anexo;

2. Realizar investigação dietética - entender o que foi viável cumprir da alimentação proposta com paciente, o que o mesmo conseguiu colocar em prática, o que não foi possível, o motivo e traçar os próximos passos conforme formulário em anexo;

3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal, circunferência da cintura e circunferência de quadril) conforme formulário em anexo;

4. Verificar exames bioquímicos conforme formulário em anexo;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;

6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial e números seguintes de sessões seguintes;

   PACIENTE EM ALTO RISCO - Retornos espaçados a cada 30 dias, com média de 6 a 12 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM MÉDIO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 6 a 8 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM BAIXO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 4 a 6 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

7. Refazer prescrição dietética, se necessário;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a especificidade de cada paciente;

9. Solicitar agendamento de retorno, se ainda for necessário, via receituário simples;

10. Assinar e carimbar;

11. Realizar a evolução do paciente no programa MVPEP, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

12. Anexar formulários e anexos no sistema MVPEP;

13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

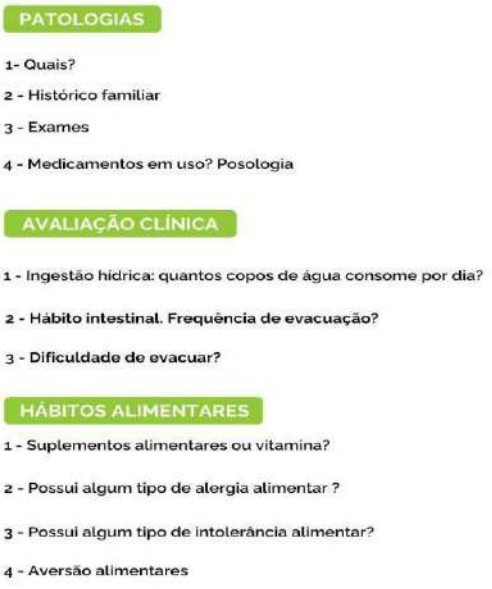
IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

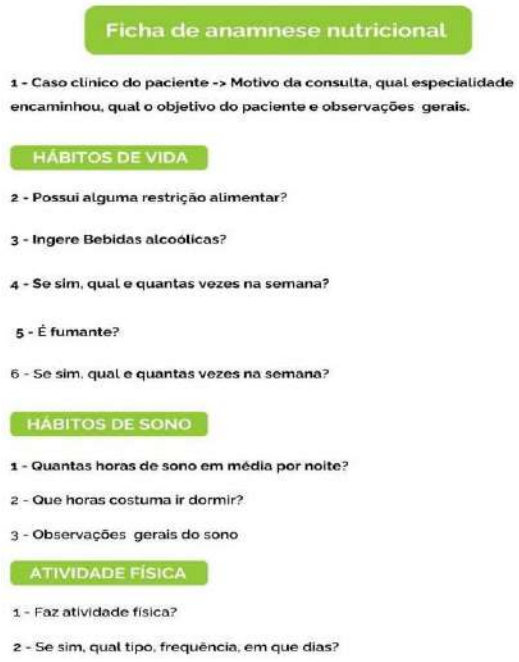
MV PEP - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Figura 1 - Ficha de anamnese nutricional



Proibido Reproduzir



Ficha de anamnese nutricional

1 - Caso clínico do paciente -> Motivo da consulta, qual especialidade encaminhou, qual o objetivo do paciente e observações gerais.

HÁBITOS DE VIDA

2 - Possui alguma restrição alimentar?

3 - Ingere Bebidas alcoólicas?

4 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

5 - É fumante?

6 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

HÁBITOS DE SONO

1 - Quantas horas de sono em média por noite?

2 - Que horas costuma ir dormir?

3 - Observações gerais do sono

ATIVIDADE FÍSICA

1 - Faz atividade física?

2 - Se sim, qual tipo, frequência, em que dias?

Figura 2 - Formulário de retorno

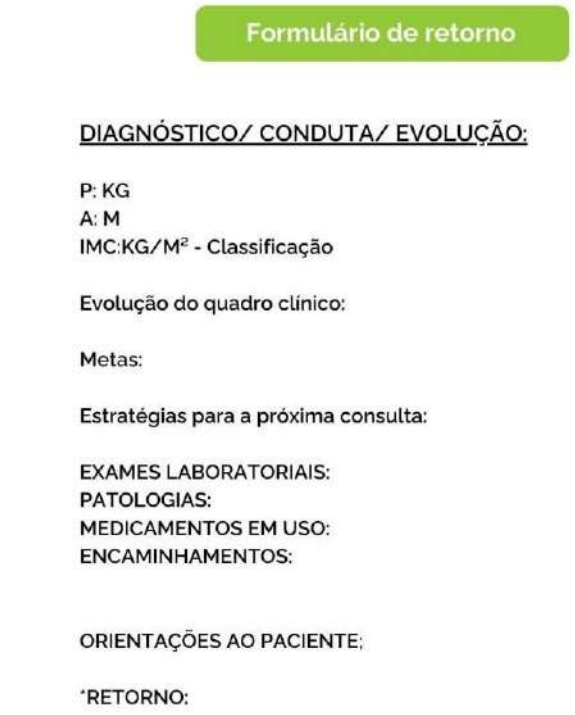
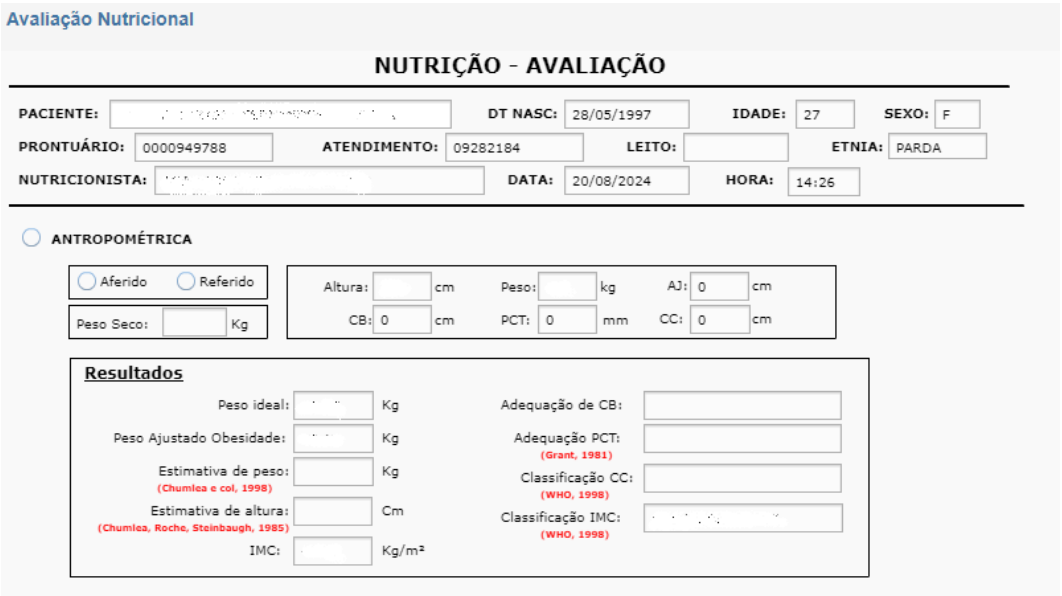


Figura 3 - Quadro de cálculo de IMC e classificação



VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos

Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

Associação Brasileira de Nutrologia.Calculadoras IMC infantil. Disponível em: ABRAN - Associação Brasileira de Nutrologia. Acesso em: 14 de agosto de 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **CRIANÇAS E ADOLESCENTES**			
Responsável: **Ana Karoline A. Pinto**	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.004	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes de cada faixa de idade e sexo disponibilizadas na “Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde) MINISTÉRIO DA SAÚDE”.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);

5. Além do IMC, se necessário, outros índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças em cada faixa de idade e sexo, tanto em percentis como em escores-z através de tabelas padronizadas pela Organização Mundial de Saúde;
6. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
7. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
8. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
9. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
10. Realizar orientações nutricionais;
11. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
12. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
13. Assinar e carimbar;
14. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
15. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
16. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta;
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais

9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos; **Percentil e Score-z -** Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PLC-GO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para gestantes;
Avaliação do **estado** nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional; Avaliação do **traçado** da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de IMC por semana gestacional;
Gráfico de IMC segundo semana de gestação e ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial através de fórmula e tabelas em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

A paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se a paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso a paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (aferição do peso e da estatura da mulher, além do cálculo da semana gestacional. Com esses dados, será determinado o estado nutricional da gestante, tendo como critério prioritário a classificação do IMC por semana gestacional estipulando o possível e adequado ganho de peso até o final da gestação);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com a paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais a paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

1.2 - Retorno

1. Realizar investigação clínica da paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta (a avaliação continuada permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início da gravidez);
4. Verificar exames bioquímicos;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

KG - Quilograma.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimento.

V. Anexos

I. Calcule o IMC da gestante:

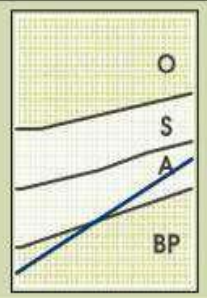
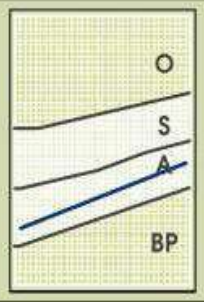
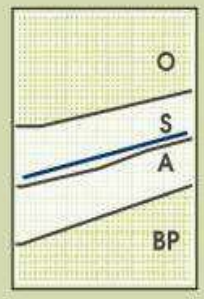
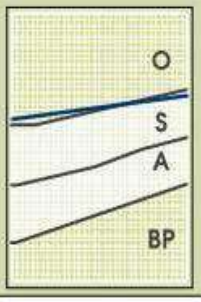
$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 19 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
7	20,0	20,1	25,0	25,1	30,1	30,2
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
9	20,2	20,3	25,1	25,2	30,2	30,3
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,3	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

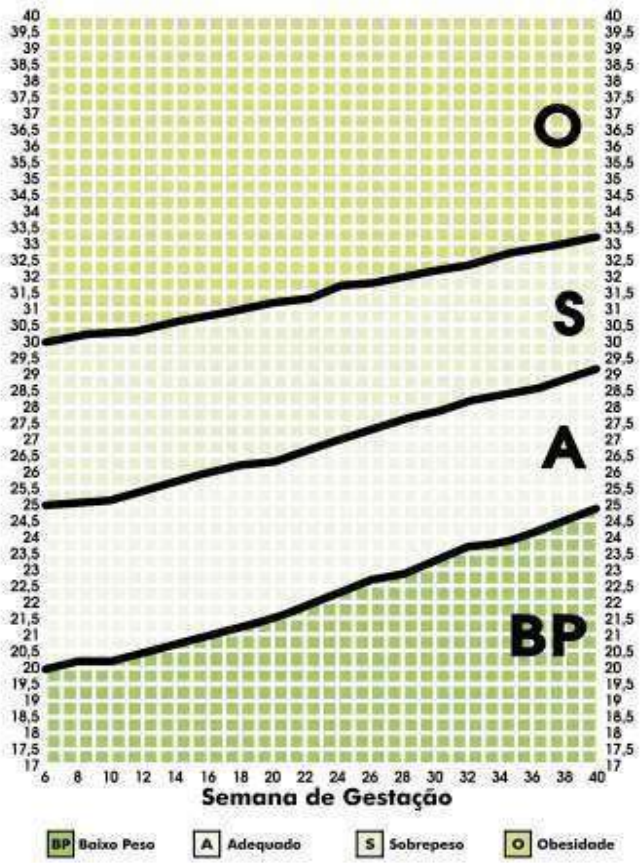
Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 1997)

Quadro 21 - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Estado Nutricional da gestante na 1ª avaliação	Inclinação da curva no Gráfico de IMC por semana gestacional	Exemplo*
Baixo Peso (BP)	A curva de ganho de peso deve apresentar inclinação ascendente maior que a da curva que delimita a parte superior da faixa de estado nutricional Baixo Peso (BP).	
Adequado (A)	A curva deve apresentar inclinação ascendente paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado (A) no gráfico.	
Sobrepeso (S)	A curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico	
Obesidade (O)	A curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).	

* Observação: As linhas em azul foram desenhadas aleatoriamente apenas para exemplificar as possíveis tendências de inclinação das curvas.

Gráfico 2 - Gráfico de Indice de Massa Corporal segundo semana de gestação



Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 2006)

Quadro 20 - Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990)
(WHO, 1995)

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para pacientes com perfil de Avaliação Global. Atendendo de forma ampliada e qualificada os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos usuários, otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; balança, preferencialmente com bioimpedância; Adipômetro Plicômetro.

III. Descrição dos passos da atividade

A Avaliação Global deve ocorrer em espaço adequado à equipe e aos usuários e acompanhantes, devendo ser acessível, possibilitando o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e espaço com iluminação, ventilação e temperaturas confortáveis. O mobiliário deve estar de acordo com a necessidade dos atendimentos realizados.

A equipe multiprofissional será composta pelas categorias profissionais/ campos do saber considerando a (s) linha (s) de cuidado e as respectivas necessidades de complexidade do usuário. Se faz necessário, ainda, que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na unidade, bem como as redes de atenção e apoio social da sua região de abrangência.

Primeira Consulta

1- Recepção do usuário na unidade;

2- Atendimento Social e Avaliação Social com o (a) Assistente Social da unidade (Ficha Social Resumida - ANEXO II);

3- Triagem com a equipe técnica de enfermagem para consulta;

4- Avaliação Global Multiprofissional e Interprofissional;

5- Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário;

6- Discussão do caso sem a presença do paciente e elaboração do Projeto Terapêutico Singular;

7- Devolutiva ao usuário e ao acompanhante;

8- Registro da Avaliação Global no Sistema (prontuário eletrônico);

IV. Siglas e Definições

IMC – Índice de Massa Corporal;
DM – Diabetes Mellitus;
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;
MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
Percentil e Score-z – Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde.

V. Anexos

FORM.PLCGO.SS.001 FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTE CARDIOMETABÓLICO**			
Responsável: **Ana Karoline A. Pinto**	**Código**: POP.PLCGO.NUTRI.001	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Tabelas de curva de crescimento percilt e score -Z

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura)

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência do braço, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Para o cálculo do IMC, adota-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 16 - Pontos de corte estabelecidos para adultos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: (WHO, 1995)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

BRASIL, Telemedicina, Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. 2015. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para idosos, através de fórmula em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;

3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. 7.Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;

11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011.

orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **ATENDIMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**			
Responsável: **André Nunes dos Santos**	**Código**:	**Revisão**:	**Data**: 25/06/2024

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para os atendimentos de terapia ocupacional junto aos pacientes, acompanhantes e familiares na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o profissional frente as demandas apresentadas no dia-a-dia da unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Receber os pacientes no setor de Terapia Ocupacional (TO) no ambulatório multiprofissional;
- Avaliar a capacidade funcional do paciente por meio de testes específicos e os diferentes contextos de desempenho ocupacional, orientando e/ou intervindo, se necessário;
- Utilizar competências inerentes da Terapia Ocupacional durante o atendimento;
- Utilizar os recursos da TO de forma assertiva;
- Treinar atividades básicas de vida diária (alimentação, vestuário, higiene e aparência pessoal, locomoção e comunicação diária), instrumentos de vida diária (uso de telefone, uso de computador), do trabalho e da vida e do lazer;
- Incluir a família no processo terapêutico a fim de obter maior efetividade no tratamento;
- Orientar quanto aos cuidados de desempenho ocupacional em casa;
- Integrar equipe multidisciplinar avaliando e indicando equipamentos e designação para o paciente da postura com vista multidisciplinar;
- Prezar pela conduta ética profissional e zelar pela segurança e bem-estar do paciente;
- Oferecer o feedback do atendimento ao paciente;
- Planejar o retorno do paciente quando necessário;
- Orientar o usuário sobre a rotina de autocuidado e AVD’s em domicílio.

- Orientar aos responsáveis e/ou familiares os cuidados que devem ser tomados em casa;
- Evoluir o atendimento no prontuário eletrônico do paciente, prescrever a consulta de Terapia Ocupacional e encaminhar, quando necessário e de acordo com a demanda do paciente;
- Se em caso de realização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, deve-se, também, prescrever a PICS realizada.

IV. Siglas e Definições

AVD'S – Atividades da Vida Diária;
PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
TO – Terapia Ocupacional;

V. Anexos

Não se aplica**.**

VI. Referências

Figueiredo, M. O., Gomes, L. D., Silva, C. R., & Martinez, C. M. S. (2020). A ocupação e a atividade humana em terapia ocupacional: revisão de escopo na literatura nacional. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(3), 967-982. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1858

Galheigo, S. M. (2020). Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(1), 5-25. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos de atendimentos ambulatoriais do Serviço Ambulatorial de Psicologia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

O serviço de atendimento ambulatorial em psicologia visa oferecer suporte psicológico para os pacientes e/ou acompanhantes que estão sendo acompanhados pelos serviços oferecidos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Os principais objetivos/atribuições do psicólogo ambulatorial são:

a) Acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias bem como suas famílias em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos;

b) Dar o suporte emocional ao paciente e seu familiar durante o tratamento, visando auxiliar na compreensão da vivência do adoecimento, fortalecer as características resilientes, promover maior adesão ao tratamento e viabilizar o enfrentamento do processo de luto;

c) Realizar a alta responsável com o compartilhamento e a transição do cuidado.

O psicólogo ambulatorial da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está incluído dentro da Equipe Multiprofissional. Atuará dentro da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Gestão do Cuidado e na Avaliação Global Interdisciplinar.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

Sobre os parâmetros da assistência psicológica no atendimento ambulatorial, o Conselho Regional de Psicologia 9ª Região Goiás (CRP-09) estabelece:

a) Atendimento ambulatorial: uma (1) psicóloga (o) por jornada de trabalho de seis (6) horas/dia. Para atendimento ao usuário/familiar, estipula-se hora-assistencial de 60 minutos, com 45 minutos destinados à sessão e 15 minutos destinados à leitura e evolução no prontuário e preparo de materiais. Durante uma jornada de trabalho de seis (6) horas, a (o) psicóloga (o) deverá realizar uma média de cinco (5) atendimentos, reservando-se tempo para construção de projeto terapêutico e discussão de caso com outros profissionais, seguindo o princípio da Integralidade.

b) Reunião com os demais membros da equipe: duração mínima de 60 minutos semanais.

c) Grupos psicoterapêuticos/operativos: hora-assistencial de 120 a 150 minutos. Com o mínimo de três (3) e máximo de oito (8) participantes, deve ser coordenado por uma (1) psicóloga (o). Entre nove (9) e máximo de quinze (15) participantes, deve ser coordenado por duas (2) psicólogas (os).

d) Grupos psicoeducativos: hora-assistencial de 90 a 120 minutos. Grupos terapêuticos: quando houver a presença da (o) psicóloga (o), recomenda-se que o grupo tenha duração de 90 a 120 minutos. Com o mínimo de três (3) e máximo de oito (8) participantes, deve ser coordenado por uma (1) profissional de saúde, entre nove (9) e máximo de vinte (20) participantes, deve ser coordenado por no mínimo duas (2) profissionais de saúde.

- **Entrada do paciente na unidade**

Paciente ao ser regulado no município de origem pela sua Secretaria de Saúde, será agendado para as unidades policlínicas estaduais das quais tiverem vaga para tal procedimento ou serviço solicitado. Ao chegarem na unidade, serão recepcionados para os serviços agendados. Os atendimentos ambulatoriais de psicologia podem ser realizados por meio de encaminhamentos e agendamentos diretos da regulação ou por meio de interconsultas dos profissionais da equipe médica ou da equipe de Assistência multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

- **Atendimento Psicológico Ambulatorial**

Após o paciente ser recepcionado, ele é encaminhado à sala de atendimento psicológico, podendo haver necessidade de acompanhante dependendo do paciente (idade, dificuldade da comunicação, entre outras).

Neste primeiro momento é realizado uma anamnese exploratória, via entrevista individual e/ou com a presença de acompanhante, onde serão coletados dados iniciais sobre traços de personalidade e aspectos biopsicossociais atuais do paciente, demanda e/ou necessidade de encaminhamentos a outros serviços/especialidades; neste momento também é visado acolher o indivíduo dentro de suas necessidades, oferecer uma escuta qualificada e empática, além da facilitação na expressão emoções, sentimentos e sentidos envolvendo principalmente o adoecimento/diagnóstico.

Conforme este momento é verificado a necessidade e ofertado a continuidade do acompanhamento psicológico e o retorno à unidade ou encaminhamento para outros serviços.

Em caso de definição para acompanhamento psicológico, será delimitado o foco de trabalho e orientado o paciente quanto ao Contrato Terapêutico (CT).

O CT será realizado de forma verbal onde será acordado com o paciente e/ou acompanhante a frequência de atendimentos, os horários possíveis, o foco do trabalho terapêutico e os critérios de permanência ao acompanhamento psicológico (faltas, justificativas e etc).

O foco de trabalho terapêutico é definido a partir dos aspectos psicoemocionais observados em anamneses que tenham relação com o adoecimento e suas implicações, assim como as circunstâncias em que o estado psíquico e contexto familiar do paciente venham a interferir na evolução do tratamento desenvolvido pela equipe multiprofissional. Também é definido o plano terapêutico a partir da necessidade observada na demanda.

Após é entregue ao paciente e/ou acompanhante um receituário simples para o agendamento de retorno ao atendimento à ser entregue à recepção.

Em casos de encaminhamento/transição de cuidados para outros serviços compostos na rede de saúde municipal de origem do paciente, realizar-se-á orientações correspondentes e entrega do encaminhamento devido ao paciente e/ou acompanhante.

Realizar encaminhamento do paciente a outros serviços assistenciais em Psicologia especializados quando:

a) Houver alta pela equipe multiprofissional e ainda se verificar demanda psicológica com critério de assistência pela Atenção Básica e/ou psicoterapia (tratamento de longo prazo);
b) Apresentar transtorno psiquiátrico grave com sintomas psicóticos;
c) Apresentar dependência química;
d) Apresentar transtorno psiquiátrico grave com ideação suicida;
e) Realizar encaminhamento a outros profissionais da equipe de saúde multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa quando identificados aspectos na demanda direcionados a outras especialidades, visando a assistência integral ao paciente, por meio de interconsulta.

- **Observações:**

1. Realizar atendimentos individuais ao paciente, excepcionalmente sob a presença de acompanhante, caso seja verificada necessidade de interlocução para a efetivação da comunicação e/ou de acordo com o objetivo de trabalho.
2. Os agendamentos de retorno, junto ao paciente, serão efetivados diretamente pelo profissional de Psicologia, de acordo com a necessidade do caso e disponibilidade de agenda, ficando a secretária do setor da equipe multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa responsável por inserir o paciente no sistema MV.
3. Realizar registro de atendimento com data, assinatura, carimbo e evolução no sistema MV da unidade.
4. Há a possibilidade de realizar atendimento ao usuário conjuntamente com outros profissionais da equipe de saúde, quando necessário, visando a assistência integral ao paciente.
5. Realizar discussão de caso clínico com outros profissionais da equipe de saúde, visando a assistência integral ao paciente.

- **Alta psicológica**

Realizar alta ambulatorial pela Psicologia quando:

a) Em caso de alta proveniente de outras especialidades da equipe multiprofissional, encarregadas do acompanhamento terapêutico, e se verifique ausência de demanda coerente com o foco de trabalho desta instituição e/ou se verifique condições psíquicas para alta psicológica;
b) Seja verificada a resolução da demanda inicial, conforme delimitação do foco de trabalho;
c) Caso seja verificada necessidade e/ou importância de continuidade de um acompanhamento psicológico em vertentes diferentes do foco inicial, deverá ser realizado encaminhamento para serviço de Atenção Básica Assistência Psicossocial especializada.
d) Após comunicação ao paciente de alta psicológica e encerramento do acompanhamento pelo profissional de psicologia, este deverá registar no sistema eletrônico MV.

- **Registro documentais**

Os registros documentais do atendimento são realizados por meio do Sistema MV no computador da sala de atendimento psicológico. Neste sistema há um lugar específico para se redigir as evoluções dos atendimentos, consulta do prontuário, elaboração de documentos psicológicos (laudos, atestados, entre outros), encaminhamentos necessários assim como anexar documentos.

O registro documental segue as orientações da Resolução CFP Nº 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia (Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos) orientando o registro de:

I - Identificação do usuário/instituição;
II - Avaliação de demanda e definição de objetivos do trabalho;
III -Registro da evolução do trabalho, de modo a permitir o conhecimento do mesmo e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados;
IV - Registro de Encaminhamento ou Encerramento;
V -Documentos resultantes da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica deverão ser arquivados em pasta de acesso exclusivo do psicólogo.
VI - Cópias de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado, deverão ser arquivadas, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário.

Mais especificamente sobre o atendimento psicológico em equipe multidisciplinar, ressalta:

Art. 6º. Quando em serviço multiprofissional, o registro deve ser realizado em prontuário único. Parágrafo único. Devem ser registradas apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho.

Sendo contemplado na evolução dos atendimentos realizados no ambulatório de psicologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a as informações sobre:

1. Tipo de atendimento: atendimento psicológico individual ambulatorial; atendimento psicológico ambulatorial com paciente e acompanhante;
2. Evolução: breve relato das informações fornecidas pelo paciente, cuidador e familiares; breve avaliação do quadro de saúde do paciente; reações frente o adoecimento e demais informações pertinentes, sempre observando o sigilo.
3. Condutas: conforme abordagem e demanda apresentada, são oferecidas condutas psicológicas científicas e aprovadas pelo Conselho Federal de Psicologia.
4. Encaminhamento/transição de cuidados: descrição de qual foi o encaminhamento realizado (retorno à unidade, encaminhamento à serviços da rede municipal, interconsulta, entre outros).

IV. Siglas e Definições

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
CT - Contrato Terapêutico
NIA - Núcleo Interno de Atendimento
PLC-GO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;

V. Anexos

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NÃO EVENTUAL E/OU AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Eu, _____,
data de nascimento: ____/____/____, portador (a) do documento de identidade nº: _____, domiciliado à:_____
_____
____, responsável legal pelo (a) criança/adolescente:_____
_____
__, data de nascimento:____/____/____, portador (a) do documento de identidade/certidão de nascimento nº:_____, autorizo a (o) profissional _____, psicóloga (o) sob registro CRP _____ a realizar acompanhamento psicológico não eventual, bem como a realizar as avaliações psicológicas pertinentes e os encaminhamentos cabíveis. Todas as avaliações, intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial, serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

Sem mais,

_____, ____/____/_____

_____
Responsável legal pela Criança e/ou Adolescente

_____
Nome Completo com Registro e o carimbo da(o) Psicóloga(o)

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo); Observação: esta autorização deverá estar em papel timbrado da instituição pública ou privada.

VI. Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CFP. **Resolução CFP Nº 001/2009.** Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Conselho Federal de Psicologia, Brasília 2009. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf>. Acesso e:m 28 Jan 2021.

CRP-09. **Nota técnica Nº 003/2019.** Estabelece Parâmetros de Assistência Psicológica em Contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde . Conselho Regional de Psicologia 9ª Região Goiás (CRP-09), 2019. Disponível em<http://www.crp09.org.br/portal/images/noticias/2019/NOTATECNICACRP09Nz32019_PARAMETROSDEASSISTENCIAPSICOLOGICANASAUDE.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2021.

QUEIROZ, E.; Araújo, T. C. C. F. de. (2009). **Trabalho de Equipe em Reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. Brasília: Paideia, vol. 19, nº43 (pp. 177-187) Universidade de Brasília.

DOMINGOS, T. B. **Um Processo para Analise de Segurança em Software**. 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado em Computação) - Departamento de Computação, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2000.

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para as abordagens do Serviço Social junto aos pacientes, acompanhantes e familiares na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o assistente social nas abordagens de acolhimento e acompanhamento social junto aos pacientes e seus acompanhantes durante sua passagem para consultas e exames na unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

O trabalho do assistente social na saúde é pautado por alguns processos de atendimentos descritos abaixo para melhor compreender a realidade que está inserido o sujeito / paciente e identificar possíveis aspectos que comprometam sua condição de saúde/ doença, aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento proposto e demais situações que possam ir na direção contrária a garantia de direitos sociais do sujeito/ paciente. A saber:

- **Acompanhamento Social:** Procedimento técnico realizado no Serviço Social, de caráter continuado, por período de tempo determinado correlato ao tratamento dos pacientes da unidade, no qual, via de regra, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. No processo de acompanhamento podem ser realizadas várias atividades, procedimentos e técnicas a depender da complexidade da realidade social e condição de saúde do paciente.
- **Atendimento Social:** Ação sócio assistencial voltada para a resolutividade das demandas dos usuários do Serviço Social. Envolve vários procedimentos e atividades do setor.
- **Busca Ativa:** Atividade realizada no âmbito do Serviço Social com o propósito de identificar potenciais usuários do setor para inseri-los na rede de atendimento sócio assistencial.
- **Demanda Social:** Manifestação de necessidades, apresentadas explicitamente pelo usuário ou identificadas pelo assistente social, que exigem intervenções de natureza sócio assistencial interna ou externa à unidade onde se realiza o atendimento.

- **Encaminhamento Social:** Procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços na unidade onde se realiza o atendimento ou junto aos órgãos competentes pela satisfação das necessidades do paciente. Os encaminhamentos devem ser feitos para rede de apoio sócio assistencial quando houver alguma necessidade de proteção, prevenção de riscos sociais e quando houver situações de violações de direito sociais individuais ou coletivos, a saber:
    a) Mulheres vítimas de violência devem ser encaminhadas ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    b) Crianças e adolescentes em situação de violação de direitos devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar (CT) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    c) Indivíduos em situação de risco social devem ser encaminhados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
    d) Situações de violação aos direitos humanos podem ser notificadas através do telefone 180.
    e) Situações não previstas neste item devem ser articuladas com Assistente Social RT e com a rede de proteção da municipalidade do paciente/ usuário.
- **Entrevista Social:** Técnica utilizada no Serviço Social junto aos pacientes da unidade para levantamento e registro de informações que possibilitem o reconhecimento de suas demandas sociais, vulnerabilidades, contexto familiar e comunitário. Objetivando compor o histórico de vida do paciente e orientar o profissional na definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados durante seu acompanhamento social.
- **Orientação Social:** Atividade de repasse de informações que auxilie o paciente ou seu acompanhante a acessar a rede de atendimento das políticas públicas para a satisfação das suas demandas sociais.
- **Violação de Direitos:** Atentado aos direitos do cidadão, por ação ou omissão, que infrinja norma ou disposição legal, ou contratual, podendo se dar através de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão.
- **Violência Doméstica:** Todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis, contra criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, ou por um cônjuge contra o outro, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima.
- **Vulnerabilidade Social:** Pacientes e acompanhantes com relatos que apontam indícios de contexto individual ou familiar de situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, insegurança alimentar, fragilização de vínculos familiares e comunitários em decorrência das discriminações etárias, étnicas, de

gênero, por deficiência, intolerância religiosa, orientação sexual e discriminações correlatas; e pacientes com vínculos familiares rompidos e sem rede de apoio cuja condição de saúde aguda ou crônica aponte para as necessidades de acompanhamento prolongado e cuidado compartilhado.

-

DOS PROCEDIMENTOS:

- Identificar-se com nome e profissão;
- Dar as boas-vindas aos pacientes e acompanhantes;
- Contextualizar a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e pontuar as especialidades médicas, os exames disponíveis e o seu papel na assistência à saúde junto às Unidades Básicas de Saúde das microrregiões atendidas e seu suporte fundamental junto à atenção terciária;
- Explicar o passo a passo de como a população pode acessar os serviços da Policlínica a partir das Unidades Básicas de Saúde de referência domiciliar da/o paciente. A saber:
  O acesso se dá através do atendimento inicial em uma Unidade Básica de Saúde no território do paciente, onde será apresentado ao médico da unidade suas queixas e posteriormente, caso necessário referenciado para especialidade médica compatível à sua necessidade. Com isso, o paciente deve procurar a Central de Regulação do seu município para regular via Sistema Estadual de Regulação o seu pedido, aguardando assim a vaga ser disponibilizada na rede de atenção à saúde.
- Estimular pacientes e seus acompanhantes a buscarem, em caso de necessidade, os serviços de saúde disponíveis na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a partir de encaminhamentos da atenção básica;
- Estimular pacientes e acompanhantes a se reconhecerem como sujeitos de direitos conscientizando-os sobre os Direitos e Deveres dos Pacientes;

DIREITOS	DEVERES
Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os colaboradores, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação;	Respeitar o direito dos demais pacientes, colaboradores e prestadores de serviço da unidade, que deverão ser tratados com cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes; utilizando-se do canal de comunicação disponível (ouvidoria) para exercer o seu direito de apresentar reclamações.

Ser identificado pelo seu nome e sobrenome ou nome social e não pelo nome de sua doença, número ou qualquer outra forma;	Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio da instituição colocado a sua disposição;
Ter seus valores e crenças respeitados dentro dos preceitos legais	Portar todos os documentos necessários para autorização da consulta e ou exame e ou procedimento.
Poder identificar as pessoas responsáveis por cada serviço, por meio de uniformes, crachás legíveis, posicionados em lugar de fácil visualização, com fotografia, nome e função.	Respeitar as normas e diretrizes institucionais.
Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, assegurada em qualquer momento do atendimento.	Estar acompanhado de uma pessoa acima de 18 anos e menor de 60 quando solicitado.
Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações através da garantia do sigilo ético profissional dos colaboradores da unidade.	Expressar se entendeu as informações recebidas e fazer perguntas em caso de dúvidas.
Receber informações nítidas e objetivas a respeito de sua doença ou proposta diagnóstica do tratamento.	Zelar pela sua saúde. Observar todas as recomendações e instruções que lhe foram transmitidas pelos profissionais que lhe prestaram ou que estão prestando atendimento, assumindo as consequências da não observação de tais instruções.
Ser orientado sobre os riscos, benefícios e alternativas dos tratamentos e procedimentos que será submetido.	Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias e outras condições de saúde.
Ter acesso a cópia do prontuário de acordo com as normas da instituição podendo consulta-lo a qualquer momento, mesmo após o seu arquivamento pelo prazo estipulado em lei.	Deixar seus pertences com pessoas de sua confiança, sendo vedado a qualquer profissional da instituição a guarda de tais itens.
Solicitar esclarecimento sobre qualquer documento e ou formulário que lhe for solicitado assinatura.	Respeitar a proibição de não fumar nas dependências da unidade.
Ser orientado, informado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu autocuidado na continuidade do tratamento em domicílio.	Respeitar a proibição de não se alimentar nos ambulatórios.
Consentir ou recusa, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação sobre procedimentos, diagnósticos, planos terapêuticos e avaliações clínicas realizadas.	Tratando-se de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente acima relacionado deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.
Receber o adequado tratamento para minimizar o sofrimento de acordo com as possibilidades disponíveis.	
Receber, quando solicitado, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que lhe serão administrados, sua origem e prazo de validade.	

Ter acesso ao setor de Ouvidoria para apresentar sugestões, elogios e reclamações, sendo respeitado sua privacidade, o sigilo e caráter confidencial. Receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

- Estimular pacientes e acompanhantes a avaliarem a qualidade do atendimento prestado na Policlínica participando da Pesquisa de Satisfação do Paciente disponível nas Recepções da Instituição - ressaltando que a avaliação é fundamental no aprimoramento dos serviços públicos, fortalece o controle social democrático e que não acarreta represálias;
- Convidar a/o paciente de primeiro atendimento para participar da Entrevista Social, explicando o objetivo da entrevista e o seu papel no mapeamento de como os determinantes sociais da saúde influenciam e/ou condicionam no seu processo de saúde-doença (deixando claro a não obrigatoriedade da participação);
- Em caso de violação de direitos ou diante de contextos de vulnerabilidade social a/o assistente social deverá prestar orientações de como o paciente e/ou seu acompanhante devem proceder para reclamarem seus direitos junto aos órgãos e instituições competentes;
- Ainda em caso de violação de direitos e/ou diante de contextos de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar os encaminhamentos possíveis e cabíveis junto aos órgãos e instituições competentes mediante recursos disponíveis via contatos telefônicos e/ou virtuais (e-mail institucional). Junto aos pacientes de atendimento recorrente (atendimentos de retorno), em se tratando daqueles em situação de violação de direitos ou de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar acompanhamento social mediante entrevista breve e escuta ativa no intuito de verificar se houve alteração na realidade social do paciente e, em sendo necessário, prestar-lhe novas orientações e realizar novos encaminhamentos no intuito de atender suas demandas sociais;
- Registrar a abordagem social no sistema no intuito de alimentar o prontuário social do paciente e, na medida do possível, nos instrumentais técnicos de sistematização da prática profissional do Serviço Social.
- Em caso de Avaliação Global o paciente deverá chegar a unidade na data e hora agendada, ser recepcionado na recepção de cadastro, passar por acolhimento/ triagem, posteriormente deve, antes do início da Avaliação Global, passar por atendimento com o Serviço Social no intuito de conhecer os aspectos sociais que estão intrínsecos ao processo de saúde/ doença do paciente, de modo a garantir maior efetividade e adesão do tratamento que será proposto pelos demais membros da equipe multiprofissional;

- Ainda sobre a Avaliação Global, o/a Assistente Social deve preencher documento de entrevista social e entregar ao paciente com as informações necessárias que podem auxiliar ou comprometer o plano terapêutico proposto na Avaliação Global (documento em anexo);
- **As informações devem estar explicitamente registradas em prontuário eletrônico do paciente, zelando pelo sigilo profissional quanto as informações prestadas e considerando a importância do preenchimento do documento de "ANAMNESE SOCIAL" no MV PEP.**

IV. Siglas e Definições

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.
ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
APS: Atenção Primária em Saúde.
BPC: Benefício de Prestação Continuada.
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
CEO: Centro Especializado de Odontologia.
CER: Centro Especializado em Reabilitação.
CP – Cuidados Paliativos.
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social.
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.
DSS – Determinantes Sociais da Saúde.
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990).
ESF – Estratégia Saúde da Família.
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.
LEP – Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/1984).
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.
PAEFI – Serviço de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos.
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (2014).
PNH – Política Nacional de Humanização do SUS.
PTS – Projeto Terapêutico Singular.
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993).

LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990).

RAS – Rede de Atenção à Saúde.

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

SAE – Serviço de Assistência Especializada.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SCFV – Serviço de Fortalecimento de Vínculo.

SGQ – Setor de Gestão da Qualidade.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UESF – Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

V. Anexos

POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO			
Título: **AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA – AVALIAÇÃO GLOBAL**			
Responsável: **André Nunes dos Santos**	**Código**: FOR.SSO.001	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

PACIENTE:	DN:
ENDEREÇO:	

OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS
Informações importantes sobre o contexto familiar, social, cultural e econômico do usuário.

_____, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura e carimbo

Proibido Reproduzir	Página 1 de 1

VI. Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da Assistência Social**: ASCOM, 2007. 132 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: L7210 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: L8069 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: L8662 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: L8742 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: L10741 (planalto.gov.br) Acesso em 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: L13146 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Código de Ética Profissional dos assistentes sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CFESS. Orientação Normativa 04/2020, de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre o sigilo profissional e a participação de assistente social como testemunha ou perito/a em processos que envolvam usuário/a. Disponível em: Microsoft Word - Orientação normativa 4.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.
Disponível em: Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Disponível em: Microsoft Word - RESOLUCAO 383-99.doc (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Disponível em: Microsoft Word - Resolução 533.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 443, de 23 de maio de 2003. Institui procedimentos para a realização de desagravo público e regulamenta a alínea “E” do artigo 2º do Código de Ética do assistente social / altera e revoga a resolução CFESS nº 294, de 04 de junho de 1994. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 . Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 556, de 15 de setembro de 2009. Procedimentos para efeito da lacração do material técnico e material técnico sigiloso do Serviço Social. Disponível em: Resolucao_CFESS_556-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: Resolucao_CFESS_557-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para gestantes;
Avaliação do **estado** nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional; Avaliação do **traçado** da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de IMC por semana gestacional;
Gráfico de IMC segundo semana de gestação e ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial através de fórmula e tabelas em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

A paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se a paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso a paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (aferição do peso e da estatura da mulher, além do cálculo da semana gestacional. Com esses dados, será determinado o estado nutricional da gestante, tendo como critério prioritário a classificação do IMC por semana gestacional estipulando o possível e adequado ganho de peso até o final da gestação);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com a paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais a paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

1.2 - Retorno

1. Realizar investigação clínica da paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta (a avaliação continuada permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início da gravidez);
4. Verificar exames bioquímicos;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

KG - Quilograma.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimento.

V. Anexos

I. Calcule o IMC da gestante:

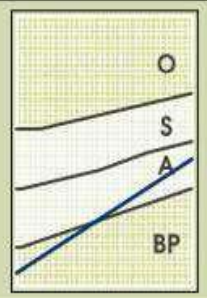
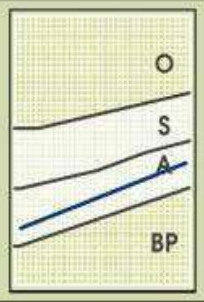
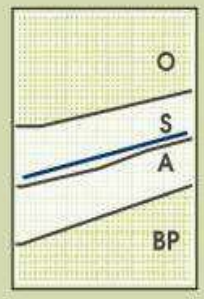
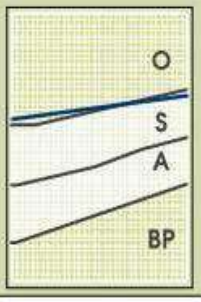
$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 19 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
7	20,0	20,1	25,0	25,1	30,1	30,2
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
9	20,2	20,3	25,1	25,2	30,2	30,3
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,3	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

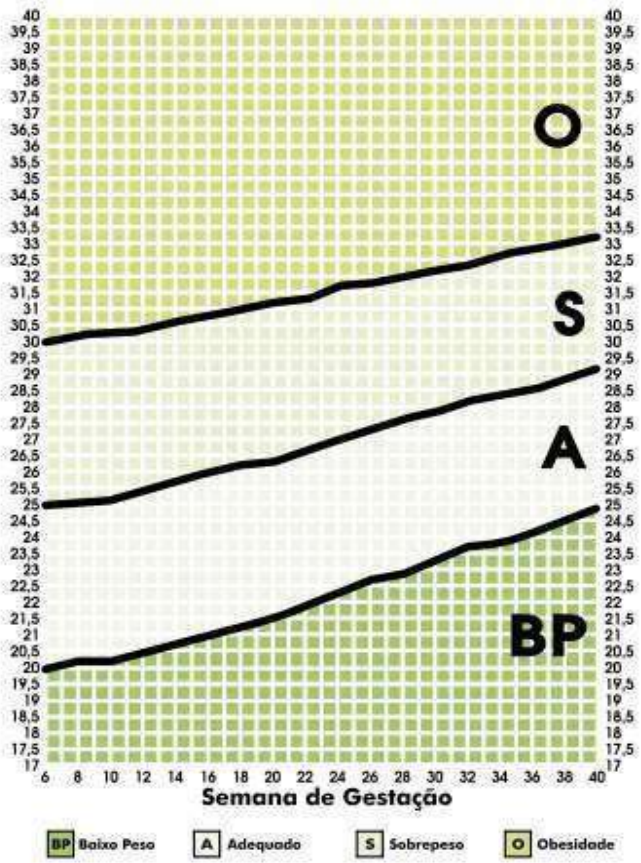
Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 1997)

Quadro 21 - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Estado Nutricional da gestante na 1ª avaliação	Inclinação da curva no Gráfico de IMC por semana gestacional	Exemplo*
Baixo Peso (BP)	A curva de ganho de peso deve apresentar inclinação ascendente maior que a da curva que delimita a parte superior da faixa de estado nutricional Baixo Peso (BP).	
Adequado (A)	A curva deve apresentar inclinação ascendente paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado (A) no gráfico.	
Sobrepeso (S)	A curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico	
Obesidade (O)	A curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).	

* Observação: As linhas em azul foram desenhadas aleatoriamente apenas para exemplificar as possíveis tendências de inclinação das curvas.

Gráfico 2 - Gráfico de Indice de Massa Corporal segundo semana de gestação



Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 2006)

Quadro 20 - Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990)
(WHO, 1995)

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para pacientes com perfil de Avaliação Global. Atendendo de forma ampliada e qualificada os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos usuários, otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; balança, preferencialmente com bioimpedância; Adipômetro Plicômetro.

III. Descrição dos passos da atividade

A Avaliação Global deve ocorrer em espaço adequado à equipe e aos usuários e acompanhantes, devendo ser acessível, possibilitando o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e espaço com iluminação, ventilação e temperaturas confortáveis. O mobiliário deve estar de acordo com a necessidade dos atendimentos realizados.

A equipe multiprofissional será composta pelas categorias profissionais/ campos do saber considerando a (s) linha (s) de cuidado e as respectivas necessidades de complexidade do usuário. Se faz necessário, ainda, que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na unidade, bem como as redes de atenção e apoio social da sua região de abrangência.

Primeira Consulta

1- Recepção do usuário na unidade;

2- Atendimento Social e Avaliação Social com o (a) Assistente Social da unidade (Ficha Social Resumida - ANEXO II);

3- Triagem com a equipe técnica de enfermagem para consulta;

4- Avaliação Global Multiprofissional e Interprofissional;

5- Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário;

6- Discussão do caso sem a presença do paciente e elaboração do Projeto Terapêutico Singular;

7- Devolutiva ao usuário e ao acompanhante;

8- Registro da Avaliação Global no Sistema (prontuário eletrônico);

IV. Siglas e Definições

IMC – Índice de Massa Corporal;
DM – Diabetes Mellitus;
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;
MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
Percentil e Score-z – Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde.

V. Anexos

FORM.PLCGO.SS.001 FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTE CARDIOMETABÓLICO**			
Responsável: **Ana Karoline A. Pinto**	**Código**: POP.PLCGO.NUTRI.001	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Tabelas de curva de crescimento percilt e score -Z

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura)

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência do braço, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Para o cálculo do IMC, adota-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 16 - Pontos de corte estabelecidos para adultos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: (WHO, 1995)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

BRASIL, Telemedicina, Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. 2015. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **IDOSO CARDIOMETABÓLICO**			
Responsável: **Ana Karoline A. Pinto**	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.002	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para idosos, através de fórmula em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;

3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. 7.Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;

11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011.

orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **CONSULTAS AMBULATORIAIS DE NUTRIÇÃO**			
Responsável: **Ana Karoline A. Pinto**	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.003	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MVPEP
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Calculadora de IMC

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado e recepcionado para atendimento nutricional;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa (modelo de anamnese em anexo);
4. Realizar avaliação antropométrica:

ADULTO/ IDOSO: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua

altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 1 - Tabela de classificação IMC adulto e idoso

Classificação IMC para idosos

IMC	Estado Nutricional
<22	Baixo Peso
22 a 27	Eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz,1994

Classificação IMC para adultos

IMC	Estado Nutricional
≥40	Obesidade Grau III
35,00 a 39,99	Obesidade Grau II
30,00 a 34,99	Obesidade Grau I
25,00 a 29,99	Sobrepeso
18,50 a 24,99	Eutrófico
17,00 a 18,49	Magreza Grau I
16,00 a 16,99	Magreza Grau II
<16,00	Magreza Grau III

Fonte: OMS,1998

CRIANÇA: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 2 - Tabela de classificação IMC infantil sexo masculino

MENINOS

MENINAS

IDADE	ABAIXO DO NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
6	Menor que 14,3	Entre 14,3 e 16,1	Entre 16,2 e 17,4	Maior que 17,4
7	Menor que 14,9	Entre 14,9 e 17,1	Entre 17,2 e 18,9	Maior que 18,9
8	Menor que 15,6	Entre 15,6 e 18,1	Entre 18,2 e 20,3	Maior que 20,3
9	Menor que 16,3	Entre 16,3 e 19,1	Entre 19,2 e 21,7	Maior que 21,7
10	Menor que 17,0	Entre 17,0 e 20,1	Entre 20,2 e 23,2	Maior que 23,2
11	Menor que 17,6	Entre 17,6 e 21,1	Entre 21,2 e 24,5	Maior que 24,5
12	Menor que 18,3	Entre 18,3 e 22,1	Entre 22,2 e 25,9	Maior que 25,9
13	Menor que 18,9	Entre 18,9 e 23,0	Entre 23,1 e 27,7	Maior que 27,7
14	Menor que 19,3	Entre 19,3 e 23,8	Entre 23,9 e 27,9	Maior que 27,9
15	Menor que 19,6	Entre 19,6 e 24,2	Entre 24,3 e 28,8	Maior que 28,8
15	Menor que 19,9	Entre 19,9 e 23,6	Entre 23,7 e 27,7	Maior que 27,7

Figura 3 - Tabela de classificação IMC infantil sexo feminino

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente - Após a conclusão da avaliação física e análise dos dados, será realizado o diagnóstico do estado nutricional do paciente, onde o mesmo entrará nos grupos de classificação e grau de risco.

ALTO RISCO - Paciente que apresenta IMC ≥ Obesidade grau II, mais de 2 patologias crônicas descompensadas e sem acompanhamento devido, uso de medicação contínua e sedentarismo.

MÉDIO RISCO - Paciente que apresente IMC ≥ Obesidade grau I, patologias crônicas controladas e em acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

BAIXO RISCO - Paciente que apresente IMC ≤ Sobrepeso, patologias crônicas em desenvolvimento, porém em início de acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais através de fórmula de Gasto energético e taxa metabólica basal

Figura 4 - Fórmulas de gasto energético

Harris-Benedict – homens	(13,8 x P) + (5 x A) – (6,8 x I) + 66
Harris-Benedict – mulheres	(9,6 x P) + (1,9 x A) – (4,7 x I) + 655

7. Fazer prescrição dietética - plano alimentar individualizado, de acordo com as necessidades calóricas do paciente para obtenção de melhora do quadro e evolução do mesmo, com alimentos que se encaixe dentro da realidade e rotina do paciente;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a necessidade de cada paciente;

9. Solicitar exames bioquímicos quando necessário - quando houver a suspeita de alguma patologia ou para averiguação de melhora do quadro do paciente de forma geral e rotina a cada 6 meses do último realizado. .

10. Solicitar agendamento de retorno via receituário simples;

11. Assinar e carimbar;

12. Realizar encaminhamentos, quando necessário;

13. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

14. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica - entender com o paciente como foi o processo desde a última consulta, avaliando o que foi cumprido e o que não foi para estabelecer novas metas para a melhor evolução do mesmo, conforme formulário em anexo;

2. Realizar investigação dietética - entender o que foi viável cumprir da alimentação proposta com paciente, o que o mesmo conseguiu colocar em prática, o que não foi possível, o motivo e traçar os próximos passos conforme formulário em anexo;

3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal, circunferência da cintura e circunferência de quadril) conforme formulário em anexo;

4. Verificar exames bioquímicos conforme formulário em anexo;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;

6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial e números seguintes de sessões seguintes;

   PACIENTE EM ALTO RISCO - Retornos espaçados a cada 30 dias, com média de 6 a 12 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM MÉDIO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 6 a 8 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM BAIXO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 4 a 6 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

7. Refazer prescrição dietética, se necessário;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a especificidade de cada paciente;

9. Solicitar agendamento de retorno, se ainda for necessário, via receituário simples;

10. Assinar e carimbar;

11. Realizar a evolução do paciente no programa MVPEP, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

12. Anexar formulários e anexos no sistema MVPEP;

13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

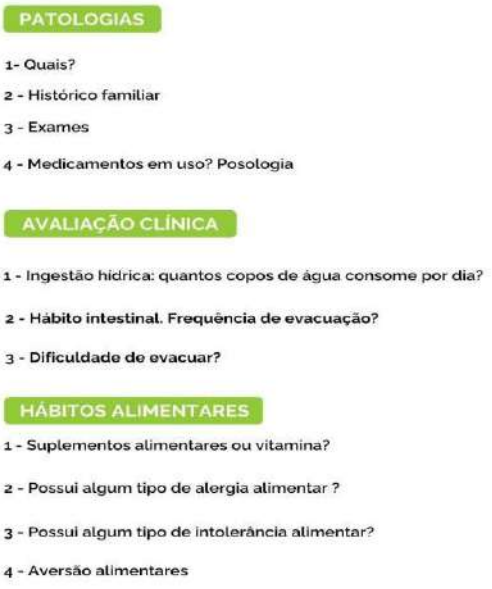
IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

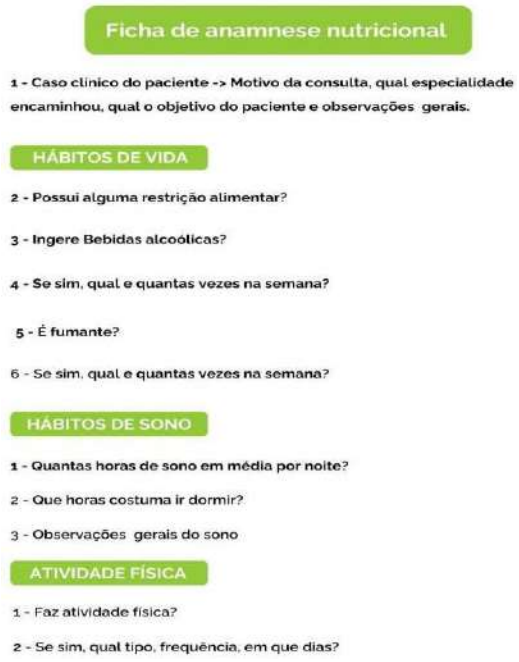
MV PEP - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Figura 1 - Ficha de anamnese nutricional



Proibido Reproduzir



Ficha de anamnese nutricional

1 - Caso clínico do paciente -> Motivo da consulta, qual especialidade encaminhou, qual o objetivo do paciente e observações gerais.

HÁBITOS DE VIDA

2 - Possui alguma restrição alimentar?

3 - Ingere Bebidas alcoólicas?

4 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

5 - É fumante?

6 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

HÁBITOS DE SONO

1 - Quantas horas de sono em média por noite?

2 - Que horas costuma ir dormir?

3 - Observações gerais do sono

ATIVIDADE FÍSICA

1 - Faz atividade física?

2 - Se sim, qual tipo, frequência, em que dias?

Figura 2 - Formulário de retorno

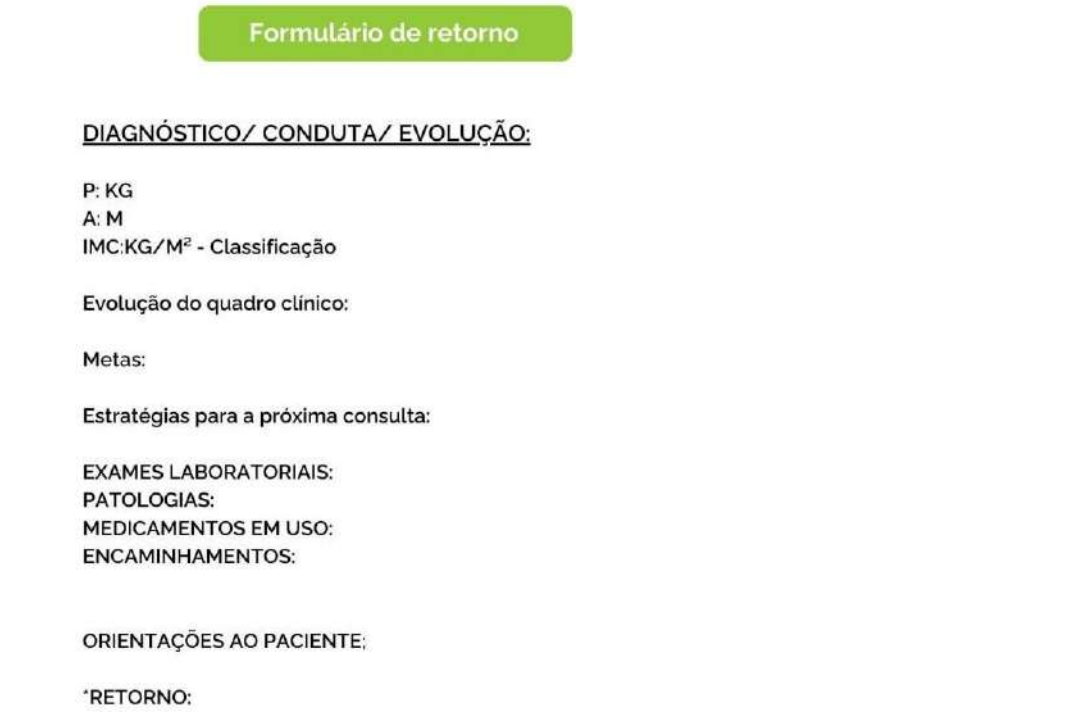
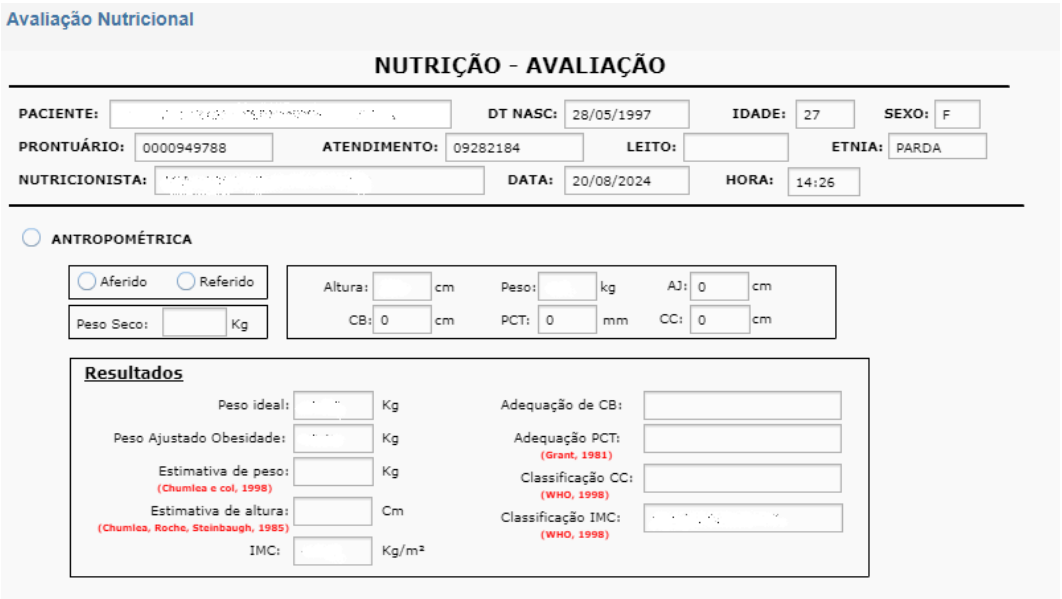


Figura 3 - Quadro de cálculo de IMC e classificação



VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos

Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

Associação Brasileira de Nutrologia.Calculadoras IMC infantil. Disponível em: ABRAN - Associação Brasileira de Nutrologia. Acesso em: 14 de agosto de 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **CRIANÇAS E ADOLESCENTES**			
Responsável: **Ana Karoline A. Pinto**	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.004	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes de cada faixa de idade e sexo disponibilizadas na “Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde) MINISTÉRIO DA SAÚDE”.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);

5. Além do IMC, se necessário, outros índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças em cada faixa de idade e sexo, tanto em percentis como em escores-z através de tabelas padronizadas pela Organização Mundial de Saúde;
6. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
7. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
8. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
9. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
10. Realizar orientações nutricionais;
11. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
12. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
13. Assinar e carimbar;
14. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
15. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
16. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta;
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais

9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos; **Percentil e Score-z -** Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PLC-GO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022.

I. Objetivos

Este PRS descreve o processo de coordenação e atendimento para pacientes cujas características individuais exigem a colaboração de diferentes órgãos e serviços, incluindo CEAM (Centro de Atendimento à Mulher), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Conselho Tutelar e outros. O objetivo é assegurar um atendimento integrado e eficaz para situações complexas, que envolvem múltiplos serviços e recursos proporcionando um atendimento integral e coordenado para pacientes com necessidades complexas que envolvem múltiplos órgãos e serviços. Garantindo a integração e comunicação eficaz entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no atendimento e facilitando a transição e a continuidade do cuidado entre os diversos órgãos e serviços. Assegurando que as necessidades individuais dos pacientes sejam atendidas de forma adequada e eficiente.

II. Materiais

- Plataformas e sistemas de comunicação entre serviços e profissionais PEP - MV
- Relatórios de progresso e registros da Gestão do Cuidado

III. Abrangência

O PRS cobre todas as etapas do atendimento e coordenação envolvendo diferentes órgãos e serviços, incluindo:

1. **Recepção e Registro do Paciente**
    - Coleta e registro de informações iniciais
    - Identificação das necessidades específicas e envolvimento dos órgãos pertinentes
2. **Avaliação e Planejamento**
    - Avaliação realizada por profissionais dos diversos órgãos envolvidos
    - Desenvolvimento de um plano de atendimento integrado
3. **Execução do Plano de Atendimento**
    - Implementação das ações e intervenções conforme o plano
    - Coordenação contínua entre os órgãos e serviços
4. **Transição e Encaminhamento**
    - Coordenação de transição entre diferentes níveis de serviço e acompanhamento
    - Encaminhamento para serviços adicionais, se necessário
5. **Follow-up e Avaliação Final**
    - Revisão do plano de cuidado e avaliação dos resultados
    - Ajuste do plano conforme necessário e planejamento para acompanhamento futuro

IV. Descrição dos passos da atividade

1. **Recepção e Registro**

- **Coleta de Informações:** O paciente é registrado e suas informações iniciais são coletadas. São identificadas as necessidades específicas e quais órgãos ou serviços devem ser envolvidos (CEAM, CRAS, Conselho Tutelar, etc.).
- **Registro de Encaminhamentos:** Documentação sobre os encaminhamentos feitos para diferentes serviços e órgãos.

2. **Avaliação e Planejamento**

- **CEAM (Centro de Atendimento à Mulher):** Avalia necessidades específicas relacionadas à violência ou vulnerabilidade da mulher e desenvolve um plano de suporte adequado.
- **CRAS (Centro de Referência de Assistência Social):** Avalia as necessidades sociais e financeiras, e identifica recursos comunitários e suporte social.
- **Conselho Tutelar:** Avalia questões relacionadas à proteção de crianças e adolescentes, e define medidas de proteção e acompanhamento.
- **Outros Órgãos:** Avaliam necessidades adicionais conforme o caso e fornecem suporte especializado.

3. **Execução do Plano de Atendimento**

- **Coordenação das Intervenções:** Implementação das intervenções conforme o plano de atendimento, com monitoramento contínuo.
- **Comunicação entre Serviços:** Utilização de plataformas de comunicação para garantir que todos os profissionais e órgãos envolvidos estejam atualizados sobre o progresso e as necessidades do paciente.

4. **Transição e Encaminhamento**

- **Coordenação de Transição:** Garantia de que todas as informações relevantes sejam transferidas adequadamente entre os serviços e órgãos envolvidos na transição do cuidado.
- **Encaminhamento para Serviços Adicionais:** Se necessário, encaminhamento para serviços adicionais e continuidade do acompanhamento.

5. **Follow-up e Avaliação Final**

- **Revisão do Plano de Cuidado:** Avaliação final do plano de cuidado e dos resultados alcançados.
- **Ajuste do Plano e Planejamento de Acompanhamento:** Ajuste do plano conforme necessário e definição do acompanhamento futuro.

V. Siglas e Definições

- **PRS:** Plano de Referência de Serviços

- **CEAM:** Centro de Atendimento à Mulher
- **CRAS:** Centro de Referência de Assistência Social
- **Conselho Tutelar:** Órgão responsável pela proteção de direitos de crianças e adolescentes
- **Rede de Apoio:** Conjunto de recursos e serviços que fornecem suporte ao paciente, incluindo órgãos e serviços comunitários.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

- **CEAM.** (2023). *Diretrizes para o Atendimento Integral à Mulher em Situação de Violência.* Centro de Atendimento à Mulher. Disponível em: www.ceam.org.br/diretrizes
- **CRAS.** (2022). *Manual de Procedimentos do Centro de Referência de Assistência Social.* Ministério da Cidadania. Disponível em: www.cras.gov.br/manual
- **Conselho Tutelar.** (2023). *Normas e Diretrizes para Proteção e Acompanhamento de Crianças e Adolescentes.* Conselho Tutelar Nacional. Disponível em: www.conselhotutelar.org.br/normas
- **Kelley, E., & Hurst, H.** (2023). *Models of Integrated Care: Best Practices for Multidisciplinary Collaboration.* Journal of Social Work Practice, 31(2), 215-230. doi:10.1080/02650533.2023.2208321
- **Associação Brasileira de Psicologia.** (2023). *Material Educacional sobre Atendimento Psicossocial.* Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em: www.psicologia.org.br/material
- • **Brasil.** (2022). *Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018.* Presidência da República. Disponível em: www.planalto.gov.br/legislação
- • **Ministério da Saúde.** (2023). *Diretrizes e Protocolos de Cuidado em Saúde.* Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/protocolos

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa	
Título: Indicação do acompanhante pela unidade de saúde – Lei 14.737/2023	

Nome do Paciente				**Atendimento**	**Consulta** **Exame** **Procedimento**
Prontuário					
Data de Nascimento		**Idade**			
Nome da Mãe					
Observação	Em caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher com os dados do Representante Legal.				

REPRESENTANTE LEGAL	
Nome	
Data de Nascimento	
Doc. De Identificação ou CPF	
Grau de Parentesco	

DECLARAÇÃO DO PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

DECLARO que fui devidamente informada que de acordo com a Lei 14.737/2023, toda mulher tem o direito de se fazer acompanhar por pessoa maior de idade, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, durante todo o período do atendimento.

CONSIDERANDO que o atendimento envolve sedação e/ou rebaixamento do nível de consciência.

CONSIDERANDO que não foi, por mim, indicado acompanhante.

Indicação do acompanhante abaixo pela unidade de saúde para acompanhamento durante o procedimento:

ACOMPANHANTE INDICADO PELA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome	
Doc. De Identificação ou CPF	

Eu, na qualidade de ( ) paciente ( ) representante legal, manifesto por minha livre e espontânea vontade minha:

( ) concordância com o nome indicado pela unidade de saúde para acompanhamento durante o atendimento realizado na unidade

( ) recusa da indicação e solicito a indicação de outra pessoa para acompanhamento durante o atendimento realizado na unidade.

Motivo da recusa: _____

Goiás, _____de _____de _____.

_____

Nome do paciente

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (EM CASO DE RECUSA EM ASSISNAR OS TERMOS)

Nome:_____ Nome:_____

CPF: _____._____._____-_____ CPF: _____._____._____-_____

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: **NUTRIÇÃO – AVALIAÇÃO GLOBAL**			
Responsável: **Ana Karoline Arruda**	**Código**:	**Revisão**:	**Data**: 06/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para pacientes com perfil de Avaliação Global. Atendendo de forma ampliada e qualificada os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos usuários, otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MVPEP
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Calculadora de IMC

III. Descrição dos passos da atividade

A Avaliação Global deve ocorrer em espaço adequado à equipe e aos usuários e acompanhantes, devendo ser acessível, possibilitando o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e espaço com iluminação, ventilação e temperaturas confortáveis. O mobiliário deve estar de acordo com a necessidade dos atendimentos realizados.
A equipe multiprofissional será composta pelas categorias profissionais/ campos do saber considerando a (s) linha (s) de cuidado e as respectivas necessidades de complexidade do usuário. Se faz necessário, ainda, que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na unidade, bem como as redes de atenção e apoio social da sua região de abrangência.

Primeira Consulta

1- Recepção do usuário na unidade;
2- Atendimento Social e Avaliação Social com o (a) Assistente Social da unidade (Ficha Social Resumida - ANEXO II);
3- Triagem com a equipe técnica de enfermagem para consulta;
4- Avaliação Global Multiprofissional e Interprofissional;
5- Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário (roteiro em anexo);
6- Discussão do caso sem a presença do paciente e elaboração do Projeto Terapêutico Singular;

7- Devolutiva ao usuário e ao acompanhante;

8- Registro da Avaliação Global no Sistema (prontuário eletrônico);

IV. Siglas e Definições

IMC – Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

Percentil e Score-z – Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde.

V. Anexos

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO GLOBAL EQUIPE MULTI - NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

1. Quais patologias crônicas o paciente possui?

_____
_____
_____
_____
_____

2. Possui condições básicas para manter uma alimentação equilibrada?

_____
_____
_____
_____
_____

3. Qual a frequência de consumo de hortifrutis?

_____
_____
_____
_____
_____

4. Altura e último peso?

_____
_____
_____
_____
_____

5. Possui alguma intolerância ou alergia alimentar diagnosticada?

_____
_____
_____
_____
_____

- OBSERVAÇÕES

_____
_____
_____
_____

FROM.PLC GO.SS.001 FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

I. Objetivos

Realizar Seguimento Individual – Evolução do Paciente. O seguimento individual é o aprofundamento do caso clínico do paciente e o levantamento dos registros da consulta de retorno. Busca-se avaliar se houveram mudanças com as intervenções farmacêuticas, no comportamento e adesão ao tratamento, alterações na farmacoterapia e nos achados clínicos e se tais itens auxiliaram para o alcance das metas terapêuticas do paciente e ainda, avaliar individualmente o resultado e o progresso obtido pelo paciente conforme acompanhamento farmacêutico.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;
- Realizar o levantamento de dados referentes a mudanças no comportamento e adesão ao tratamento, alterações nas farmacoterapias, resultados de novos exames realizados e novas consultas com outros profissionais de saúde realizadas.
- Realizar o levantamento das metas terapêuticas definidas e das alcançadas.
- Realizar uma avaliação criteriosa.
- As hipóteses, sugestões e avaliações pertinentes realizadas pelo farmacêutico poderão ser registradas em folha separada, simples e em branco, que posteriormente deverão ser anexadas aos registros dos pacientes para arquivamento.
- Avaliar se os resultados gerados nesta etapa colaboram para a adoção correta das medidas terapêuticas definidas para o paciente ou se necessitam de mudanças de novas metas terapêuticas.
- Definir a periodicidade das consultas conforme progresso clínico avaliado para o paciente.
- A avaliação e tomadas de decisões acerca do caso clínico poderá ser feita de forma individual pelo farmacêutico, ou por meio de reuniões programadas e discussão clínica entre outros profissionais de saúde da equipe.
- Registrar o resultado e o progresso obtido pelo paciente conforme acompanhamento farmacêutico, no sistema MV PEP.

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria/GM nº 9712 de 03 de maio de 2006 – POLÍTICA Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 308 p.: il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2)

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos que devem ser seguidos para os atendimentos relacionados às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) oferecidas pela equipe multiprofissional na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa. Com o objetivo de padronizar o fluxo assistencial para atendimento aos pacientes elegíveis às diversas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) oferecidas pela equipe multiprofissional da Unidade da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe. Sementes e metais para auriculoterapia; caneta específica para auriculoterapia; algodão, álcool 70%; óleos essenciais, difusor de aroma, moxa, caixa som com acesso remoto e demais materiais que possam se fazer necessário para a realização das PICS.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;
- Todos os atendimentos realizados de PICS devem ser devidamente registrados em Prontuário Eletrônico do Paciente e prescritos, a cada sessão, para fins de faturamento e série histórica dos procedimentos.
- Cada paciente deve iniciar o tratamento por meio das PICS, preferencialmente, por uma prática por vez, possibilitando a rotatividade dos pacientes e a disponibilidade de vagas. Casos excepcionais serão discutidos pela gestão da equipe multiprofissional.
- Quanto à duração do tratamento, fica padronizado para as PICS:
    - ACUPUNTURA, ACUPUNTURA AURICULAR CHINESA, IMPOSIÇÃO DE MÃOS (REIKI), CROMOTERAPIA, AROMATERAPIA, VENTOSA/MOXA: máximo de 8 (oito) sessões semanais, com reavaliação e alta do paciente, podendo ou não encaminhar para outra PICS oferecida no serviço;
    - TERAPIA FLORAL, sem limite máximo de atendimentos, desde que observados os critérios derotatividade e a promoção do autocuidado e autoresponsabilização por sua saúde;

- Caso necessário, o paciente será encaminhado para realizar outro tipo de PICS ou então, receber assistência de outro profissional da equipe multiprofissional ou médica da unidade.

- As demais práticas que futuramente venham a compor o rol de atendimentos das PICS serão padronizadas de acordo com as suas características.
  Observação: completado o número padronizado de sessões, o profissional avaliará a necessidadede continuidade e será possível prorrogar o atendimento na mesma PICS, desde que devidamente justificado em prontuário e não ultrapassando o número máximo de sessões padronizado para a prática.
- Após concluído o número de sessões padronizadas para cada PICS, o paciente que, após reavaliação do profissional, encontrar-se em condição melhoradaem relação a que motivou a busca do serviço, receberá ALTA da PICS e será contabilizado nas estatísticas como ALTA MELHORADA.
- O paciente poderá, mediante avaliação do profissional, ser encaminhado a outra PICS ou especialidade multiprofissional.
- Pacientes que apresentarem 3 (três) faltas consecutivas, sem justificativa, serão automaticamente desligados, retornando para o final da lista de espera, entrando nas estatísticas do serviço como ALTA POR DESISTÊNCIA.

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
PICS – Práticas Integrativas e Complementarem em Saúde
PLC – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto;
RAS – Rede de Atenção à Saúde.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria/GM nº 9712 de 03 de maio de 2006 – POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPICS (disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA No 849, de 27 de março de 2017 (disponível em portaria 849PNPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA No- 633, DE 28 DE MARÇO DE 2017 (disponível em portaria 633PNIPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 145, DE 11 DE JANEIRO DE 2017 (disponível em portaria 145PNPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA N° 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018 (disponível em Portaria 7022018 PNPIC.pdf (saude.mg.gov.br).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 1.988, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018 (disponível em portaria1988-1.pdf (cosemsrn.org.br).

I. Objetivos

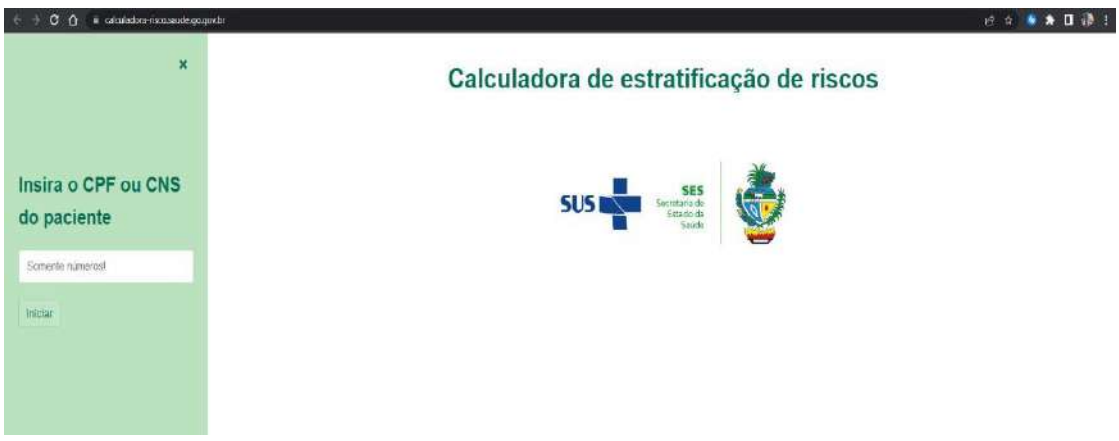
Definir o fluxo de entrada dos pacientes na Avaliação Global, com base nos critérios e protocolos clínicos para cada linha de cuidado estabelecidas como prioritárias na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, a saber: Cardiometabólica, Gestação de Alto Risco e, Bebê de Alto Risco.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Conferir a identificação do paciente;
- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento/ serviço a ser realizado;
- Verificar a real necessidade de encaminhamento de acordo com o protocolo clínico do caso do paciente a ser encaminhado para a Avaliação Global;
- Identificar o paciente cardiometabólico e/ ou com obesidade e/ ou gestante de alto risco e/ou bebê de alto risco;
- Essa identificação pode ser realizada por toda equipe multiprofissional (médicos e demais especialidades multidisciplinares) e, posteriormente encaminhado para atendimento com o Gestor do Cuidado para agendamento e orientações pertinentes a Avaliação Global;
- O responsável pela Gestão do Cuidado irá verificar se o paciente é perfil de uma das, ou de várias das linhas de cuidados da Avaliação Global através da calculadora de risco: https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/



- Se o paciente não se encaixar nas especificações o responsável pela Gestão do Cuidado realizará o atendimento e encaminhará o paciente conforme suas necessidades internas na unidade ou compartilhará o seu caso com o município de origem.
- Se o paciente tem os pré-requisitos para ser um paciente da AVALIAÇÃO GLOBAL, o responsável pela Gestão do Cuidado informará ao paciente o que é a Avaliação Global, o conceito, seu fluxo de funcionamento e os documentos necessários para o dia do atendimento.
- Após avaliação o paciente é convidado a se retirar da sala para que os profissionais vão construir um PTS – Plano terapêutico
- Após as orientações o responsável pela Gestão do Cuidado encaminhará o paciente para Avaliação Global que será agendada no sistema MV-SOUL pela equipe de recepção com data e horário a ser realizada a AVALIAÇÃO GLOBAL;
- Em uma planilha compartilhada com a recepção é colocado os dados de todos os pacientes da avaliação global com datas de início, retornos e alta da avaliação.
- O Projeto Terapêutico Singular - PTS pode ou não ser compartilhado com Município de Origem do paciente, se o PTS for compartilhado, cabe a Gestão do Cuidado compartilhar esse cuidado do paciente por meio de e-mail. Se a demanda for social, terá o suporte do Serviço Social da Policlínica para compartilhar o cuidado e garantir que esse paciente seja totalmente assistido em suas múltiplas necessidades.
- Realizar registro no prontuário eletrônico, assinar digitalmente e imprimir uma via para o paciente;
- Organizar a sala, conforme rotina.

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.
PLC – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Nota Técnica nº: 4/2021 - SAIS- 03083 Assunto: Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência aos usuários com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada (AE) no Estado de Goiás.

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Nota Técnica nº: 12/2021 - SAIS- 03083 ASSUNTO: Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência ao usuário com diabetes mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE Nota Técnica nº: 10/2021 - SAIS- 03083 Assunto: Estratificação de risco gestacional para a organização da assistência à gestante na Atenção Primária à Saúde (APS).

I. Objetivos

A Gestão do Cuidado envolve o processo de planejar, avaliar, implantar e monitorar os direcionamentos do cuidado, diante das necessidades dos usuários elegíveis às linhas prioritárias de cuidado (Cardiometabólicos - Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade; Gestantes e Bebê de alto risco), que necessitam de tratamentos específicos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, bem como na rede socioassistencial de seu município. Tendo como objetivo assegurar uma atenção de qualidade, humanizada, com resolutividade e que atenda de forma integral o usuário, articulando para que o mesmo receba toda a assistência indicada no plano terapêutico ainda dentro da unidade, através da Avaliação Global e garantindo a continuidade do cuidado após finalização do PTS, por meio da comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Recepção de pacientes pelas especialidades médica ou não médicas com perfil de linha de cuidado	Médico do cuidado Gestão do cuidado
2	Consulta com médico do cuidado para avaliação e eleger o paciente para gestão de caso, registrando todo processo dentro do PEP/MV	Médico do Cuidado
3	Discussão de caso com equipe multiprofissional de acordo com o diagnóstico e doenças de base	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional Gestão do cuidado
4	Definição do Projeto Terapêutico por especialidades médicas e não médicas	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional Gestão do cuidado
5	Apresentação do Projeto Terapêutico ao paciente e familiares e aprovação dos mesmo em participação	Médico do Cuidado Equipe Multiprofissional

6	Estabelecer tempo e linha cronológica do Projeto Terapêutico	Médico do Cuidado Gestão do cuidado
7	Assegurar a assistência indicada no plano terapêutico ainda dentro da unidade ao paciente	Gestão do cuidado
8	Garantir a continuidade do cuidado após finalização do PTS, por meio da comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção.	Gestão do cuidado Assistente Social
9	Transição do Cuidado com atenção primaria e redes de atenção à saúde, para garantir a continuidade do cuidado	Médico do Cuidado Gestão do cuidado

Recomendações:

Em relação à comunicação com a RAS, cabe à Gestão do cuidado:

Realizar a comunicação com a unidade de origem do usuário, e/ou para a unidade que ele será encaminhado, caso necessário continuidade do tratamento;

Realizar a transição do cuidado de forma efetiva, compartilhando toda informação relacionada a assistência prestada ao usuário dentro da policlínica, assim como os desdobramentos do PTS, reduzindo assim a fragmentação do cuidado no momento em que o paciente é contra referenciado RAS;

Informar a RAS, no momento da alta do usuário, sobre os encaminhamentos realizados junto ao PTS, tanto nos casos de alta motivada pela finalização do tratamento, quanto nos casos de compartilhamento do cuidado, cuja alta está vinculada a continuidade do PTS em outras unidades.

IV. Siglas e Definições

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PLC – Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, caderno de atenção básica estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, nº 35(Link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)

Nota Técnica nº: 12/2021 - SAIS- 03083 Diabetes mellitus (DM)

Nota Técnica nº: 11/2021 - SAIS- 03083 Hipertensão Arterial Sistêmica

Nota Técnica nº: 4/2021 - SAIS- 03083 Sobrepeso e Obesidade

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos que devem ser seguidos em caso de Notificação de Violência Interpessoal e/ ou Autoprovocada na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, com o objetivo de padronizar o atendimento e notificação de caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIA+ relatadas pelos pacientes ou acompanhantes atendidos em consultas e exames realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;
- Receber a pessoa de forma acolhedora e profissional, sem alardes que possam constrangê-la.
- Priorizar o atendimento das pessoas em situação de violência, assegurando o sigilo das informações pessoais e a resolutividade.
- Preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO – SINAN.
- Prestar informações objetivas e esclarecer, com calma, as dúvidas da pessoa e de seus familiares. Evitar julgamentos e suposições, no momento do registro das informações prestadas pelas pessoas, por seus familiares e/ou acompanhantes.
- Respeitar e prestar um atendimento sem discriminação de qualquer tipo;
- Assumir uma postura humanizada ao tratar as questões referentes à orientação sexual e identidade de gênero em todas as situações, principalmente quando a pessoa em situação de violência for uma criança ou adolescente, pois ainda está em desenvolvimento; não sendo adequado fazer definições ou generalizações quanto à sexualidade.
- Buscar obter o máximo de informações sobre a ocorrência de violência de maneira cuidadosa.
- Não deixar campos em branco ou preenchidos indevidamente com o código ignorado.

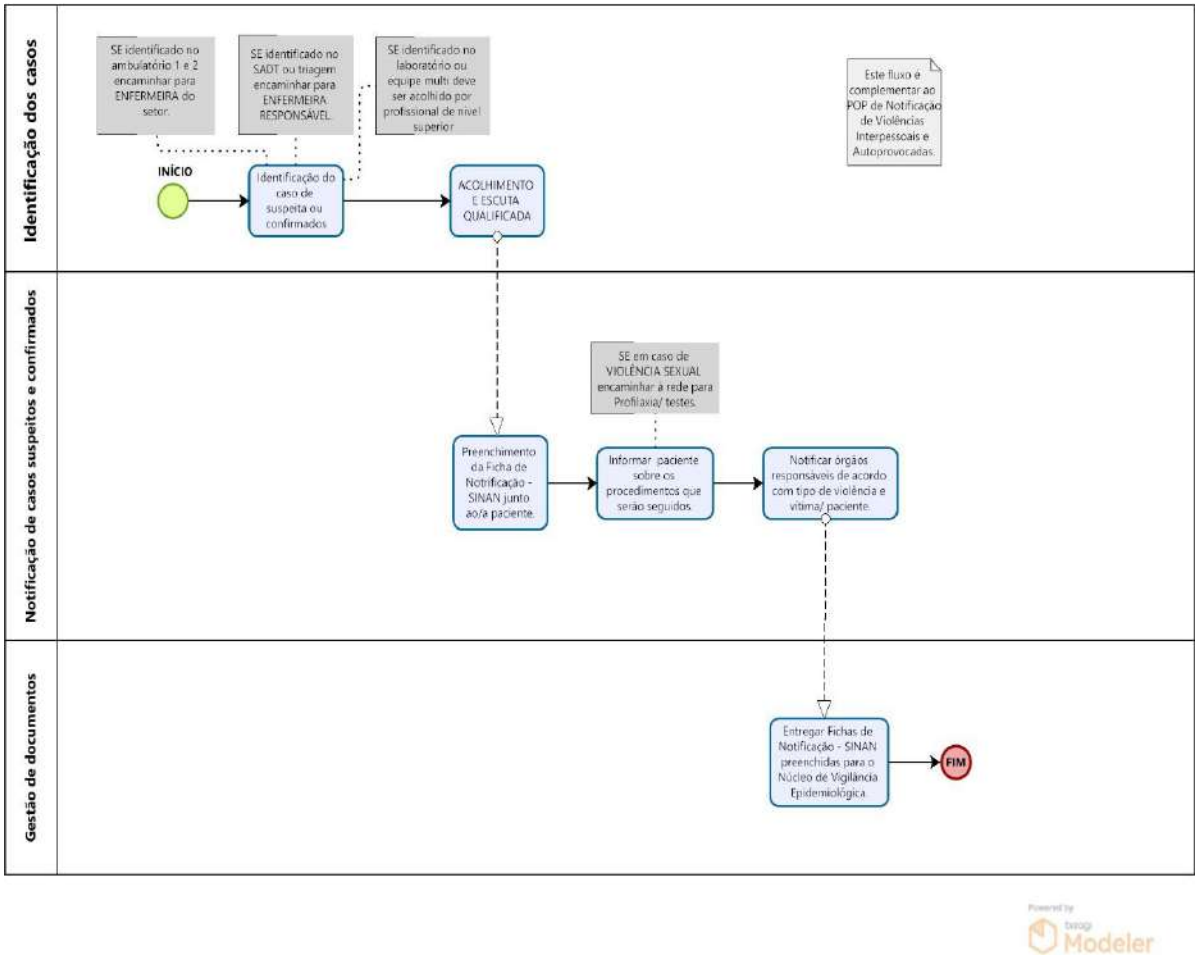
- Deixar explícito no campo das observações as informações que julgar relevantes ao processo de acompanhamento e seguimento do caso.
- Realizar os encaminhamentos necessários, partindo de fluxos e protocolos que assegurem o vínculo e a responsabilização dos demais serviços da Rede de Atenção e Proteção de Pessoas em Situação de Violência. Assim como para instituições de garantia de direitos (Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, Ministério Público, Defensoria) ou de responsabilização (Delegacias), conforme a necessidade e a especificidade de cada caso.
- Registrar em prontuário Eletrônico (MV-PEP) os encaminhamentos realizados para outros setores da saúde ou para outros serviços da Rede de Atenção e Proteção.
- Evoluir corretamente no Prontuário Eletrônico (MV-PEP).
- Encaminhar Ficha de Notificação de Violência impressa para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Ambulatorial institucional.
- O NVEA deve preencher a Ficha de Notificação de Violência disponível no Sistema MV-PEP e encaminhar fichas por e-mail do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município a qual a unidade está alocada.
- As informações pessoais contidas em documentos e prontuários são sigilosas, sendo seu acesso restrito. O acesso por terceiros só é permitido diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa ou seus responsáveis.
- Tentativa de suicídio e violência sexual são de notificação imediata (Notificação imediata é aquela realizada em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível).

IV. Siglas e Definições

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
NVEA – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
PLC – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto;
RAS – Rede de Atenção à Saúde;
SINAN – Sistema Nacional de Notificação.

V. Anexos

- Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada – SINAN (ACESSE AQUI)
- Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.



VI. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: 14143249-cartilha-notificacao-de-violencias-interpessoais-e-autoprovocadas.pdf (cevs.rs.gov.br) Acesso em: 26/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. – 2. ed. – Brasília: 2016. Disponível em: Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] (saude.gov.br) Acesso em: 26/09/2022.

GALVÃO, Vanessa Almira Brito de Medeiros. **O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade –** Natal-RN, 2009. Disponível em: Microsoft Word - 9 Artigo Revista Mental_13_p_149-169.doc (bvsalud.org). Acesso em: 26/09/2022.

I. Objetivos

Garantir que todas as mulheres que desejem estar acompanhadas em consultas, exames e procedimentos realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, terão esse direito. É o que garante a Lei nº 14.737, sancionada e publicada no Diário Oficial da União (DOU) desta terça-feira, 28 de novembro de 2023.

II. Materiais

Será necessário canetas, impressora, pranchetas e a impressão dos termos:

- TERMO DE INDICAÇÃO DO ACOMPANHANTE PELA UNIDADE DE SAÚDE;
- TERMO DE RECUSA DE ACOMPANHANTE MULHER;
- TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE ACOMPANHANTE.

III. Descrição dos passos da atividade

O acompanhante deverá ser realizado por pessoa maior de idade e escolhido pela paciente ou, caso ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, indicado pelo seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

- **Em caso de atendimento com sedação/ rebaixamento do nível de consciência**, e caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde deverá indicar pessoa para acompanhar a paciente, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino. A paciente poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa. **O nome escolhido deverá ficar registrado no documento gerado durante o atendimento.**
- **A eventual renúncia da paciente ao direito ao acompanhante nos atendimentos com sedação/ rebaixamento do nível de consciência deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com antecedência a qualquer uso de medicação e/ou anestesia que comprometa o nível de consciência da paciente, assinada por ela e arquivada em seu prontuário**.
- **Deverá ser mantido em local visível, aviso que informe sobre o direito ao acompanhante**.
- No caso de atendimento realizado em procedimentos como endoscopia ou colonoscopia ou outros procedimentos com restrições relacionadas à segurança ou à saúde das pacientes, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde.

- Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

Dessa forma, algumas providências deverão ser adotadas pela Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto:

1. Informar aos pacientes a respeito do direito ao acompanhante em todas as consultas, exames e procedimentos.
2. Orientar a equipe de toda a unidade a respeito do direito ao acompanhante e da obrigação de todos a respeitá-lo.
3. Registrar no prontuário da paciente, a cada consulta e/ou triagem, a presença do acompanhante (indicando seu nome completo) ou a recusa da paciente a ser acompanhada, quando ela optar por entrar desacompanhada – lembrando que em caso de atendimento com sedação, a renúncia da paciente ao direito ao acompanhante deverá ser feita por escrito, com antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário;
4. Afixar **cartaz em local visível informando sobre o direito ao acompanhante** (já elaborado pelo Setor de Comunicação.
5. **Assinar termo de renúncia e arquivar no prontuário da paciente em caso de renúncia ao direito a acompanhante em atendimentos com sedação ou rebaixamento de nível de consciência.**
6. Indicar pessoa para acompanhar a paciente, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino para acompanhar paciente em atendimentos que envolvam qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante e o **nome escolhido deverá ficar registrado no documento gerado durante o atendimento.** A paciente poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa.
7. O acompanhante deverá assinar o termo de sigilo e confidencialidade

IV. Siglas e Definições

DOU – Diário Oficial da União

MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

PLC – Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto.

V. Anexos

- TERMO DE INDICAÇÃO DO ACOMPANHANTE PELA UNIDADE DE SAÚDE;
- TERMO DE RECUSA DE ACOMPANHANTE MULHER;
- TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE ACOMPANHANTE.

VI. Referências

BRASIL. Lei nº Lei nº 14.737, de 28 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 nov. 2018.

I. Objetivos

- Assegurar uma abordagem holística e individualizada para cada paciente.
- Facilitar a comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde envolvidos no atendimento.
- Garantir a continuidade e a qualidade do cuidado durante a transição entre os diferentes níveis de atendimento.
- Apoiar a integração da rede de apoio necessária ao paciente.

II. Materiais

1. **Formulários de Avaliação Inicial do Paciente**
    - Dados pessoais
    - Histórico médico
    - Necessidades específicas
2. **Protocolos de Atendimento**
    - Diretrizes para cada profissional envolvido
    - Procedimentos padrão para recepção e transição de cuidado
3. **Ferramentas de Comunicação**
    - Plataformas de comunicação entre equipes
    - Relatórios de progresso e de casos
4. **Documentos de Coordenação do Cuidado**
    - Planos de cuidado individuais
    - Registros de coordenação entre profissionais
5. **Material Educativo para o Paciente e Familiares**
    - Informações sobre o processo de atendimento
    - Recursos e serviços de apoio disponíveis

III. Abrangência

O PRS abrange todas as etapas do atendimento ao paciente de alto extermínio, incluindo:

1. **Recepção do Paciente**
    - Registro inicial e acolhimento
    - Identificação das necessidades imediatas
2. **Avaliação e Planejamento**
    - Avaliação feita pelos profissionais envolvidos (enfermeiro, psicólogo, assistente social)

- Elaboração do plano de cuidado individualizado

3. **Execução do Plano de Cuidado**
    - Implementação das intervenções planejadas
    - Monitoramento e ajustes conforme necessário
4. **Transição do Cuidado/ Compartilhar o cuidado**
    - Coordenação entre profissionais durante a transição
    - Garantia de continuidade e integração do cuidado
5. **Follow-up e Avaliação final**
    - Avaliação dos resultados do plano de cuidado
    - Planejamento de acompanhamento e recursos de suporte
    - Contra referenciar o cuidado com a Unidade Básica de Saúde do paciente.

IV. Descrição dos passos da atividade

Recepção

- **Registro do Paciente:** O paciente é registrado e uma triagem inicial é realizada pela equipe de recepção para identificar necessidades urgentes.
- **Coleta de Informações:** Informações básicas e médicas são coletadas e compartilhadas com a equipe multidisciplinar.

Avaliação

- **Enfermeiro:** Realiza uma avaliação clínica inicial, incluindo histórico médico e estado atual.
- **Psicólogo:** Avalia o estado emocional e psicológico do paciente.
- **Assistente Social:** Identifica necessidades sociais e de suporte, incluindo rede de apoio e recursos comunitários.

Planejamento

- **Equipe Multidisciplinar:** Reúne-se para discutir o plano de cuidado, definir metas e intervenções específicas para o paciente.
- **Gestor do Cuidado:** Coordena a elaboração do plano e garante a alocação adequada de recursos.

Implementação

- **Enfermeiro:** Administra cuidados clínicos e monitora a resposta do paciente.

- **Psicólogo:** Fornece apoio psicológico e intervém conforme necessário.
- **Assistente Social:** Facilita o acesso a recursos e serviços de apoio e coordena com a rede de suporte.

Transição de Cuidado

- **Coordenação:** O gestor do cuidado coordena a transição entre diferentes níveis de atendimento ou serviços, garantindo que todas as informações relevantes sejam compartilhadas.
- **Orientação ao Paciente e Família:** Fornece informações sobre a continuidade do cuidado e os próximos passos.

Follow-up

- **Avaliação Final:** A equipe realiza uma avaliação final para medir a eficácia do plano de cuidado.
- **Ajustes e Recursos:** Identifica necessidades adicionais e ajusta o plano conforme necessário.

V. Siglas e Definições

PRS: Plano de Referência de Serviços;

Atendimento de Alto Extermínio: Atendimento que envolve múltiplos profissionais e níveis de cuidado para atender necessidades complexas do paciente;

Gestor do Cuidado: Profissional responsável pela coordenação e supervisão do plano de cuidado do paciente.

Rede de Apoio: Conjunto de recursos e serviços que fornecem suporte ao paciente, incluindo familiares, amigos e serviços comunitários.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

"Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)," Brasil, 2022.

“Diretrizes da ANVISA para Atendimento de Saúde," Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023.

"Material Educacional sobre Atendimento Psicossocial," Associação Brasileira de Psicologia, 2023.

"Diretrizes de Atenção Integral à Saúde do Paciente," Organização Mundial da Saúde (OMS), 2023.

"Protocolos de Cuidado e Integração de Serviços de Saúde," Ministério da Saúde, 2024.

I. Objetivos

A finalidade deste protocolo é padronizar a transmissão das informações de forma sistematizada e padronizada a fim de garantir a continuidade da assistência de forma segura, estabelecendo padrões e diretrizes para a comunicação clara e precisa entre os profissionais promovendo a troca de informações essenciais sobre a segurança do paciente.

II. Materiais

- Livro ata;
- Formulários de controles (Ex; Round diário, controles assistências);
- Telecomunicações;
- Quadro de informação
- Evolução;
- Laudo de exames;
- Termo de consentimento livre e informado do paciente.

III. Abrangência

Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

A Comunicação efetiva é aquela que produz um efeito real, positivo, quando uma mensagem transmitida do emissor para o receptor é compreendida sem ruído, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada.

A prática da comunicação efetiva é chave para garantir a segurança do paciente, sua implementação a adoção de ferramentas e de comportamentos padronizados para melhorar o trabalho em equipe e reduzir risco. O sucesso no processo de comunicação possui reflexo direto sobre a segurança do paciente e percepção da qualidade da assistência, por parte do paciente e seus familiares. Partindo dessa premissa, os gestores de todas as áreas deverão manter ativas as recomendações deste documento.

Toda comunicação relacionada a paciente deverá ser precedida da confirmação dos três marcadores de identificação, Nome completo, Nome completo da mãe e Data de nascimento.

QUANDO SE COMUNICAR

- **Na Admissão:** informar sobre normas institucionais e referente ao cuidado prestado de forma clara e objetiva, certificando que o paciente/ familiar/ acompanhante compreenderam, através de perguntas abertas fazendo com que respondam exatamente o que foi explicado anteriormente, como exemplos: - O(a) Sr.(a) pode me explicar como acessar a ouvidoria da instituição?

As informações devem ser registradas no sistema informatizado de forma concisa, clara, contendo dados relevantes para a continuidade do cuidado. Essas informações iniciais deverão ser a base do registro seguro no prontuário.

O Termo de consentimento livre e informado do paciente deverá ser fornecido ao paciente ou ao acompanhante, onde o mesmo deverá ser informado e orientado a respeito do objetivo e utilização do termo, autorizando procedimentos que poderão ser realizados em caso de necessidade durante sua permanência na unidade.

Canal, ferramenta de comunicação e o que comunicar sobre segurança do paciente para os pacientes e familiares:

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM?	QUAIS FERRAMENTAS?
Diagnóstico/ Prognóstico	Explicar o diagnóstico e/ou prognóstico de forma calma, sem interrupções e tom de voz sereno. Pedir ao receptor para repetir a Informação repassada certificando-se que compreendeu.	Médico/ Enfermeiro	Papel e caneta
Necessidade de consentimento para procedimentos de assistência à saúde.	Orientar quanto ao conteúdo do termo de consentimento de forma clara e disponibilizar uma via para o paciente. Destacar que o paciente pode cancelar essa autorização em qualquer tempo. Pedir ao receptor para repetir a informação repassada certificando-se que o mesmo compreendeu. Solicitar a	Recepcionista ou assistente administrativo, enfermeiro/ técnico de enfermagem	TLCE

	assinatura do paciente.		
Pulseira de identificação	Imprimir etiqueta, conferir os dados da pulseira de identificação, perguntando o nome completo e data de nascimento. Explicar de forma calma, serena a finalidade e a importância da pulseira de identificação e de mantê-la durante toda a internação. Colocar a pulseira.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Pulseira, etiqueta e impressora.
Registro da admissão na evolução	Conferir o prontuário, admitir paciente no formulário de evolução de forma legível e clara, escrever data e horário, e finalizar com assinatura e carimbo ou assinatura legível com o número do conselho	Médico e enfermeiro.	Formulário especifico/ Evolução e prontuário
Histórico de enfermagem	Conferir o prontuário, coletar história prévia e registrar de forma legível no prontuário, escrever data e horário, finalizar com assinatura e carimbo ou assinatura legível com o número do conselho	Enfermeiro	Formulário especifico, prontuário
Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE	Abrir a SAE no TOTVS e preencher todos os campos requeridos	Enfermeiro	TOTVS

- **No Registro do Prontuário:** registrar conduta terapêutica, solicitações/resultados de exames, interação de cuidados multidisciplinares, cuidados prestados, intercorrências, etc.;
- **Durante a prestação do cuidado ao paciente:** comunicar-se de forma clara concisa, completa e uniforme, evitando termos técnico, sempre que houver necessidade;
- **Na comunicação com pacientes e familiares/acompanhantes:** A comunicação clara e objetiva com o paciente e familiares/ acompanhantes é fundamental para auxiliar na qualidade da assistência além de integrar os familiares e pacientes dentro do seu plano de cuidados, também

diminui a ansiedade acerca das intervenções que irão acontecer. A equipe médica realizará a comunicação do quadro clínico conforme quadro atual, realizando o detalhamento de condutas, resultados de exames e outras informações de relevância, considerando os preceitos bioéticos.

DESFECHOS CRITICOS

A comunicação é feita pelo médico assistente ou médico plantonista, com apoio da equipe multidisciplinar quando necessário e após confirmação dos resultados de exames laboratoriais, de imagem e/ou patologia, diretamente com o paciente, se este se encontrar lúcido e orientado, ou acompanhante. Será utilizada linguagem clara, empática e humanizada com esclarecimentos de dúvidas sendo explicado tudo o que abrange o quadro clínico do paciente. Será discutido também a proposta de procedimento/tratamento a ser realizado, os riscos, benefícios, possíveis complicações, alternativas e chances de êxito, e os riscos da não realização do procedimento. Dentre os desfechos críticos incluímos:

- Pacientes previamente estáveis em enfermaria ou pronto atendimento com piora clínica rápida e assistida;
- Diagnóstico de neoplasia maligna;
- Necessidade de intubação orotraqueal;
- Disfunção orgânica;
- Necessidade de procedimento cirúrgico;
- Internação em leito de UCI;
- Óbito.

EM CASO DE ÓBITO

Cabe ao médico comunicar à família que estiver presente, sendo a comunicação pessoalmente em ambiente calmo e individual. Caso o paciente esteja sem acompanhante, o enfermeiro ou assistente social deverá entrar em contato com família solicitando a presença na Unidade, para então receber a notícia do óbito pelo médico.

COMUNICAÇÃO EXTERNA/ MARKETING

Com objetivo de preservar a imagem da instituição, proteger o direito dos pacientes e atender aos pedidos da imprensa, para intermediar as demandas e fluxos de comunicação da unidade possui documentos padronizados, disponíveis no SIGQUALI e gerenciados pelo setor de comunicação, sendo eles:

- PRS OSS HMTJ 054 - ATENDIMENTO A DEMANDAS DA IMPRENSA;
- PRS OSS HMTJ 052 - GESTÃO DE CRISE DE IMAGEM.

COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS LABORATORIAIS CRÍTICOS

A comunicação do laboratório com o médico deverá ser de forma clara, segura, preservando a segurança do paciente e utilizando os processos/protocolos como instrumento norteador para todas

as ações, com foco centrado no paciente; O laboratório deverá comunicar os resultados imediatamente encaminhando o resultado do exame com alteração e entrega na mão do médico ou do enfermeiro responsável; em casos de recoleta, o laboratório entra em contato telefônico com o enfermeiro do setor e solicita a recoleta, sempre fazendo a conferencia dos dois marcadores de identificação: o nome completo e data de nascimento do paciente. Disponibilizar resultados de exames, conforme acordo estabelecido com o laboratório;

SBAR

- S – SITUAÇÃO: O que está acontecendo com o paciente? Identifique-se / Identifique a unidade do paciente / Explique resumidamente o problema / Qual é, quando aconteceu ou iniciou e qual a sua gravidade / Determine a causa da sua preocupação.
- B – BACKGROUND/ HISTÓRIA PRÉVIA: Qual é o contexto e histórico clínico? Forneça informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação que podem incluir: diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso, alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado qualquer exame laboratorial e os resultados dos exames anteriores para comparação, resumo do tratamento até o momento.
- A – AVALIAÇÃO: O que mudou? Diga o que você considera que seja o problema: mudanças que ocorrem em relação à avaliação anterior, a condição do paciente instável ou se agravando.
- R – RECOMENDAÇÃO: O que eu faria para corrigi-lo? Diga qual a sua recomendação ou solicitação: tratamentos específicos, exames necessários, o paciente precisa ser avaliado agora?

CANAIS, FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO E PÚBLICO-ALVO

A comunicação é fundamental para a interação entre as pessoas e sua qualidade impacta sobre as atividades cotidianas, sobre as relações interpessoais, sobre o senso de pertencimento e sobre a qualidade da assistência. Deve-se reconhecer, que nos dias atuais, as pessoas são multicanais, ou seja, consomem informações diversas em meios diferentes, o que torna a divulgação de informações uma tarefa complexa e que requer planejamento.

A informação é considerada ativo estratégico e deve chegar até cada público-alvo de forma clara e objetiva, sustentando condutas padronizadas e a apropriação, por parte do público-alvo, de conteúdo atualizado e de boa qualidade. A disseminação de uma informação cujo foco é a segurança do paciente, deve ser planejada para atingir o público-alvo pretendido e ser convertida em ação segura.

CANAL	FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO	O QUE COMUNICAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
Consulta	Mensagens: verbal e não verbal,escrita/eletrônica (receitas, pedidos de exames, encaminhamento;	Estado de saúde, conduta a ser adotada, razão da solicitação de exames e indicação de outros procedimentos;

	Termos de autorização e responsabilidade); Cartaz;	Riscos associados à assistência à saúde; Papel do paciente nas ações de segurança do paciente; Metas de Segurança; Direitos e autorizações; Protocolos institucionais.
Prontuário físico	História Clínica; Evolução; Prescrição; Laudo de exames; Parecer; Formulário de avaliação de riscos assistenciais; Balanço hídrico; Protocolos/ bundles; Encaminhamentos; Declaração de óbito;	Identificação do Paciente; Nome social; Riscos associados ao cuidado e ao paciente; Alergias; Uso de medicamentos, sangue e hemocomponentes / necessidade de monitoramento especial do paciente; Informações de resultados críticos de imagem e exames; Eventos Adversos; Condições que requerem cuidado ou atenção especial; Protocolos: Sepse, hemorragia; Prevenção de Infecção e necessidades especiais; Expectativas, necessidades e preferências do paciente e família; Necessidade de suporte adicional do psicólogo, Fisioterapeuta e Assistente Social, ao paciente e família;
Formulário de notificação	Notificações de eventos adversos em saúde; Notificação de quase erros (nearmiss);	Gravidade das notificações; Plano de ação para prevenção e correção; Ações e melhorias geradas a partir das notificações recebidas;

E-mail institucional	Informativo; Alertas sanitários; Convites; Indicadores; Comunicados;	Normas; Capacitações; Informações da Anvisa, OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e Ministério da Saúde; Alertas; Informações epidemiológicas;
Livros de ocorrência	Linguagem escrita;	Informações críticas para a continuidade do cuidado seguro ao paciente;

PUBLICO- ALVO	CANAL	FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO	O QUE COMUNICAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
Chefias e lideranças	Ouvidoria; e-mail institucional; Reuniões presenciais;	Documentos institucionais; PRS, fluxogramas e POP's; Normas; Portaria; Relatórios;	Informações críticas para a segurança do paciente; Atualizações; Capacitações; Indicadores;
Anvisa	Notivisa	Notificação	Eventos adversos; Queixas técnicas; Near Miss; Número de notificações; Taxa de infecção;

AFERIÇÃO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO

Investigar a qualidade da comunicação é uma estratégia relevante para subsidiar a tomada de decisão gerencial com vistas ao aprimoramento das linhas de comunicação, e para a promover a reflexão entre os profissionais de saúde melhorando suas ações. O processo de avaliação deverá aferir a qualidade dos registros em prontuário; transição do cuidado entre setores; eficácia dos canais de comunicação padronizados. A pesquisa deverá ocorrer sob a responsabilidade do Setor de Qualidade e Vigilância em Saúde, Unidade de Comunicação Social, Setor de Planejamento e Comissão de Revisão de Prontuário e Documentação Médica e Estatística.

ESTRATÉGIA PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA

Comunicação verbal: é uma forma de comunicação que ocorre por meio de palavras. Apesar dos grandes avanços tecnológicos, a comunicação verbal ainda é a mais usada para passar informações, principalmente nas relações interpessoais, muito utilizada também nas situações de emergência onde a ação precisa ser imediata. Atentar para: Vícios de linguagem como gírias e expressões regionais, tom de voz, uso de termos técnicos, prescrições verbais precisam ser feitas no sistema assim que a emergência acabar.

Comunicação não verbal: atentar para uso de gestos, expressões visuais, imposição da voz (sinais paralinguísticos)

Comunicação escrita:

- Registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no prontuário eletrônico e nos formulários manuais;
- Utilizar recursos de comunicação visual/escrita para identificação do paciente;
- Manter os registros coesos e claros, evitando uso de siglas desconhecidas;
- Preencher os formulários institucionais padronizados do setor; formulário de notificação de eventos adversos e demais formulários utilizados para composição do prontuário do paciente.

Comunicação assertiva: comunicar-se de forma direta, clara, aberta, sincera, objetiva, transparente, respeitosa e efetiva para transmissão da informação e, principalmente, sem procurar constrangimento as outras pessoas.

Atentar para: Vícios de linguagem como gírias e expressões regionais, tom de voz, uso de termos técnicos.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A COMUNICAÇÃO EFETIVA

COMPETÊNCIA	EXECUÇÃO
Saber escutar	Sem interferir ou julgar; Valorizar as preocupações dos pacientes e familiares; Demonstrar interesse pelo paciente e por suas preocupações.
Obter informações	Usar perguntas abertas (para conhecer);
Esclarecer dúvidas	Adequar a linguagem ao paciente;
Resumir informações coletadas	Para obter confirmação pelo paciente;
Fornecer informações	Em linguagem adequada, clara, simples e acessível para o paciente (idade e capacidade de compreensão); Completa para as necessidades do paciente naquele momento.
Avaliar o grau de compreensão do paciente para a informação transmitida	Realizar perguntas abertas que permitam avaliar se o paciente entendeu o que foi informado e uso de perguntas fechadas (para confirmar ou refutar informações).
Aconselhar e educar o paciente	De acordo com os valores do paciente, promovendo comportamentos saudáveis; Entender que o paciente tem o direito de conhecer sua condição de saúde para fazer suas escolhas.
Tomar decisões com base nas informações recebidas	Utilizar a imparcialidade; Empoderar o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde e tratamento.
Aplicar estratégias para comunicar informações importantes	Todos os desfechos críticos deverão ser comunicados pelo médico.
Usar linguagem não verbal	Compreender a importância dessa forma de comunicação e seu impacto na comunicação; Identificar o que o paciente comunica com a linguagem não verbal; Demonstrar interesse pelas ideias, valores e preocupações do paciente, por meio da linguagem não verbal (contato visual, tom de voz, expressão facial e toque físico, tal como segurar a mão).
Usar linguagem verbal	Importância da linguagem verbal (conteúdo e tom de voz) no trabalho em equipe e no cuidado aos pacientes. Conhecer os limites seguros para a adoção da comunicação verbal na prática assistencial;

Aplicar a ética no processo de comunicação	Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnias, espirituais, emocionais e as relacionadas com a idade do paciente; Demonstrar respeito pelos valores, crenças e preocupações do paciente.
Estabelecer vínculos empáticos com o paciente e família	Compreender a doença a partir da perspectiva do paciente e família; Saber se colocar no lugar do outro.
Compreender a influência do ambiente na comunicação	Entender como o silêncio, a ausência de interrupções e a privacidade influenciam a comunicação com o paciente e familiares; Entender a influência do ambiente na comunicação em equipe.
Saber mediar conflitos e realizar negociações	Como mediar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente.

V. Siglas e Definições

N/A

VI. Anexos

N/A

VII. Referências

SEGURANÇA DO PACIENTE: COMUNICAÇÃO EFETIVA https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+paciente+comunica%C3%A7%C3%A3o+efetiva.pdf/ca225b6f-7758-7067-4935-62ea715d12ed?t=1648647952152

COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Comunicaoefetivaparaaseguranadopaciente.pdf/view.

COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/unidade-de-seguranca-do-paciente/comunicacao-efetiva-para-a-seguranca-do-paciente-corrigida-pro-nusep.009

I. Objetivos

Orientar aos profissionais de saúde a importância do ato de higienizar as mãos, na prevenção e controle da infecção hospitalar;

Classificar as técnicas de lavagem das mãos;

Especificar os materiais necessários no desenvolvimento das técnicas;

Padronizar técnica para remoção sujidade, suor e oleosidade;

Padronizar técnica para remoção da flora bacteriana transitória da camada mais superficial da pele, evitando infecção cruzada entre os pacientes, assim como entre pacientes e profissionais de saúde.

Instruir e promover a higienização das mãos nas unidades assistenciais com intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas á assistência à saúde (IRAS) e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

II. Materiais

Água;

Papel Toalha;

Sabão Antisséptico;

Antisséptico Degermante;

Álcool gel.

III. Abrangência

Todos os setores da unidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro do SCIA

- Supervisionar o processo;
- Orientar e observar o processo;
- Treinamento da equipe;
- Compilar os dados referente ao consumo dos insumos para higiene das mãos;
- Analisar os indicadores de higiene de mãos

Observar de maneira mais precisa a adesão as práticas de higienização das mãos, identificando o comportamento dos profissionais de saúde e para avaliar as lições aprendidas, bem como as falhas

remanescentes.

Produzir dados sobre a adesão à higienização das mãos que irão contribuir para o planejamento de ações demelhoria contínua.

Produtos Químicos Indicados:

Sabões, Germicidas

Devem ser padronizados pela CCIA e pela equipe de profissionais de saúde.

GERMICIDAS: Classificam-se em esterilizantes, desinfetantes, detergentes, saneantes e antissépticos.

ANTI-SÉPTICOS: Germicidas de baixa causticidade hipoalergênicos, destinados à aplicação na pele e mucosas. São considerados adequados para o uso Hospitalar os seguintes: **Alcoóis, compostos de iodo, iodóforos, clorexidina.**

ÁLCOOIS: alcoóis etílicos: atua por desnaturação de proteína, solução aquosa 70%, seu tempo se ação é imediato, porém sem efeito residual. Tem **excelente** atividade sobre bactérias Gram-positivas e Gram negativas, **boa** atividade sobre *Mycobacterium tuberculosis*, fungos e vírus. O ressecamento pode ser evitado usando glicerina.

IODÓFOROS: mais conhecida é a solução degermante de PVPI a 10%. Não são recomendados no recém- nascido, pois pode ocorrer absorção transcutânea de iodo com supressão da função tireoideana. Atuam por oxidação e substituição por iodo livre. Têm **excelente** atividade sobre bactérias Gram negativas, Myucobacterium tuberculosis, fungos e vírus. Necessita de 2 minutos de contato para a liberação do iodo livre. Tem pouca ação residual e é alteradopela presença da matéria orgânica.

CLOREXIDINA: é frequentemente usada na Europa para degermação de coto umbilical e pele. Evidências indicam que a clorexidina não é tóxica e não é absorvida através da pele no período neonatal. Atua por rotura da parede celular. Tem **excelente** atividade sobre as Gram-positivas, **boa** atividade sobre as Gram negativas e vírus, **pouca** atuação sobre *Mycobacterium tuberculosis*, **nenhuma** sobre fungos. Tem excelente ação residual e é pouco alteradapela presença de matéria orgânica. Ação residual de até 6 horas.

Técnicas e indicações:

A. HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS: Ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

Finalidade: Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microorganismos.

Duração do procedimento: A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Técnica:

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos a seguir :

1. Molhe as mãos com água;
2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
3. Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. enxague bem as mãos com água;
10. Seque as mãos com papel toalha descartável
11. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha; 11 – Agora as suas mãos estão seguras.

Indicação:

- Sempre que estiverem sujas
- Antes de ministrar medicamentos
- Antes e após manusear cada paciente
- No preparo e manipulação de materiais e equipamentos
- Após coleta de materiais para exame
- Aplicação de medicação injetável
- Higienização e troca de roupa de paciente
- Antes e após comer, beber, fumar, preparar comidas ou lidar com cosméticos ou usar o sanitário
- Imediatamente após a remoção das luvas
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente.
- Antes e após do contato com o paciente
- Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.
- Antes e após a remoção das luvas.

B. HIGIENIZAÇÃO E ANTI-SEPSIA DAS MÃOS*:* ato de higienizar as mãos com água e sabão antisséptico.

Tempo: 5 minutos

Técnica: usar antissépticos com movimentos de fricções nas faces das mãos, espaços interdigitais, articulações, extremidades dos dedos e antebraços.

Indicações: procedimento cirúrgico em geral; biópsia, cateterismos, traqueostomias, punções e drenagens, pequenas cirurgias.

C. FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA:

Aplicação de preparo alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microorganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida: preparação contento álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma, e outras.

Preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório *in vitro,* destinadas a reduzir o número de microrganismos.

Momentos

- Antes de ter contato com o paciente.
- Após ter contato com o paciente.
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos.
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico.
- Após risco de exposição a fluidos corporais.
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente.
- Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.
- Antes e após a remoção das luvas.

Finalidade

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

Duração do procedimento: A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

Técnica

Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica :

1 Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todasas superfícies das mãos.

2 Friccione as palmas das mãos entre si;

3 Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;

4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;

5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentovai-e-vem e vice-versa;

6 Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;

7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimentocircular e vice-versa;

8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

D. DEGERMAÇÃO DA PELE DAS MÃOS

Finalidade: Tem por objetivo eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

Deverá ser realizada no pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica); Antes da realização de procedimentos invasivos (e.g., inserção de cateter intravascular central, punções,drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros).

Duração do Procedimento: de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subseqüentes.

Técnica:

1 Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos.

2 Recolher, com as mãos em concha, o antiséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.

3 Limpar sob as unhas com as cerdas da escova.

4 Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.

5 Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor.

6 Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

OBS.: Podemos higienizar as mãos com álcool quantas vezes for preciso, desde que não haja sujidade visível. De maneira prática, sabemos que, após 3 a 4 aplicações de soluções à base de álcool sobre as

mãos, sentimos a necessidade de lavá-las.

RECOMENDAÇÕES,

As indicações para higiene das mãos contemplam:

a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água.

Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) ou após uso do banheiro(II);

Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada,inclusive surtos de C. difficile. (IB);

Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica (IB).

b) Higienizar as mãos com preparação alcoólica

Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA) e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas(IB);

Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos (IB);

Obs. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizadosconcomitantemente (II).

Para uma eficaz HM, a técnica empregada e a duração do procedimento são essenciais, além disto, antes de iniciar a técnica, é necessário retirar adornos como anéis, pulseiras e relógios, pois estes podem dificultar a remoção dos microrganismos ou acumulá-los nas mãos.

Cuidados Especiais

Cuidado com o uso de luvas

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve seradotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir :

- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato commucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os micro-organismos das mãos do profissional contaminarem o campooperatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de micro-organismos de um paciente para outro nassituações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro,limpo;
- Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estivercom luvas;
- Nunca lave ou use novamente o mesmo par de luvas;

- Realizar técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos: Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta; Segere a luva removida com a mão enluvada;Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva; Descarte as luvas em lixeira apropriada.
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas;

Cuidados com a pele das mãos

Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele das mãos:

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que ahigiene com sabonete líquido e água;
- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- O uso de cremes de proteção para as mãos ajudam a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveiscom os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

Os seguintes comportamentos devem ser evitados:

- Utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos;
- Utilizar água quente para lavar mãos com sabonete líquido e água;
- Calçar luvas com as mãos molhadas, levando a riscos de causar irritação;
- Higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- Usar luvas fora das recomendações.

Os seguintes princípios devem ser seguidos:

- Enxaguar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete antisséptico;
- Friccionar as mãos até a completa evaporação da preparação alcoólica;
- Secar cuidadosamente as mãos após lavar com sabonete líquido e água;
- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras e anéis, etc;
- Aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

Enfermeiro do SCIA realizará a análise do compilado do consumo de álcool em gel e sabonete líquido mensalmente através de planilha disponibilizada pelo serviço de Higiene e Limpeza com os dados estratificado por setor. Diariamente enfermeiro do SCIA realizarão observação direta de higiene das mãos, utilizando formulário padrão de observação direta da ANVISA. Estará disponível

no SigQuali o indicador de mensuração da utilização dos químicos na instituição e o indicador de observação direta de higiene das mãos.

Indicadores

CONSUMO DE PREPARAÇÃO ALCOOLICA PARA HIGIENE DA MÃOS

Numerador: Total do consumo de preparação alcoólica gel (mL) na unidade, por mês;

Denominador: Número de paciente - dia na unidade, no mês

Cálculo: Dividir numerador por denominador

Periodicidade: Mensal

CONSUMO DE SABONETE LIQUIDO PARA HIGIENE DA MÃOS

Numerador: Total do consumo de sabonete (mL) na unidade, por mês

Denominador: Número de paciente - dia na unidade, no mês

Cálculo: Dividir numerador por denominador

Periodicidade: Mensal

TAXA DE ADESÃO A HIGIENE DAS MÃOS

Numerador: Número de conformidades de higiene de mãos observadas;

Denominador: Número oportunidades de higiene de mãos observadas Cálculo: Dividir numerador por denominador e multiplicar por 100.

V. Siglas e Definições

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; IRAS: Infecções Relacionadas á Assistência à Saúde.

VI. Anexos

Quadro 1 -Sistema de classificação das recomendações das Diretrizes.

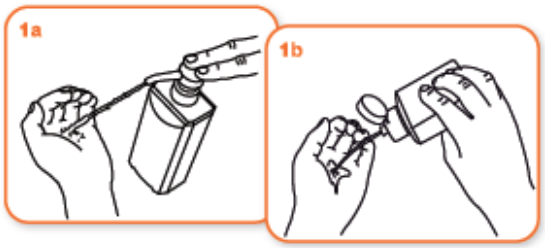
Categoria	Critérios
IA	Fortemente recomendada para implementação e fortemente apoiada por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem elaborados
IB	Fortemente recomendada para implementação e apoiada por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e uma forte fundamentação teórica
IC	Necessária para a implementação, conforme estabelecido por regulamento ou norma federal e/ou estadual
II	Sugerida para implementação e apoiada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou uma fundamentação teórica ou o consenso de um painel de especialistas

Os 5 Momentos	Recomendações Diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde (WHO, 2009a)
1. Antes de tocar o paciente	D.a) antes e após contato com o paciente (IB)
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico	D.b) antes de manusear um dispositivo invasivo , independentemente do uso ou não de luvas (IB) D.d) ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB)
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais	D.c) após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo (IA) D.d) ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB)) D.f) após remover luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB)
4. Após tocar o paciente	D.a) antes e após contato com o paciente (IB) D.f) após remover luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB)
5. Após tocar as superfícies próximas ao paciente	D.e) após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas imediações do paciente (IB) D.f) após remover luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB)

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**

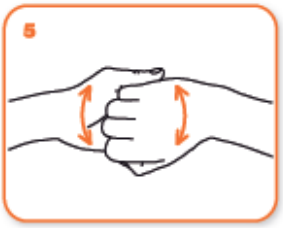


Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.

Friccione as palmas das mãos entre si.

Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.

Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.

Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.

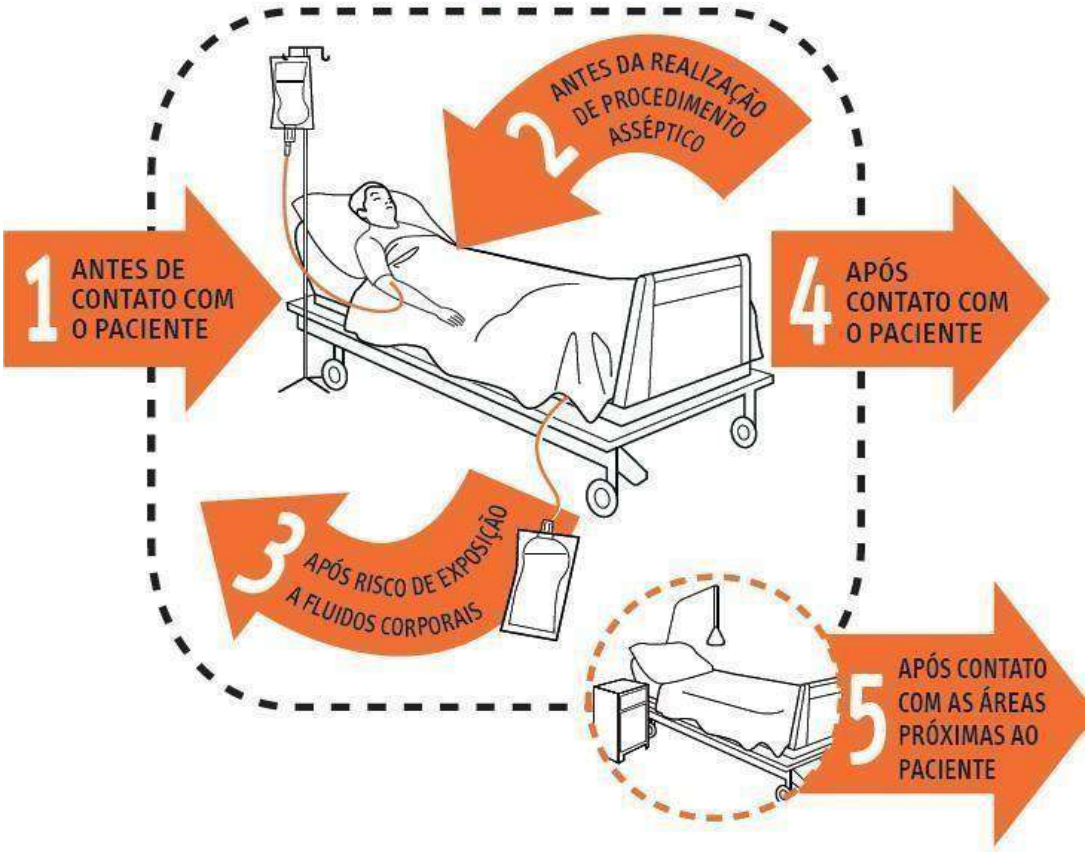
Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

Como Higienizar as mãos com água e sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

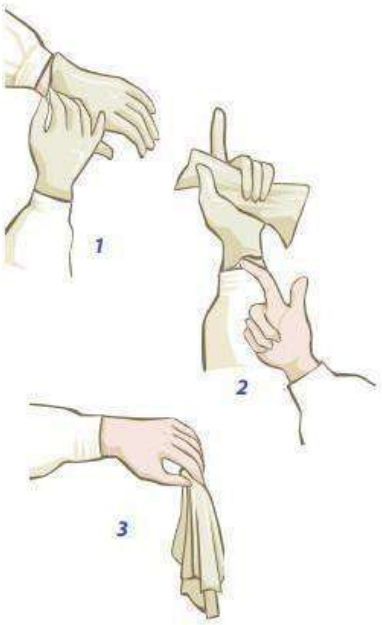
Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Retirada correta da Luva:



VII. Referências

1) Infecção hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde – Antônio Tadeu Fernandes.
2) Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar - Doutora : Rosana Richtmann.
3) Manual Segurança do Paciente em Serviço de Saúde – Higiene das Mãos. ANVISA 2009.
4) RDC 36 de 25 de julho de 2013.
5) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada

à Assistênciaà Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

6) Manual Segurança do Paciente Higienização das Mãos – disponível em http://www.anvisa.gov.br /servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

I. Objetivos

Reduzir a ocorrência de queda do paciente no ambiente ambulatórial, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, que garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Essas medidas visam resguardar a dignidade do paciente, nortear o atendimento imediato pós-queda, fornecer indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde e proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, seguro e qualificado aos clientes e familiares.

II. Materiais

- Formulário para avaliação de risco para quedas;
- Ficha para notificação de quedas na Área de Trabalho de todos os computadores da Instituição e um trabalho com gestão a vista usando QR CODE para notificar.
- Etiqueta de bola amarela

III. Abrangência

As recomendações deste protocolo aplicam-se a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço e abrangem todo o período de permanência do paciente e todos os ambientes da unidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

O risco de queda de pacientes está presente em hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico eterapêutico. Estudos indicam uma taxa de queda de pacientes em instituições e hospitais de países desenvolvidosque variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo esses estudos, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e nas unidades de internação.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientesque não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco. Um estudo realizado em um hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda empacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos de recreação espalhados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreram na presença dos pais. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que de 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdural e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair novamente o que acaba por aumentar o risco de uma nova queda.

Quedas de pacientes podem interferir na continuidade do cuidado, pois novas comorbidades podem aparecer em decorrência a queda também podem ocasionar repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal.

A queda de pacientes geralmente está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Entre os fatores atribuídos ao paciente destacam- se: idade avançada(principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária,uso de medicamentos e hipotensão postural. Já com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados ou avariados, objetos espalhados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação de pessoal na equipe multiprofissional ou ausência de um cuidador quando necessário.

As intervenções envolvendo toda equipe multiprofissional tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções a avaliação do risco de queda, a identificação do paciente com risco através da sinalização na pulseira, a educação dos pacientes, dos cuidadores e dos profissionais responsáveis, a revisão após a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas e danos causados.

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente na unidade, com o emprego de uma Escala de Quedas de Morse em pacientes adultos e Escala HumptyDumpty em pacientes pediátricos.

Nas avaliações deve-se levar em consideração a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, como osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas, que podem agravar o dano decorrente de queda.

Os fatores contribuintes para ocorrência de quedas na unidade, são:

- Idade superior a 65 anos e inferior a 5 anos;
- História prévia de queda;
- Declínio Cognitivo (nível consciência, depressão, ansiedade);
- Comorbidades: AVE (prévio), Parkinson, Alzheimer;
- Presença de fraturas;
- Uso de dispositivo de auxílio a marcha (ex.: bengala, muletas e andador);
- Alterações no equilíbrio corporal, marcha e mobilidade;

Identificação do Risco de Queda:

Após realizar a avaliação do risco de queda e detectar que o paciente tem risco de cair, deverá ser identificado na sua pulseira de identificação, através de adesivos coloridos como sinalização e alerta para toda equipe, sendo definido para o risco de queda a cor amarela:

Risco de quedas.

V. Siglas e Definições

❖ **Escala de Quedas de Morse (MFS):** é uma escala de avaliação do risco de queda, desenvolvida para adultos e amplamente utilizada no Brasil. A escala deve ser calibrada para cada contexto para que as estratégias de prevenção sejam dirigidas aos doentes que estão em maior risco. Esta escala foi publicada por Janice Morse em 1985 e é composta por seis critérios para a avaliação do risco de quedas. Escala de Morse:

QUEDA FISIO. NO PRESENTE E ULTIMO ANO:

0 - **NÃO** (Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses).

25 – **SIM** (Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar).

DOENÇAS CRONICAS E MULTIMEDICAÇÃO:

0 – **NÃO** (Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico).15 – **SIM** (Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico).

VERIFICA USO OU NÃO DE DISPOSITIVO/APOIO:

0 - **SEM APOIO** (se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou se deambulacom a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não saida cama sozinho).

15 – **AUXILIO DE MARCHA** (se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador).

30 - **APOIO EM MOBILIA** (se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes).

HIDRATAÇÃO VENOSA DE FORMA CONTINUA:

0 – **NÃO** (Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. (Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmenteimplantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso).

20 - **SIM** (Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado).

DIFICULD. DESENV. AVD. PROBL. ARTIC. MMII:

0- **NORMAL:** (Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente aolado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamadoe/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).

10 - DESEQUILIBRIO FACIL: (Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de

maneira leve somente para se sentirseguro, não para se manter ereto).

20 – DÉFICIT DE MARCHA: (O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixadae ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxilio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminharsem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas).

Estado CONFUSÃO AGUDA / CRONICA / INTERMIT.:

0 – **CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES** (Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinhoou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou comsua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz).

15 - **NÃO CONSCIENTE DE SUAS LIMITAÇÕES** (Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está super estimando suas habilidades e esquecendo suas limitações).

Observação: Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos, totalizando um escorede risco, cuja classificação é a seguinte:
RISCO BAIXO, de 0 até 24;
RISCO MÉDIO, de 25 até 44
RISCO ALTO, ≥45.
Quando o risco for ALTO ≥45 a identificação do risco de queda deverá ser sinalizado pela etiqueta azul (bola) na pulseira de identificação e na identificação do paciente a beira leito e a placa de sinalização.

❖ **Escala de Humpty Dumpty:** esta escala foi criada em 2007 e diferencia a população pediátrica do hospital em categorias de baixo ou alto risco de quedas com base em fatores específicos. Dentre eles podemos citar: idade, sexo, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores do paciente e fatores ambientais (histórico de quedas, a colocação de cama adequada à idade da criança, equipamento / mobiliário e uso de dispositivos de assistência), resposta a cirurgias / sedação / anestesia e uso de medicação.
Na Escala Humpty-Dumpty adaptada, são atribuidos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório

desses pontos definirão o risco de queda.

A criança será classificada com alto risco de queda ou baixo risco de queda:
Baixo risco de queda: de 7 a 11 pontos na escala Humpty-Dumpty;
Alto risco de queda: de 12 a 22 pontos na escala Humpty-Dumpty

Dessa forma, crianças com menos de 3 anos têm pontuação mais alta do que aquelas com mais de 13 anos de idade; meninos pontuam mais do que meninas; bem como crianças com diagnósticos neurológicos, histórico de queda e utilizando dois ou mais medicamentos da classe dos sedativos, antidepressivos, laxantes, entre outros também somam mais pontos.
Após a somatória, pacientes que computam de 7 a 11 pontos são classificados com baixo risco de queda e aqueles com pontuação entre 12 e 22 com alto risco de queda.

Cuidados de Enfermagem e as Medidas Preventivas

- Criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos);
- Orientação e supervisão do uso de vestuário e calçados adequados;
- Movimentação segura dos pacientes;
- Adequação das acomodações e do mobiliário a faixa etária, aos pacientes pediátricos;
- Orientações aos pacientes e familiares sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência.

Prevenção de quedas em pacientes pediátricos é difícil devido à imprevisibilidade das quedas como resultado de uma alteração cognitiva, crescimento e desenvolvimento da criança. Evidencia-se a importância da detecção dos pacientes de risco, da utilização de protocolos de prevenção de quedas e de realizarem-se adequações físicas do ambiente e do mobiliário hospitalar com vista à segurança do paciente durante a internação.

Fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda:

a) Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
b) Psicocognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

- Acidente vascular cerebral prévio,
- Hipotensão postural,
- Tonteira,
- Baixo índice de massa corpórea,

- Anemias,
- Insônia,
- Incontinência ou urgência miccional ou para evacuação,
- Artrite,
- Osteoporose,
- Alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia),
- Convulsões,
- Síncope.

b) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD's), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, amputação de membros inferiores, problemas articulares e deformidades nos membros inferiores.

c) Comprometimento Sensorial: comprometimento da visão, audição ou tato.

d) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

e) Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos,
- Antiarrítmicos,
- Anti-Histamínicos,
- Antipsicóticos,
- Antidepressivos,
- Digoxina,
- Diuréticos,
- Laxativos,
- Relaxantes Musculares,
- Vasodilatadores,
- Hipoglicemiantes Orais,
- Insulina,
- Polifarmácia (Uso de 5 ou mais medicações).

f) Obesidade mórbida.

g) História prévia de quedas.

➢ **Perfil de paciente com alto risco de queda:**

a) Paciente independente que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente.

b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.

c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou

transferência, comou sem a presença de fatores predisponente.

Entrar em rotinas de enfermagem

Avaliações / evoluções depois novo documento e digitar o nome da escala

Preenchimento da escala

- **Perfil de paciente com baixo risco de queda:**

a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatorespredisponentes.

b) Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.

- **Análise dos pacientes:**

A realização de análise dos pacientes que sofreram queda permite a identificação de fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

- **Procedimento Operacional Padrão:**

- Avaliação inicial do risco de queda do paciente (Formulário para avaliação de risco para prevençãode quedas).
- Identificação do profissional responsável pela definição das medidas específicas de prevenção de queda.
- Orientação do paciente e dos familiares sobre medidas preventivas individuais, orientações gerais a pacientes e acompanhantes.
- Colocar sinalização para pacientes com risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado.
- Implementação dos procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes com risco de queda.
- Definição de supervisão periódica no caso de pacientes em uso de medicação que aumente o risco de queda.
- Adoção de processos para garantir o atendimento imediato ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.
- Avaliação e tratamento dos pacientes que sofreram queda e investigação pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

- **Responsabilidades:**

- Equipe Multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar em Enfermagem, Farmacêutico e Fisioterapeuta, Serviço de Higiene e Limpeza)
- Orientar o cliente e familiares sobre o risco para quedas e os possíveis danos decorrente. Prestarassistência prontamente quando o cliente solicitar ou necessitar.
- Realizar o registro completo no prontuário e realizar a notificação do evento atráves do QR Code e/ou ícone que está disponível nos setores e na área de serviço de todos os computadores da

Instituição.

- **Plano de Trabalho Multiprofissional: Enfermeiro:**

- Avaliar o risco de queda pela escala de MORSE.
- Inserir o risco de queda na ficha de identificação do cliente.
- Identificar paciente que apresenta risco médio e alto com adesivo circular amarelo.
- Alocar o cliente com risco elevado para queda próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
- Avaliar necessidade de acompanhante.

- **Enfermeiro, Fisioterapeuta e Médico:**

- Avaliar a independência, a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo demarcha do cliente (andador, muleta e bengala).
- Atenção aos calçados utilizados pelos clientes.
- Orientar o paciente a levantar devagar, sentar no leito e apoiar os pés sobre a escada ou no chão, paradepois sair da cama (essa orientação também deve ser dada ao acompanhante).
- Oferecer suporte de soro com rodas sempre que necessário.

- **Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Fisioterapeuta:**

- Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.
- Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamentoda assistência relacionado à mobilização deste paciente.
- Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente.
- Checar o bom funcionamento/integridade da maca, cadeira de rodas ou do outro meio de locomoção,antes de transportar o paciente.
- Transportar o cliente na cadeira de rodas e na maca com as grades elevadas.
- Orientar os cuidadores que as crianças não podem correr pelas dependências da unidade.

- **Técnico de Enfermagem:**

- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente;
- Permanecer ao lado do paciente cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica.
- Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico.
- Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames.

- **Médico:**

- Orientar o cliente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas

que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.

- Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).

➢ **Farmacêutico:**

Orientar a equipe quando houver dúvidas relacionadas aos riscos de determinados medicamentos;
Divulgar lista de medicamentos associados à ocorrência de quedas e recomendações para minimizar os riscos.

➢ **Fisioterapeuta:**

Realizar avaliação da força muscular utilizando a escala Medical Research Council (MRC), sensibilidade e marcha do paciente com dificuldade de locomoção, programando e realizando o tratamento específico paramelhora do quadro e prevenir o risco de queda.

➢ **Equipe Multiprofissional:**

Em caso de hipotensão postural: Orientar o cliente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°,e sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.
No caso de transporte intra-hospitalar do cliente, seguir todas as medidas de segurança necessárias.
No caso de queda constatada: Informar imediatamente a equipe de enfermagem;
Avaliar a ocorrência de danos físicos para iniciar o protocolo de assistência (sem danos físicos ou com danofísicos).
Notificar a queda no ícone que consta na Área de Trabalho de todos os computadores da instituição. A partir danotificação no sistema, o relato é encaminhado para o Serviço de Qualidade do Hospital e posteriormente analisado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

➢ **Serviço de Higiene e Limpeza:**

Utilizar as placas de identificação alertando para “Piso Molhado” ao realizar a limpeza dos quartos, banheiros, corredores e ao identificar vazamentos.

Observação: Cabe a equipe multiprofissional, responsáveis técnicos de cada categoria e chefia das unidades assistenciais, supervisionar o cumprimento desse protocolo. Se identificado qualquer fator contribuinte ao evento adverso tomar ações preventivas, comunicar as chefias, notificar o evento ou near miss (quase erro) no Ícone do Evento Adverso e propor educação em serviço para toda a equipe.

Na unidade são adotadas algumas medidas de prevenção, em banheiros pisos antiderrapantes, iluminação adequada, corredores livres de obstáculos, educação dos pacientes quanto aos riscos.

Através da aplicação de um protocolo de prevenção de quedas e da utilização de instrumentos como a escala de Morse para pacientes adultos e de Humpty Dumpty em pacientes pediátricos é possível construirmos indicadores assistenciais nesta temática.

Segundo consta na série da Anvisa Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática temos que o "índice de quedas faz parte dos chamados indicadores de segurança do paciente, representativos das estruturas e dos processos assistenciais, sendo fundamental seu acompanhamento para identificar aspectos relevantes das causas de quedas nas instituições" (ANVISA, 2017, p.71).

A queda representa um evento adverso relacionado à assistência, devendo o mesmo ser notificado, atentando aos seguintes itens de caracterização:

- Tipo de queda (tropeçar, escorregar, desmaio, perda do equilíbrio)
- Local de ocorrência
- Queda envolvendo: berço, cama, cadeira, maca, banheiro, equipamento terapêutico ou diagnóstico,Escadas e degraus, etc
- Turno
- Presença de acompanhante

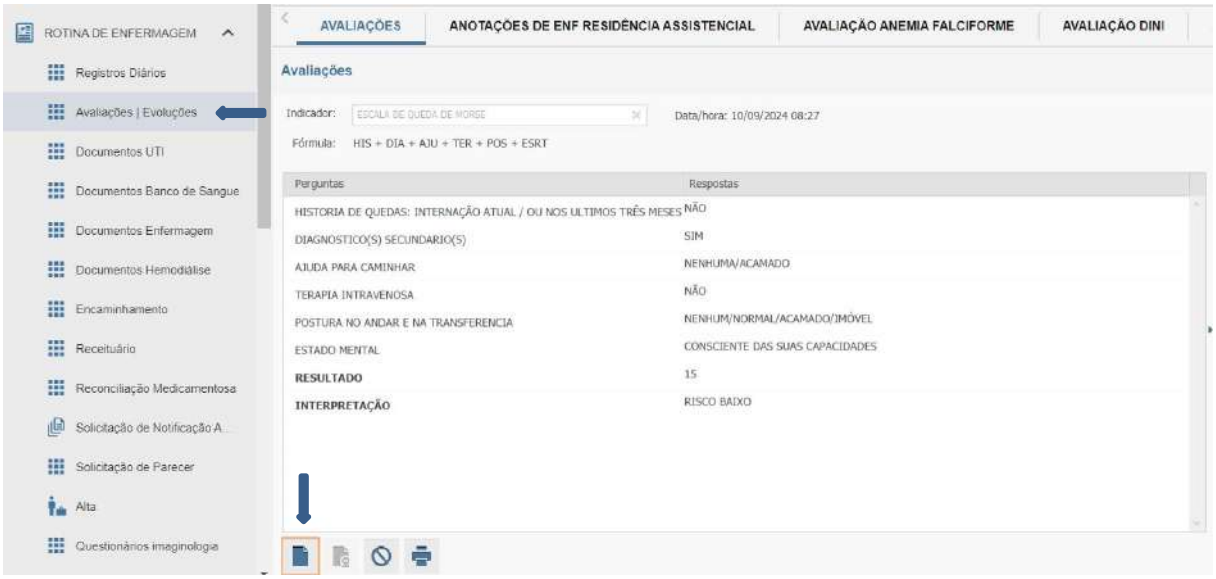
➢ **Indicador**:

Indicador global da escala de morse na unidade Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

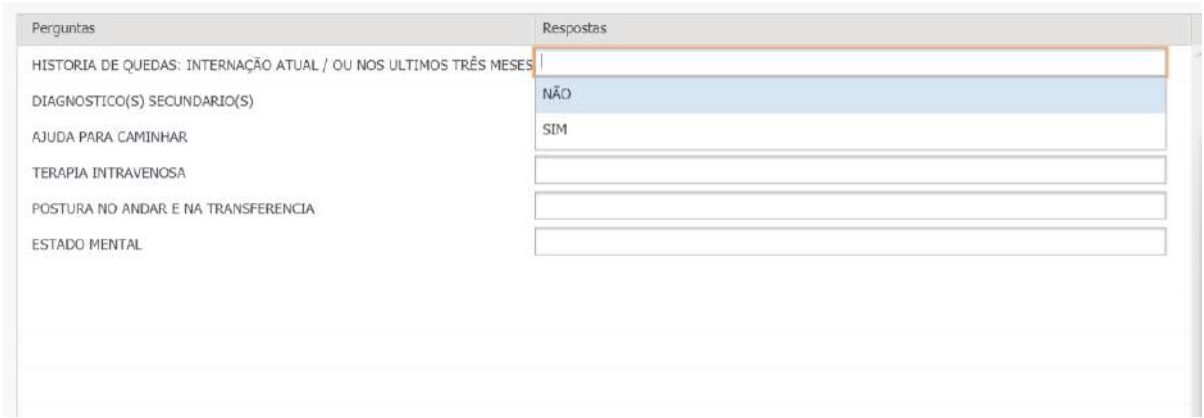
VI. Anexos

- **Escala de Morse feita na evolução do paciente na triagem.**

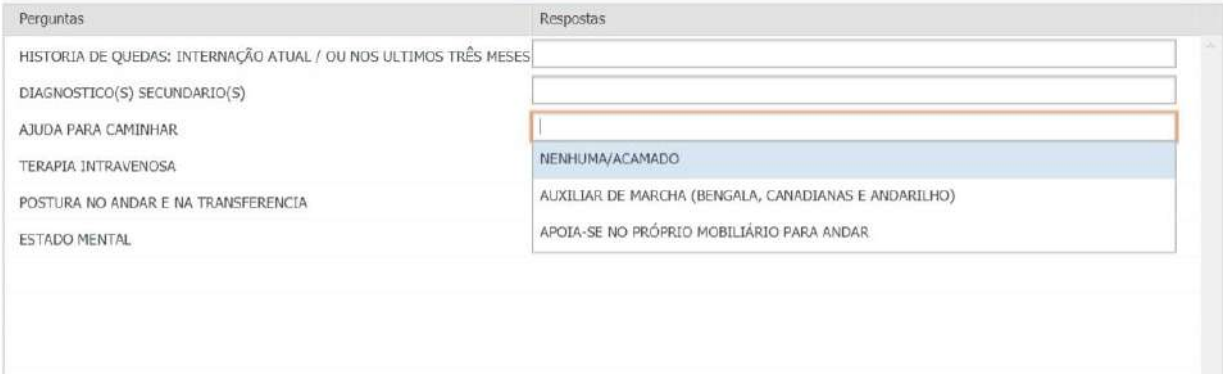
Avaliar o paciente quanto ao risco de queda atraves da "Escala de Morse", clicando na aba de "AVALIAÇÕES | EVOLUÇÕES" e selecionar "NOVO DOCUMENTO";

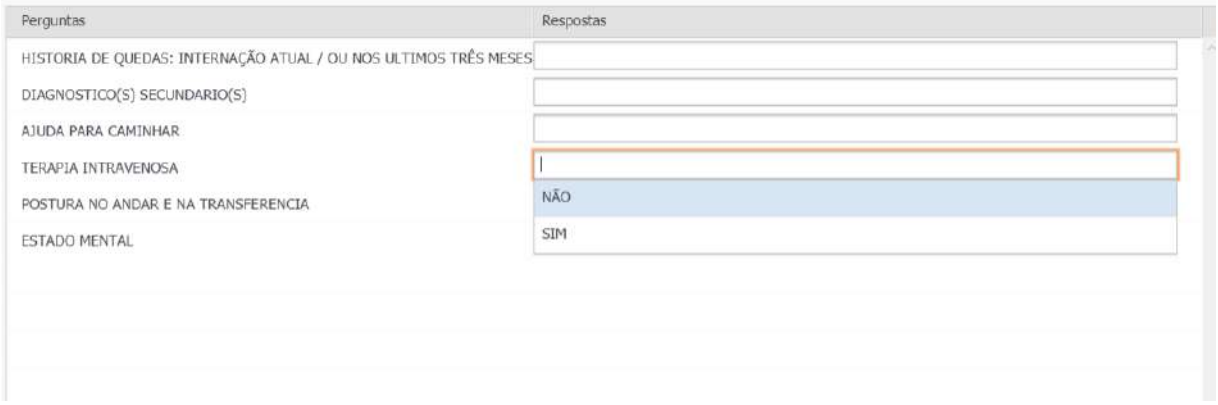


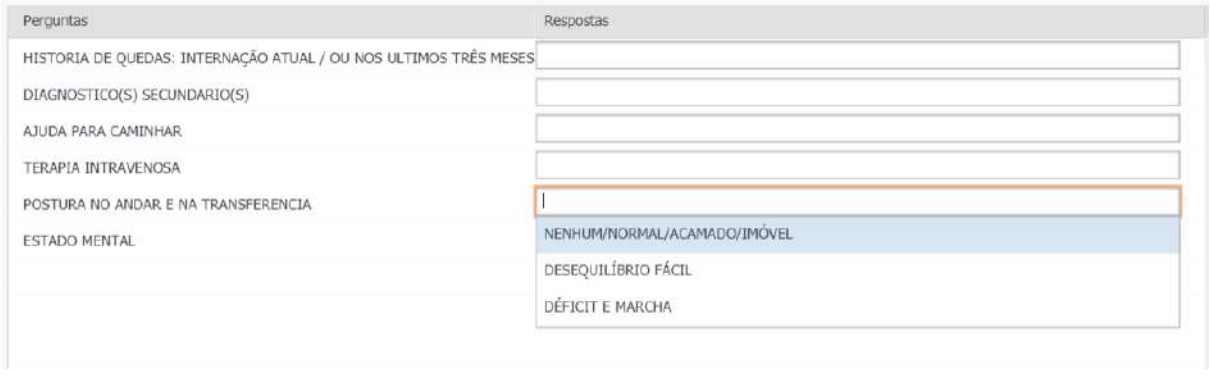
Digite no campo “indicador” a palavra “morse” e selecione a “escala de morse” e preencha os campos necessários.

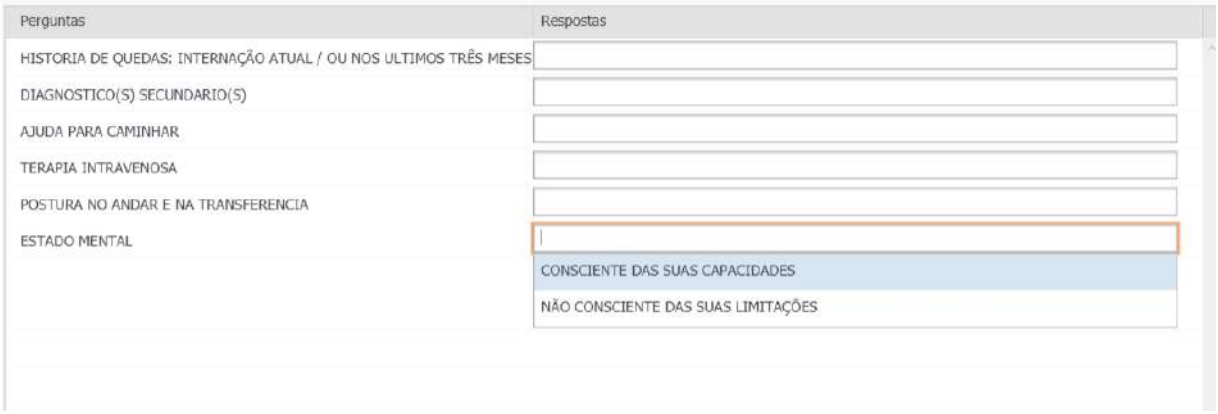


Perguntas
Respostas
HISTORIA DE QUEDAS: INTERNAÇÃO ATUAL / OU NOS ULTIMOS TRÊS MESES
DIAGNOSTICO(S) SECUNDARIO(S)
AJUDA PARA CAMINHAR
TERAPIA INTRAVENOSA
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA
ESTADO MENTAL
NÃO
SIM

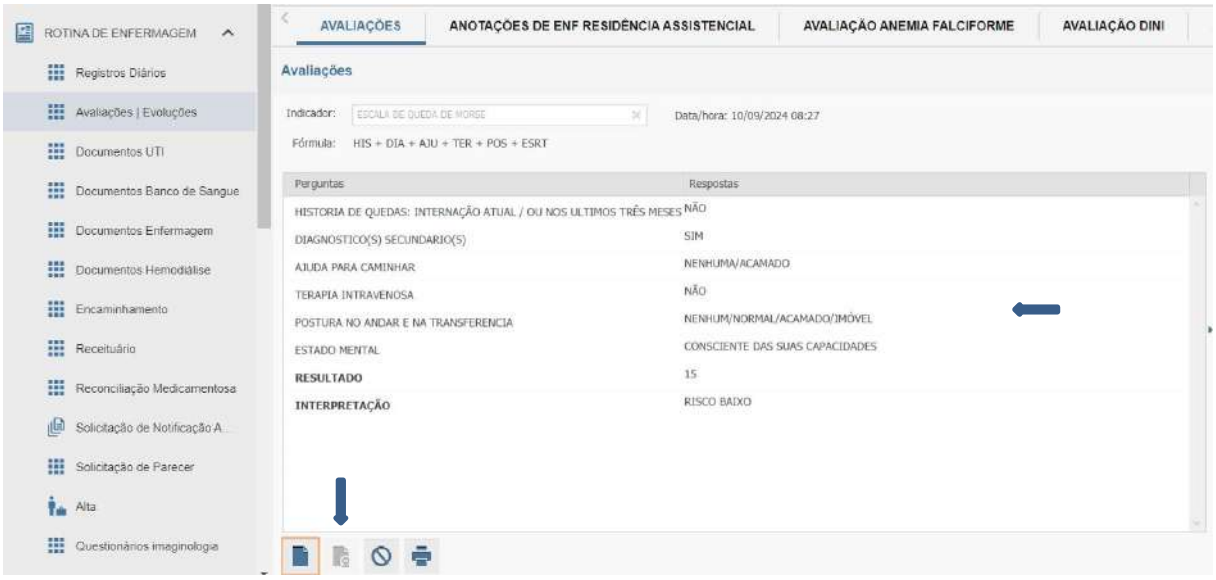

Perguntas
Respostas
HISTORIA DE QUEDAS: INTERNAÇÃO ATUAL / OU NOS ULTIMOS TRÊS MESES
DIAGNOSTICO(S) SECUNDARIO(S)
AJUDA PARA CAMINHAR
TERAPIA INTRAVENOSA
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA
ESTADO MENTAL
NENHUMA/ACAMADO
AUXILIAR DE MARCHA (BENGALA, CANADIANAS E ANDARILHO)
APOIA-SE NO PRÓPRIO MOBILIÁRIO PARA ANDAR


Perguntas
Respostas
HISTORIA DE QUEDAS: INTERNAÇÃO ATUAL / OU NOS ULTIMOS TRÊS MESES
DIAGNOSTICO(S) SECUNDARIO(S)
AJUDA PARA CAMINHAR
TERAPIA INTRAVENOSA
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA
ESTADO MENTAL
NÃO
SIM


Perguntas
Respostas
HISTORIA DE QUEDAS: INTERNAÇÃO ATUAL / OU NOS ULTIMOS TRÊS MESES
DIAGNOSTICO(S) SECUNDARIO(S)
AJUDA PARA CAMINHAR
TERAPIA INTRAVENOSA
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA
ESTADO MENTAL
NENHUM/NORMAL/ACAMADO/IMÓVEL
DESEQUILÍBRIO FÁCIL
DÉFICIT E MARCHA



Clique em salvar e assinar documento para ficar registrado no prontuário do paciente a nova avaliação;



Caso necessário registrar sinais vitais na ficha paciente;

Finalize o atendimento e encaminhando o paciente para o setor desejado conforme mapa da unidade;

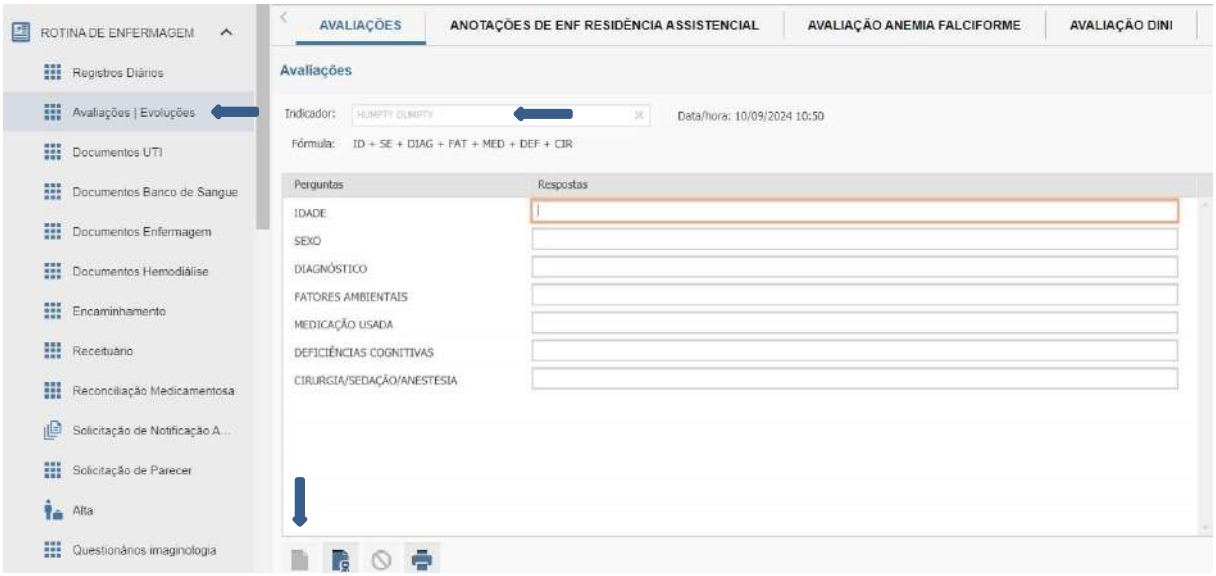
Em caso de alterações de sinais vitais e/ou intercorrências encaminhar e acompanhar paciente para a sala de estabilização aos cuidados da enfermeira(o) do setor;

Oraganizar a sala conforme rotina após os atendimentos.

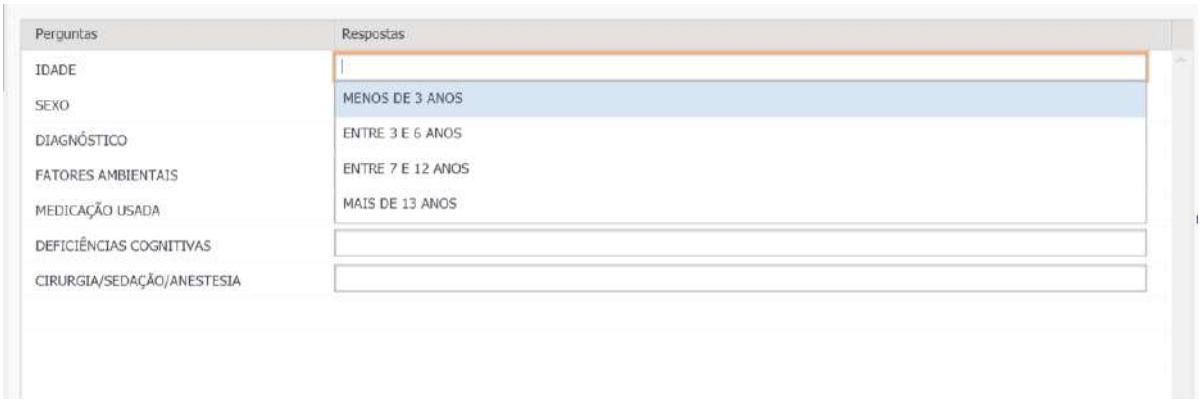
- **Humpty dumpt feita na evolução do paciente na triagem.**

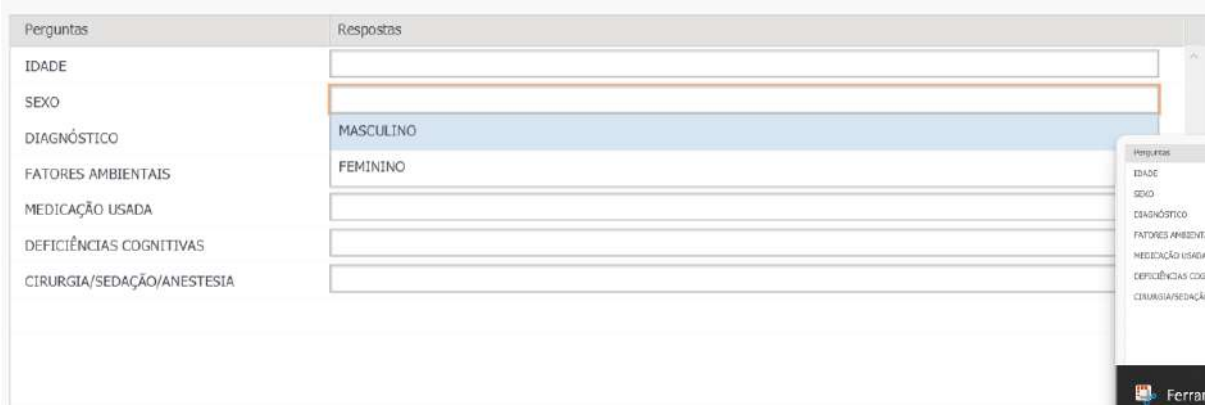
Avaliar o paciente pediatricos quanto ao risco de queda atraves da escala de “Humpty Dumpty”, clicando na aba de “AVALIAÇÕES | EVOLUÇÕES” e selecionar “NOVO DOCUMENTO”;

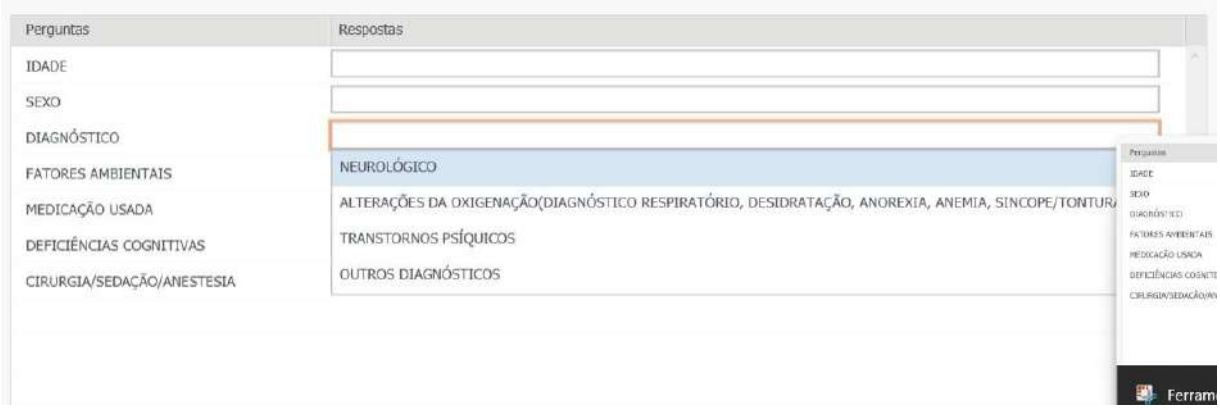
INDICADOR: escreva HUMPTY DUMPTY

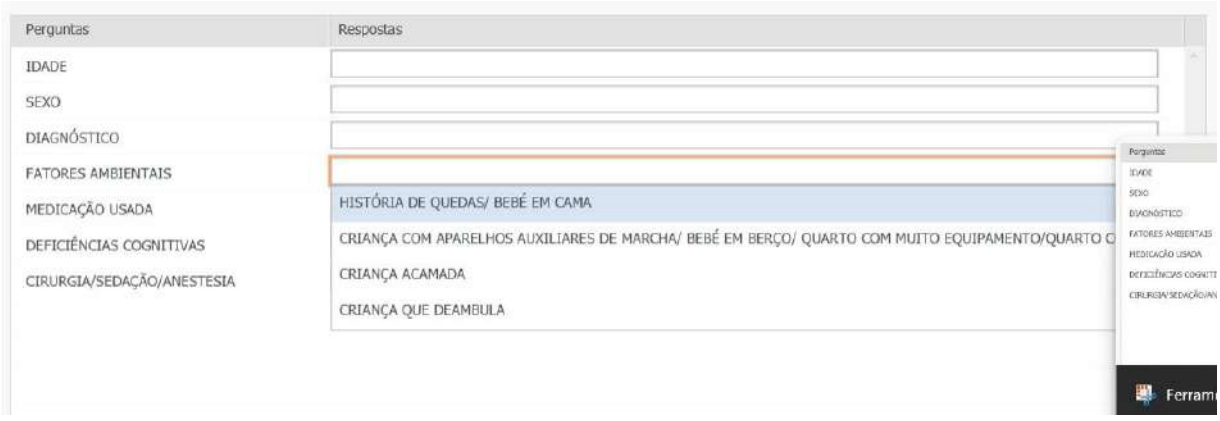


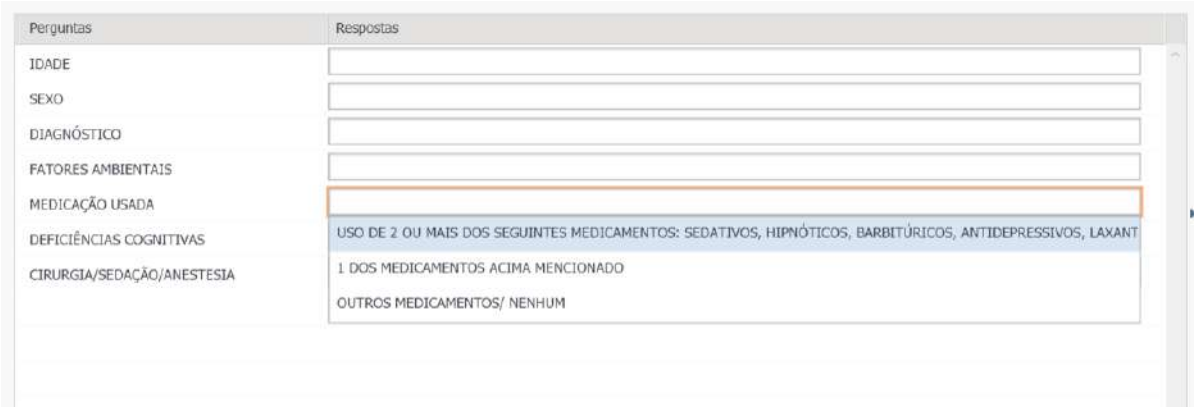
Preencha todos os campos para a avaliação de risco.

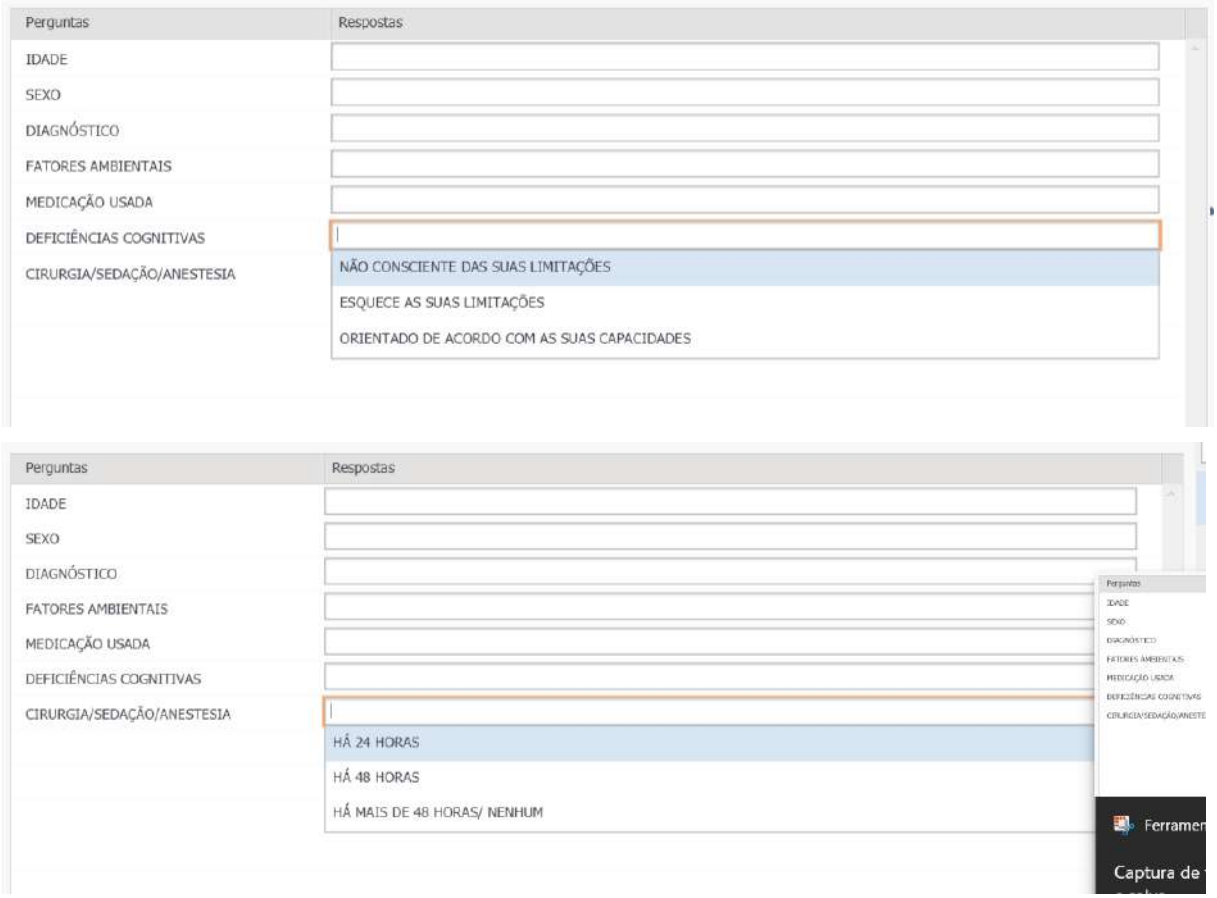



Perguntas
Respostas
IDADE
SEXO
DIAGNÓSTICO
FATORES AMBIENTAIS
MEDICAÇÃO USADA
DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA
MASCULINO
FEMININO

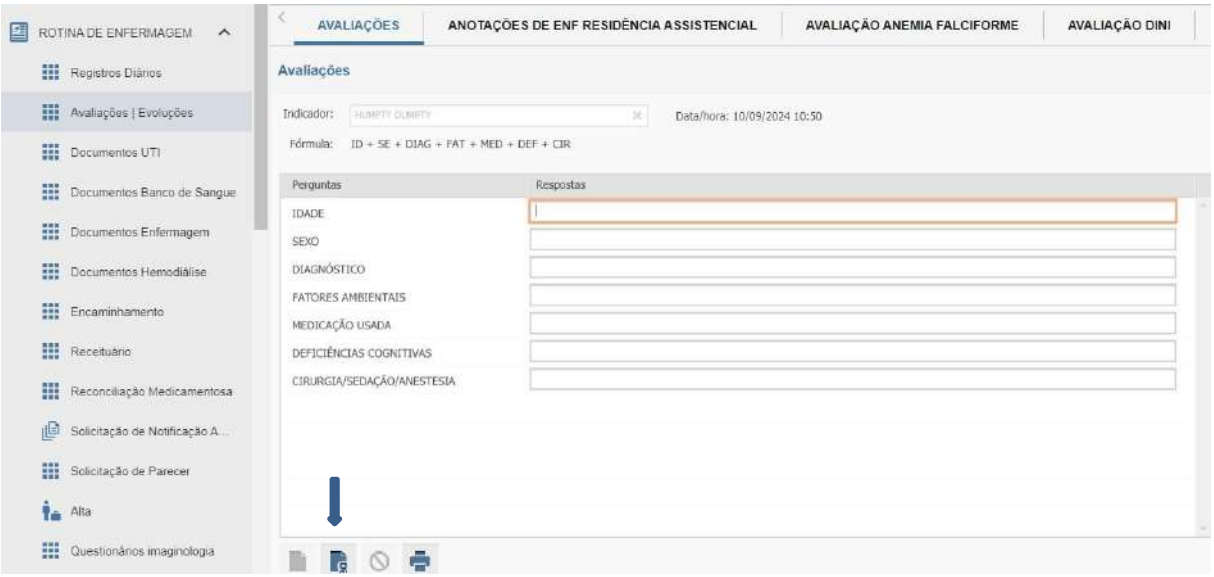

Perguntas
Respostas
IDADE
SEXO
DIAGNÓSTICO
FATORES AMBIENTAIS
MEDICAÇÃO USADA
DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA
NEUROLÓGICO
ALTERAÇÕES DA OXIGENAÇÃO(DIAGNÓSTICO RESPIRATÓRIO, DESIDRATAÇÃO, ANOREXIA, ANEMIA, SINCOPE/TONTURA
TRANSTORNOS PSÍQUICOS
OUTROS DIAGNÓSTICOS


Perguntas
Respostas
IDADE
SEXO
DIAGNÓSTICO
FATORES AMBIENTAIS
MEDICAÇÃO USADA
DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA
HISTÓRIA DE QUEDAS/ BEBÉ EM CAMA
CRIANÇA COM APARELHOS AUXILIARES DE MARCHA/ BEBÉ EM BERÇO/ QUARTO COM MUITO EQUIPAMENTO/QUARTO C
CRIANÇA ACAMADA
CRIANÇA QUE DEAMBULA


Perguntas
Respostas
IDADE
SEXO
DIAGNÓSTICO
FATORES AMBIENTAIS
MEDICAÇÃO USADA
DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA
USO DE 2 OU MAIS DOS SEGUINTES MEDICAMENTOS: SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, BARBITÚRICOS, ANTIDEPRESSIVOS, LAXANT
1 DOS MEDICAMENTOS ACIMA MENCIONADO
OUTROS MEDICAMENTOS/ NENHUM



Clique em salvar e assinar documento para ficar registrado no prontuário do paciente a nova avaliação;



VII. Referências

Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Preventing In-Facility Falls. Making Health Care Safer II: An, Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. January 2015 (19): 178- 200.

ALMEIDA, M.A. et al. Prevenção de quedas em um hospital universitário. In: SEMANA DE ENFERMAGEM,23, 2012, Porto Alegre. Anais. Porto alegre: HCPA, 2012.

Bousnhon B, Nielsen G, Quigley O, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Diponível em: www.ihi.org. Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo prevenção de quedas. Agencia de Vigilância Sanitária e Fiocruz, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento deAssistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALIFÓRNIA. The Medication Errors Panel (2005). “A report from The Medication Errors Panel. Pursuantto California Senate Concurrent Resolution”, SCR 49 (2007) Medication Errors Panel Report. 8.10.

CASSIANI, S. H. B. ; DEUS, N. N. ; CAPUCHO , H. C. . Administración segura de medicamentos. In: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cometto, M.C.; Gómez, P.F.; Dal-Sasso, G.T.M.; Grajales, R.A.Z.; Cassiani, S.H.B.; Morales, C.F.. (Org.). Enfermería y seguridad de los pacientes. 1ed.Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, v. 1, p. 225-238. 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and control.Falls among older adults: an overview. Atlanta: CDC, 2011. 8. COREN. Parecer técnico Cofen-CTA Nº 03/2009. Contenção Mecânica. Distrito Federal, 2009.

COREN-SP/REBRAENSP/SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileirade Enfermagem e Segurança do Paciente. Erros de Medicação. Definições e Estratégias de Prevenção. SãoPaulo, 2011.

Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevewntion in acute care hospitals:a randomized trial. JAMA 2010; 304 (17): 1912-8.

Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança doPaciente, 2012.

Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patiente safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013, 158:390-6.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção.2008. National Database of Nursing Quality Indicators. Guidelines for Data Colecction on the American Nurses Association´s National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls with Injury March, 2012. Disponível em: http://www.odh.ohio.gov/~/ media/ODH/ ASSETS/Files/ dspe/health care service/ nursestaffingmaterials8-2-2010.ashx.12

Ximenes MA, Brandão MG, Macêdo TS, Costa MM, Galindo Neto NM, Caetano JA, et al. Efetividade de tecnologia educacional para prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE01372.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Identificação do paciente.			
Responsável: Núcleo da segurança do paciente	**Código**: PRS NSP 001	**Revisão**: 00	**Data**: 10/09/2024

I. Objetivos

Padronizar as condutas para a correta identificação do paciente na unidade, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, bem como o fortalecimento da gestão de riscos. O processo de identificar o paciente como a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento e assegurar o devido serviço ou tratamento para o paciente certo, adendo a prerrogativa solicitada pela Comissão de Segurança do Paciente, visando a resolução nº 36,de 25 de julho de 2013.

II. Materiais

- Sistema MV
- Pulseira de identificação
- Etiqueta adesiva de identificação.
- Impressora.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais que realizem procedimentos terapêuticos ou diagnósticos.

IV. Descrição dos passos da atividade

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstica. O estado de consciência do paciente, setor ou de profissional dentro da instituição e outras circunstâncias podem levar à identificação incorreta.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

❖ Identificação dos pacientes

A identificação de todos os pacientes internados deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao cuidado.

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, na unidade definiu-se **3** identificadores obrigatórios **(nome completo, data de nascimento e nome da mãe)** de acordo com Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde. A identificação será pela pulseira branca padronizada (vide anexo), colocada em um membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado / procedimento. No caso de reconhecimento de identidade de gênero deverá conter na

identificação o nome registrado e o nome social (conforme modelo em anexo).
Crianças também deveram ser identificadas obrigatoriamente conforme as normas de identificação.

A identificação será realizada por meio de pulseira de identificação no pulso direito, enquanto dos acompanhantes/visitantes adotará a identificação por etiqueta na região do tórax.

Para realizar o cadastro do paciente serão aceitos somente documentos com foto de identificação.
São adotados como identificadores do paciente:

- Nome completo do paciente;
- Nome da mãe do paciente;
- Data de nascimento;
- Nome social do paciente (Em caso de pacientes transgêneros e travestis, deve ser colocado no cadastro e na pulseira se solicitado a utilização pelo paciente).

a) Local para colocação da pulseira

A pulseira de identificação deve ser colocada, preferencialmente, no punho direito. Caso não seja possível a instalação nesse membro, será obedecida a seguinte ordem:

- Punho esquerdo;
- Tornozelo direito;
- Tornozelo esquerdo.

Em caso de crianças e bebês, que tem maior dificuldade para permanecer com a identificação será obedecida a seguinte ordem:

- Tornozelo direito;
- Tornozelo esquerdo.

b) Identificadores a serem utilizados na pulseira:

- Nome completo do paciente, SEM ABREVIATURAS;
- Data de nascimento do paciente;
- Nome da mãe do paciente, SEM ABREVIATURAS.

Caso a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível, a Recepção deve ser comunicada imediatamente, para que seja confeccionada uma nova pulseira para o paciente.

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS NA PULSEIRA

Será utilizado o método de sinalização visual, através de etiquetas adesivas coloridas, afim de padronizar de forma simples e prática a sinalização de riscos para o paciente, para que todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente se atentem e redobrem sua atenção, garantindo assim uma assistência segura e com o mínimo de risco possível.

Ficando assim definido:

Risco de quedas (cor amarela); observando o método da Escala de Morse.

Risco para alergias (cor vermelha).

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Educar o paciente e seu familiar

Para envolver o paciente e seu familiar no processo de identificação correta é necessário que sejam explicados os propósitos dos identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado por todos os profissionais assistenciais. Na unidade a recepção fará a primeira orientação, aos pacientes eletivos, sendo fortalecida diariamente pela equipe assistencial e multiprofissional.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes da prestação de todo o cuidado. Inclui a administração de medicamentos e de hemocomponentes / hemoderivados, da coleta de material para exame e da realização de procedimentos invasivos.

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto. A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na unidade, afim de manter a sua segurança. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

Observação: Em casos de falta de sistema para geração do número de prontuário, anotar na pulseira nome completo do paciente, data de nascimento e nome da mãe. Para garantir a durabilidade da informação, é necessário o uso de canetas especiais para o material da pulseira.

Orientações Gerais

- PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível,soletre) seu nome completo e data de nascimento.
- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo.
- Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

- Lembrar que deve constar o nome completo do paciente,sem abreviaturas.
- NUNCA pergunte ao paciente“você é o Sr.Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar porengano.
- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

V. Siglas e Definições

- **PRS**: Procedimento sistêmico
- **RN**: Recem nascido
- **MSE**: Membro superior esquerdo
- **SESMT**: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalhorapia intensiva
- **UTI:** Unidade de terapia intensiva
- **Segurança do Paciente**: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidadode saúde.
- **Dano**: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Incidente**:evento ou circunstância que poderia ter resultado,ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Evento adverso**:incidente que resulta em dano ao paciente.
- **HMTJ:** Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

VI. Anexos

Anexo I– Etiqueta de identificação dos pacientes

VII. Referências

Protocolo integrante de Programa Nacional de Segurança do Paciente – Elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS de 03/05/2013.

Rotina de identificação correta do paciente – Meta internacional de segurança 1 - Elaborado por Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde (SAS), Instituto nacional de traumatologia e ortopedia Jamil Haddad – última revisão Janeiro/2013.

ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Instrução para o funcionamento do Serviço Social com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO 2028

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

O respeito, a ética, a responsabilidade, a dedicação, a empatia e a compaixão, se comprometendo com a vida e com a saúde das pessoas, zelando sempre pelo bem-estar do paciente e prestando um atendimento humanizado e de qualidade.

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Social englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço Social da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidades:

I. Desempenhar atividade profissional visando o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante a fim de viabilizar o acesso aos direitos e aos meios de exercê-lo, contribuindo para que as necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública, afirmando o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais.

II. Promover o crescimento e desenvolvimento da Equipe do Serviço Social através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando os princípios éticos com dedicação e compromisso;

III. Valorizar o profissional do Serviço Social, através de estratégias e programas voltados à educação permanente e a organização profissional;

IV. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço Social da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está vinculado ao ou à Gerência Assistencial.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Social está assim classificado:

I. Assistente Social. O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio. A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Lei Nº 8.662/93 e Código de Ética do Assistente Social vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os colaboradores do Serviço Social as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º Ao Serviço Social compete:

I. Receber clientes/pacientes, familiares, acompanhantes e públicos em geral;

II. Acolher clientes/pacientes, familiares e acompanhantes de forma humanizada;

III. Conhecer as diretrizes institucionais, políticas normativas, protocolos e fluxos;

IV. Seguir normas e rotinas estabelecidas na unidade de atendimento;

V. Escutar de forma qualificada a demanda;

VI. Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa durante o atendimento;

VII. Atentar para sinais de gravidade ou piora significativa dos clientes/pacientes e comunicar;

VIII. Priorizar cliente/paciente seguindo o Protocolo de Manchester;

IX. Garantir a segurança dos clientes/pacientes, de acordo com Plano de Segurança do Paciente (PSP);

X. Iniciar as medidas preventivas mediante os riscos assistenciais;

XI. Preencher formulários, livros, planilhas e relatórios diariamente e sempre que necessário;

XII. Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;

XIII. Registrar os atendimentos no prontuário eletrônico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos clientes/pacientes e famílias, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas na planilha de registros de atendimentos do serviço social;

XIV. Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contra referência dos usuários/pacientes, famílias e acompanhantes atendidos na unidade, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere aos aspectos sociais;

XV. Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. Assistente Social:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social;

b. Experiência profissional comprovada;

c. Trabalhar em equipe; d. Trabalhar de acordo com o Código de Ética e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

e. Uso de crachá e registro de ponto eletrônico rigorosamente;

f. Ser pontual e assíduo.

II. Assistente Social quando exercendo as atividades de Assistente Social RT compete ainda:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética dos profissionais do Assistente Social, organização do processo de trabalho do Hospital e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe.

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao Assistente Social compete:

I. Dar assistência ao usuário no que se refere às seguintes demandas: usuários/pacientes em situação de vulnerabilidade social; Conflitos familiares; Não adesão ao tratamento; Vítima ou suspeita de violência; Pacientes desacompanhados, sem familiares e sem identificação;

II. Prestar orientações e articular com a rede transferência de pacientes que necessitam de tratamento fora do domicílio;

III. Articular com as equipes da prefeitura para trabalhar as internações domiciliares;

IV. Avaliar e liberar demandas que fogem as regras da unidade como, por exemplo, necessidade de troca fora de horário;

V. Demonstrar pronto atendimento nas seguintes situações: Crianças e adolescentes sem acompanhante; Vítimas de violência doméstica ou abuso sexual; Usuários encaminhados para tratamento fora do domicílio; Casos que necessitam de intervenção de órgãos responsáveis; Usuários sem documentos de identificação; Óbito sem localização de família ou outros vínculos;

VI. Preencher formulários e planilha de produtividade;

VII. Monitorar as ações em desenvolvimento: Busca Ativa; Demanda Espontânea;

VIII. Pesquisar a realidade social de seu entorno, realizando estudos sócio-econômicos, pesquisando os interesses do público-alvo, o perfil do usuário, seu nível de satisfação, as características da área de atuação; estudar a viabilidade de projetos propostos pela organização; coletar e organizar dados;

IX. Planejar, executar e avaliar pesquisas, que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais junto à organização;

X. Promover ação investigativa e interventiva, considerando a autonomia do cliente/paciente como sujeito principal no processo decisório, nas seguintes atividades: acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas circunstâncias de urgência/emergência, alta e atendimento domiciliar;

XI. Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais, caracterizando-a e interpretando os resultados obtidos como elemento de reflexão e de ação ante as questões do cotidiano dos clientes/pacientes, contribuindo também, para a redefinição da prática profissional;

XII. Tomar providências, e prestar orientação social aos pacientes e executar procedimentos técnicos, como: registro de atendimentos, pareceres técnicos, investigação social, elaborar ofícios.

XIII. Conceder informações sobre as normas e rotinas estabelecidas pela unidade aos clientes/pacientes, famílias e acompanhantes;

XIV. Atender e orientar o usuário cliente/paciente, familiar e acompanhante em relação à alta;

XV. Viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;

XVI. Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono;

XVII. Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;

XVIII. Atender e acompanhar sistematicamente os clientes/pacientes, famílias e acompanhantes que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

XIX. Prestar atendimento humanizado, orientando pacientes, acompanhantes, familiares, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;

XX. Zelar pelos equipamentos e materiais disponibilizados para a realização das atividades;

XXI. Zelar pela ética profissional e demais legislações;

XXII. Manter a ordem e limpeza no setor.

Art. 7º. Ao Assistente Social quando exercendo as atividades de Assistente Social RT compete ainda:

I. Coordenar a equipe de assistente social da respectiva unidade;

II. Participar do processo de seleção, treinamento e integração de novos colaboradores;

III. Administrar, planejar, organizar, supervisionar e avaliar o processo assistencial do serviço social, alinhando-a com a gestão da unidade;

IV. Promover a integração do assistente social de modo multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar;

V. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais de saúde;

VI. Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos da unidade;

VII. Realizar o dimensionamento de pessoal de assistente social, conforme o disposto na resolução vigente;

VIII. Realizar reuniões periódicas com a equipe de assistente social, com registro em ata;

IX. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Legislação do Exercício Profissional, Código de Ética e Código Penal Brasileiro;

X. Melhorar o fluxo de pacientes com consequente redução do tempo de espera para ser atendido; XI. Mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção;

XII. Manter controles estatísticos e criteriosos dos pacientes, como instrumentos geradores de dados e informações necessárias à movimentação dos pacientes na unidade, monitoramento do desempenho setorial e ações de âmbitos decisórios;

XIII. Identificar e priorizar as necessidades da unidade, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos;

XIV. Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de atuação profissional;

XV. Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão (POP) que possibilitem a organização,

normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço Social da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosamanterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e 12:45h às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala pausa de 15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Respeitar hierarquia;

II. Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

III. Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da instituição;

IV. Informar a chefia imediata às irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;

V. Tratar com urbanidade as pessoas;

VI. Atender aos clientes/pacientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalva as de ordem médicas e as protegidas em sigilo;

VII. Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições seja referente ao usuário ou da instituição;

VIII. Usar como traje de trabalho jaleco ou uniforme próprio oferecido pela unidade, roupas não transparentes, não apertadas, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmalte íntegro e não usar adornos, obedecendo a Norma Reguladora (NR) 32.

IX. Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;

X. Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

XI. Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pré-estabelecidos;

XII. Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;

XIII. Registrar ponto de forma rigorosa;

XIV. Participar dos treinamentos propostos;

XV. Usar o crachá.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. O colaborador do Serviço Social não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 11. A passagem de plantão é obrigatória devendo ser realizada no setor.

Art. 12. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Direção e ou RT do Serviço Social e ou Gerência Assistencial.

Art. 13. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço Social, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 14. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 15. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Ocorrência Atípica de óbito na Unidade:

Entendendo que o escopo de atendimento e estrutura da unidade não contemplam suporte avançado de atendimento e não ter internação, pode ser necessário em alguns casos por algum mal súbito a ocorrência de óbito na policlínica, sendo assim o serviço social dar´todo suporte adequado e necessário afim de manter o acolhimento e tomada de ações necessárias da comunicação e articulação com município, sendo nestes casos o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos serviços disponíveis na rede de apoio social local;
- Realizar um acolhimento aos familiares e ou acompanhantes de usuário que veio a óbito em local reservado e confortável;
- Intermediar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;

• Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para a obtenção de auxílio-funeral e os demais benefícios disponíveis;

• Orientação sobre trâmites legais para a obtenção da Certidão de Óbito, o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

Acompanhamento de Indicadores de Qualidade do Serviço:

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria da unidade.

SIGLAS

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CRESS - Conselho Regional Serviço Social
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
NR - Norma Reguladora
PSP - Plano de Segurança do Paciente **PEC -** Perfil Estruturado por Competências**PNH -** Política Nacional de Humanização **POP -** Procedimento Operacional Padrão **PRS -** Procedimento Sistêmico
RI - Regimento Interno
RT – Responsável Técnico
RH - Recursos Humanos
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
SUS - Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.662, de 13 de março de 1993. Dispõe sobre Regulamentação da Profissão e Código de Ética do/a Assistente Social. Presidência da República, Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 27 de dez. 2021

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para as abordagens do Serviço Social junto aos pacientes, acompanhantes e familiares na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o assistente social nas abordagens de acolhimento e acompanhamento social junto aos pacientes e seus acompanhantes durante sua passagem para consultas e exames na unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

O trabalho do assistente social na saúde é pautado por alguns processos de atendimentos descritos abaixo para melhor compreender a realidade que está inserido o sujeito / paciente e identificar possíveis aspectos que comprometam sua condição de saúde/ doença, aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento proposto e demais situações que possam ir na direção contrária a garantia de direitos sociais do sujeito/ paciente. A saber:

- **Acompanhamento Social:** Procedimento técnico realizado no Serviço Social, de caráter continuado, por período de tempo determinado correlato ao tratamento dos pacientes da unidade, no qual, via de regra, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. No processo de acompanhamento podem ser realizadas várias atividades, procedimentos e técnicas a depender da complexidade da realidade social e condição de saúde do paciente.
- **Atendimento Social:** Ação socioassistencial voltada para a resolutividade das demandas dos usuários do Serviço Social. Envolve vários procedimentos e atividades do setor.
- **Busca Ativa:** Atividade realizada no âmbito do Serviço Social com o propósito de identificar potenciais usuários do setor para inseri-los na rede de atendimento sócio assistencial.
- **Demanda Social:** Manifestação de necessidades, apresentadas explicitamente pelo usuário ou identificadas pelo assistente social, que exigem intervenções de natureza socioassistencial interna ou externa à unidade onde se realiza o atendimento.

- **Encaminhamento Social:** Procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços na unidade onde se realiza o atendimento ou junto aos órgãos competentes pela satisfação das necessidades do paciente. Os encaminhamentos devem ser feitos para rede de apoio socioassistencial quando houver alguma necessidade de proteção, prevenção de riscos sociais e quando houver situações de violações de direito sociais individuais ou coletivos, a saber:
    a) Mulheres vítimas de violência devem ser encaminhadas ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    b) Crianças e adolescentes em situação de violação de direitos devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar (CT) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    c) Indíviduos em situação de risco social devem ser encaminhados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
    d) Situações de violação aos direitos humanos podem ser notificadas através do telefone 180.
    e) Situações não previstas neste item devem ser articuladas com Assistente Social RT e com a rede de proteção da municipalidade do paciente/ usuário.
- **Entrevista Social:** Técnica utilizada no Serviço Social junto aos pacientes da unidade para levantamento e registro de informações que possibilitem o reconhecimento de suas demandas sociais, vulnerabilidades, contexto familiar e comunitário. Objetivando compor o histórico de vida do paciente e orientar o profissional na definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados durante seu acompanhamento social.
- **Orientação Social:** Atividade de repasse de informações que auxilie o paciente ou seu acompanhante a acessar a rede de atendimento das políticas públicas para a satisfação das suas demandas sociais.
- **Violação de Direitos:** Atentado aos direitos do cidadão, por ação ou omissão, que infrinja norma ou disposição legal, ou contratual, podendo se dar através de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão.
- **Violência Doméstica:** Todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis, contra criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, ou por um cônjuge contra o outro, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima.
- **Vulnerabilidade Social:** Pacientes e acompanhantes com relatos que apontam indícios de contexto individual ou familiar de situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, insegurança alimentar, fragilização de vínculos familiares e comunitários em decorrência das discriminações etárias, étnicas, de

gênero, por deficiência, intolerância religiosa, orientação sexual e discriminações correlatas; e pacientes com vínculos familiares rompidos e sem rede de apoio cuja condição de saúde aguda ou crônica aponte para as necessidades de acompanhamento prolongado e cuidado compartilhado.

DOS PROCEDIMENTOS:

- Identificar-se com nome e profissão;
- Dar as boas-vindas aos pacientes e acompanhantes;
- Contextualizar a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e pontuar as especialidades médicas, os exames disponíveis e o seu papel na assistência à saúde junto às Unidades Básicas de Saúde das microrregiões atendidas e seu suporte fundamental junto à atenção terciária;
- Explicar o passo a passo de como a população pode acessar os serviços da Policlínica a partir das Unidades Básicas de Saúde de referência domiciliar da/o paciente. A saber:
  O acesso se dá através do atendimento inicial em uma Unidade Básica de Saúde no território do paciente, onde será apresentado ao médico da unidade suas queixas e posteriormente, caso necessário referenciado para especialidade médica compatível à sua necessidade. Com isso, o paciente deve procurar a Central de Regulação do seu município para regular via Sistema Estadual de Regulação o seu pedido, aguardando assim a vaga ser disponibilizada na rede de atenção à saúde.
- Estimular pacientes e seus acompanhantes a buscarem, em caso de necessidade, os serviços de saúde disponíveis na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a partir de encaminhamentos da atenção básica;
- Estimular pacientes e acompanhantes a se reconhecerem como sujeitos de direitos conscientizando-os sobre os Direitos e Deveres dos Pacientes;

DIREITOS	DEVERES
Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os colaboradores, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação;	Respeitar o direito dos demais pacientes, colaboradores e prestadores de serviço da unidade, que deverão ser tratados com cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes; utilizando-se do canal de comunicação disponível (ouvidoria) para exercer o seu direito de apresentar reclamações.

Ser identificado pelo seu nome e sobrenome ou nome social e não pelo nome de sua doença, número ou qualquer outra forma;	Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio da instituição colocado a sua disposição;
Ter seus valores e crenças respeitados dentro dos preceitos legais	Portar todos os documentos necessários para autorização da consulta e ou exame e ou procedimento.
Poder identificar as pessoas responsáveis por cada serviço, por meio de uniformes, crachás legíveis, posicionados em lugar de fácil visualização, com fotografia, nome e função.	Respeitar as normas e diretrizes institucionais.
Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, assegurada em qualquer momento do atendimento.	Estar acompanhado de uma pessoa acima de 18 anos e menor de 60 quando solicitado.
Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações através da garantia do sigilo ético profissional dos colaboradores da unidade.	Expressar se entendeu as informações recebidas e fazer perguntas em caso de dúvidas.
Receber informações nítidas e objetivas a respeito de sua doença ou proposta diagnóstica do tratamento.	Zelar pela sua saúde. Observar todas as recomendações e instruções que lhe foram transmitidas pelos profissionais que lhe prestaram ou que estão prestando atendimento, assumindo as consequências da não observação de tais instruções.
Ser orientado sobre os riscos, benefícios e alternativas dos tratamentos e procedimentos que será submetido.	Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias e outras condições de saúde.
Ter acesso a cópia do prontuário de acordo com as normas da instituição podendo consulta-lo a qualquer momento, mesmo após o seu arquivamento pelo prazo estipulado em lei.	Deixar seus pertences com pessoas de sua confiança, sendo vedado a qualquer profissional da instituição a guarda de tais itens.
Solicitar esclarecimento sobre qualquer documento e ou formulário que lhe for solicitado assinatura.	Respeitar a proibição de não fumar nas dependências da unidade.
Ser orientado, informado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu autocuidado na continuidade do tratamento em domicílio.	Respeitar a proibição de não se alimentar nos ambulatórios.
Consentir ou recusa, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação sobre procedimentos, diagnósticos, planos terapêuticos e avaliações clínicas realizadas.	Tratando-se de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente acima relacionado deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.
Receber o adequado tratamento para minimizar o sofrimento de acordo com as possibilidades disponíveis.	
Receber, quando solicitado, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que lhe serão administrados, sua origem e prazo de validade.	

Ter acesso ao setor de Ouvidoria para apresentar sugestões, elogios e reclamações, sendo respeitado sua privacidade, o sigilo e caráter confidencial. Receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

- Estimular pacientes e acompanhantes a avaliarem a qualidade do atendimento prestado na Policlínica participando da Pesquisa de Satisfação do Paciente disponível nas Recepções da Instituição - ressaltando que a avaliação é fundamental no aprimoramento dos serviços públicos, fortalece o controle social democrático e que não acarreta represálias;
- Convidar a/o paciente de primeiro atendimento para participar da Entrevista Social, explicando o objetivo da entrevista e o seu papel no mapeamento de como os determinantes sociais da saúde influenciam e/ou condicionam no seu processo de saúde-doença (deixando claro a não obrigatoriedade da participação);
- Em caso de violação de direitos ou diante de contextos de vulnerabilidade social a/o assistente social deverá prestar orientações de como o paciente e/ou seu acompanhante devem proceder para reclamarem seus direitos junto aos órgãos e instituições competentes;
- Ainda em caso de violação de direitos e/ou diante de contextos de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar os encaminhamentos possíveis e cabíveis junto aos órgãos e instituições competentes mediante recursos disponíveis via contatos telefônicos e/ou virtuais (e-mail institucional). Junto aos pacientes de atendimento recorrente (atendimentos de retorno), em se tratando daqueles em situação de violação de direitos ou de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar acompanhamento social mediante entrevista breve e escuta ativa no intuito de verificar se houve alteração na realidade social do paciente e, em sendo necessário, prestar-lhe novas orientações e realizar novos encaminhamentos no intuito de atender suas demandas sociais;
- Registrar a abordagem social no sistema no intuito de alimentar o prontuário social do paciente e, na medida do possível, nos instrumentais técnicos de sistematização da prática profissional do Serviço Social.
- Em caso de Avaliação Global o paciente deverá chegar a unidade na data e hora agendada, ser recepcionado na recepção de cadastro, passar por acolhimento/ triagem, posteriormente deve, antes do início da Avaliação Global, passar por atendimento com o Serviço Social no intuito de conhecer os aspectos sociais que estão intrínsecos ao processo de saúde/ doença do paciente, de modo a garantir maior efetividade e adesão do tratamento que será proposto pelos demais membros da equipe multiprofissional;

- Ainda sobre a Avaliação Global, o/a Assistente Social deve preencher documento de entrevista social e entregar ao paciente com as informações necessárias que podem auxiliar ou comprometer o plano terapêutico proposto na Avaliação Global (documento em anexo);
- **As informações devem estar explicitamente registradas em prontuário eletrônico do paciente, zelando pelo sigilo profissional quanto as informações prestadas e considerando a importância do preenchimento do documento de "ANAMNESE SOCIAL" no MV PEP.**

IV. Siglas e Definições

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.
ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
APS: Atenção Primária em Saúde.
BPC: Benefício de Prestação Continuada.
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
CEO: Centro Especializado de Odontologia.
CER: Centro Especializado em Reabilitação.
CP – Cuidados Paliativos.
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social.
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.
DSS – Determinantes Sociais da Saúde.
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990).
ESF – Estratégia Saúde da Família.
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.
LEP – Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/1984).
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.
PAEFI – Serviço de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos.
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (2014).
PNH – Política Nacional de Humanização do SUS.
PTS – Projeto Terapêutico Singular.
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993).

LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990).

RAS – Rede de Atenção à Saúde.

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

SAE – Serviço de Assistência Especializada.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SCFV – Serviço de Fortalecimento de Vínculo.

SGQ – Setor de Gestão da Qualidade.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UESF – Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

V. Anexos

POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO			
Título: AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA – AVALIAÇÃO GLOBAL			
Responsável: Serviço Social	**Código**: FOR.SSO.001	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

PACIENTE:	DN:
ENDEREÇO:	

OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS
Informações importantes sobre o contexto familiar, social, cultural e econômico do usuário.

_____, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura e carimbo

VI. Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da Assistência Social**: ASCOM, 2007. 132 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: L7210 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: L8069 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: L8662 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: L8742 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: L10741 (planalto.gov.br) Acesso em 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: L13146 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Código de Ética Profissional dos assistentes sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CFESS. Orientação Normativa 04/2020, de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre o sigilo profissional e a participação de assistente social como testemunha ou perito/a em processos que envolvam usuário/a. Disponível em: Microsoft Word - Orientação normativa 4.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.
Disponível em: Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Disponível em: Microsoft Word - RESOLUCAO 383-99.doc (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Disponível em: Microsoft Word - Resolução 533.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 443, de 23 de maio de 2003. Institui procedimentos para a realização de desagravo público e regulamenta a alínea “E” do artigo 2º do Código de Ética do assistente social / altera e revoga a resolução CFESS nº 294, de 04 de junho de 1994. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 . Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 556, de 15 de setembro de 2009. Procedimentos para efeito da lacração do material técnico e material técnico sigiloso do Serviço Social. Disponível em: Resolucao_CFESS_556-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: Resolucao_CFESS_557-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

I. Objetivos

Procedimento Operacional Padrão para as abordagens do Serviço Social junto aos pacientes, acompanhantes e familiares na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa no intuito de organizar o atendimento da/o assistente social nas abordagens de acolhimento e acompanhamento social junto aos pacientes e seus acompanhantes durante sua passagem para consultas e exames na unidade.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

O trabalho do assistente social na saúde é pautado por alguns processos de atendimentos descritos abaixo para melhor compreender a realidade que está inserido o sujeito / paciente e identificar possíveis aspectos que comprometam sua condição de saúde/ doença, aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento proposto e demais situações que possam ir na direção contrária a garantia de direitos sociais do sujeito/ paciente. A saber:

- **Acompanhamento Social:** Procedimento técnico realizado no Serviço Social, de caráter continuado, por período de tempo determinado correlato ao tratamento dos pacientes da unidade, no qual, via de regra, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. No processo de acompanhamento podem ser realizadas várias atividades, procedimentos e técnicas a depender da complexidade da realidade social e condição de saúde do paciente.
- **Atendimento Social:** Ação sócio assistencial voltada para a resolutividade das demandas dos usuários do Serviço Social. Envolve vários procedimentos e atividades do setor.
- **Busca Ativa:** Atividade realizada no âmbito do Serviço Social com o propósito de identificar potenciais usuários do setor para inseri-los na rede de atendimento sócio assistencial.
- **Demanda Social:** Manifestação de necessidades, apresentadas explicitamente pelo usuário ou identificadas pelo assistente social, que exigem intervenções de natureza sócio assistencial interna ou externa à unidade onde se realiza o atendimento.

- **Encaminhamento Social:** Procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços na unidade onde se realiza o atendimento ou junto aos órgãos competentes pela satisfação das necessidades do paciente. Os encaminhamentos devem ser feitos para rede de apoio sócio assistencial quando houver alguma necessidade de proteção, prevenção de riscos sociais e quando houver situações de violações de direito sociais individuais ou coletivos, a saber:
    a) Mulheres vítimas de violência devem ser encaminhadas ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    b) Crianças e adolescentes em situação de violação de direitos devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar (CT) e/ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
    c) Indivíduos em situação de risco social devem ser encaminhados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
    d) Situações de violação aos direitos humanos podem ser notificadas através do telefone 180.
    e) Situações não previstas neste item devem ser articuladas com Assistente Social RT e com a rede de proteção da municipalidade do paciente/ usuário.
- **Entrevista Social:** Técnica utilizada no Serviço Social junto aos pacientes da unidade para levantamento e registro de informações que possibilitem o reconhecimento de suas demandas sociais, vulnerabilidades, contexto familiar e comunitário. Objetivando compor o histórico de vida do paciente e orientar o profissional na definição dos procedimentos metodológicos a serem adotados durante seu acompanhamento social.
- **Orientação Social:** Atividade de repasse de informações que auxilie o paciente ou seu acompanhante a acessar a rede de atendimento das políticas públicas para a satisfação das suas demandas sociais.
- **Violação de Direitos:** Atentado aos direitos do cidadão, por ação ou omissão, que infrinja norma ou disposição legal, ou contratual, podendo se dar através de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão.
- **Violência Doméstica:** Todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis, contra criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, ou por um cônjuge contra o outro, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima.
- **Vulnerabilidade Social:** Pacientes e acompanhantes com relatos que apontam indícios de contexto individual ou familiar de situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, insegurança alimentar, fragilização de vínculos familiares e comunitários em decorrência das discriminações etárias, étnicas, de

gênero, por deficiência, intolerância religiosa, orientação sexual e discriminações correlatas; e pacientes com vínculos familiares rompidos e sem rede de apoio cuja condição de saúde aguda ou crônica aponte para as necessidades de acompanhamento prolongado e cuidado compartilhado.

-

DOS PROCEDIMENTOS:

- Identificar-se com nome e profissão;
- Dar as boas-vindas aos pacientes e acompanhantes;
- Contextualizar a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa e pontuar as especialidades médicas, os exames disponíveis e o seu papel na assistência à saúde junto às Unidades Básicas de Saúde das microrregiões atendidas e seu suporte fundamental junto à atenção terciária;
- Explicar o passo a passo de como a população pode acessar os serviços da Policlínica a partir das Unidades Básicas de Saúde de referência domiciliar da/o paciente. A saber:
  O acesso se dá através do atendimento inicial em uma Unidade Básica de Saúde no território do paciente, onde será apresentado ao médico da unidade suas queixas e posteriormente, caso necessário referenciado para especialidade médica compatível à sua necessidade. Com isso, o paciente deve procurar a Central de Regulação do seu município para regular via Sistema Estadual de Regulação o seu pedido, aguardando assim a vaga ser disponibilizada na rede de atenção à saúde.
- Estimular pacientes e seus acompanhantes a buscarem, em caso de necessidade, os serviços de saúde disponíveis na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a partir de encaminhamentos da atenção básica;
- Estimular pacientes e acompanhantes a se reconhecerem como sujeitos de direitos conscientizando-os sobre os Direitos e Deveres dos Pacientes;

DIREITOS	DEVERES
Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os colaboradores, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação;	Respeitar o direito dos demais pacientes, colaboradores e prestadores de serviço da unidade, que deverão ser tratados com cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes; utilizando-se do canal de comunicação disponível (ouvidoria) para exercer o seu direito de apresentar reclamações.

Ser identificado pelo seu nome e sobrenome ou nome social e não pelo nome de sua doença, número ou qualquer outra forma;	Zelar e responsabilizar-se pelo patrimônio da instituição colocado a sua disposição;
Ter seus valores e crenças respeitados dentro dos preceitos legais	Portar todos os documentos necessários para autorização da consulta e ou exame e ou procedimento.
Poder identificar as pessoas responsáveis por cada serviço, por meio de uniformes, crachás legíveis, posicionados em lugar de fácil visualização, com fotografia, nome e função.	Respeitar as normas e diretrizes institucionais.
Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, assegurada em qualquer momento do atendimento.	Estar acompanhado de uma pessoa acima de 18 anos e menor de 60 quando solicitado.
Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações através da garantia do sigilo ético profissional dos colaboradores da unidade.	Expressar se entendeu as informações recebidas e fazer perguntas em caso de dúvidas.
Receber informações nítidas e objetivas a respeito de sua doença ou proposta diagnóstica do tratamento.	Zelar pela sua saúde. Observar todas as recomendações e instruções que lhe foram transmitidas pelos profissionais que lhe prestaram ou que estão prestando atendimento, assumindo as consequências da não observação de tais instruções.
Ser orientado sobre os riscos, benefícios e alternativas dos tratamentos e procedimentos que será submetido.	Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias e outras condições de saúde.
Ter acesso a cópia do prontuário de acordo com as normas da instituição podendo consulta-lo a qualquer momento, mesmo após o seu arquivamento pelo prazo estipulado em lei.	Deixar seus pertences com pessoas de sua confiança, sendo vedado a qualquer profissional da instituição a guarda de tais itens.
Solicitar esclarecimento sobre qualquer documento e ou formulário que lhe for solicitado assinatura.	Respeitar a proibição de não fumar nas dependências da unidade.
Ser orientado, informado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu autocuidado na continuidade do tratamento em domicílio.	Respeitar a proibição de não se alimentar nos ambulatórios.
Consentir ou recusa, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação sobre procedimentos, diagnósticos, planos terapêuticos e avaliações clínicas realizadas.	Tratando-se de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente acima relacionado deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.
Receber o adequado tratamento para minimizar o sofrimento de acordo com as possibilidades disponíveis.	
Receber, quando solicitado, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que lhe serão administrados, sua origem e prazo de validade.	

Ter acesso ao setor de Ouvidoria para apresentar sugestões, elogios e reclamações, sendo respeitado sua privacidade, o sigilo e caráter confidencial. Receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.	

- Estimular pacientes e acompanhantes a avaliarem a qualidade do atendimento prestado na Policlínica participando da Pesquisa de Satisfação do Paciente disponível nas Recepções da Instituição - ressaltando que a avaliação é fundamental no aprimoramento dos serviços públicos, fortalece o controle social democrático e que não acarreta represálias;
- Convidar a/o paciente de primeiro atendimento para participar da Entrevista Social, explicando o objetivo da entrevista e o seu papel no mapeamento de como os determinantes sociais da saúde influenciam e/ou condicionam no seu processo de saúde-doença (deixando claro a não obrigatoriedade da participação);
- Em caso de violação de direitos ou diante de contextos de vulnerabilidade social a/o assistente social deverá prestar orientações de como o paciente e/ou seu acompanhante devem proceder para reclamarem seus direitos junto aos órgãos e instituições competentes;
- Ainda em caso de violação de direitos e/ou diante de contextos de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar os encaminhamentos possíveis e cabíveis junto aos órgãos e instituições competentes mediante recursos disponíveis via contatos telefônicos e/ou virtuais (e-mail institucional). Junto aos pacientes de atendimento recorrente (atendimentos de retorno), em se tratando daqueles em situação de violação de direitos ou de vulnerabilidade social, a/o assistente social deverá realizar acompanhamento social mediante entrevista breve e escuta ativa no intuito de verificar se houve alteração na realidade social do paciente e, em sendo necessário, prestar-lhe novas orientações e realizar novos encaminhamentos no intuito de atender suas demandas sociais;
- Registrar a abordagem social no sistema no intuito de alimentar o prontuário social do paciente e, na medida do possível, nos instrumentais técnicos de sistematização da prática profissional do Serviço Social.
- Em caso de Avaliação Global o paciente deverá chegar a unidade na data e hora agendada, ser recepcionado na recepção de cadastro, passar por acolhimento/ triagem, posteriormente deve, antes do início da Avaliação Global, passar por atendimento com o Serviço Social no intuito de conhecer os aspectos sociais que estão intrínsecos ao processo de saúde/ doença do paciente, de modo a garantir maior efetividade e adesão do tratamento que será proposto pelos demais membros da equipe multiprofissional;

- Ainda sobre a Avaliação Global, o/a Assistente Social deve preencher documento de entrevista social e entregar ao paciente com as informações necessárias que podem auxiliar ou comprometer o plano terapêutico proposto na Avaliação Global (documento em anexo);
- **As informações devem estar explicitamente registradas em prontuário eletrônico do paciente, zelando pelo sigilo profissional quanto as informações prestadas e considerando a importância do preenchimento do documento de "ANAMNESE SOCIAL" no MV PEP.**

IV. Siglas e Definições

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.
ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
APS: Atenção Primária em Saúde.
BPC: Benefício de Prestação Continuada.
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
CEO: Centro Especializado de Odontologia.
CER: Centro Especializado em Reabilitação.
CP – Cuidados Paliativos.
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social.
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.
DSS – Determinantes Sociais da Saúde.
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990).
ESF – Estratégia Saúde da Família.
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.
LEP – Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/1984).
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.
PAEFI – Serviço de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos.
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (2014).
PNH – Política Nacional de Humanização do SUS.
PTS – Projeto Terapêutico Singular.
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993).

LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990).

RAS – Rede de Atenção à Saúde.

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

SAE – Serviço de Assistência Especializada.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SCFV – Serviço de Fortalecimento de Vínculo.

SGQ – Setor de Gestão da Qualidade.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UESF – Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

V. Anexos

POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO			
Título: **AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA – AVALIAÇÃO GLOBAL**			
Responsável: **André Nunes dos Santos**	**Código**: FOR.SSO.001	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

PACIENTE:	DN:
ENDEREÇO:	

OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS
Informações importantes sobre o contexto familiar, social, cultural e econômico do usuário.

_____, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura e carimbo

Proibido Reproduzir	Página 1 de 1

VI. Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da Assistência Social**: ASCOM, 2007. 132 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: L7210 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: L8069 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: L8662 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: L8742 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: L10741 (planalto.gov.br) Acesso em 24/05/2022.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: L13146 (planalto.gov.br) Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Código de Ética Profissional dos assistentes sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CFESS. Orientação Normativa 04/2020, de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre o sigilo profissional e a participação de assistente social como testemunha ou perito/a em processos que envolvam usuário/a. Disponível em: Microsoft Word - Orientação normativa 4.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.
Disponível em: Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2022.

CFESS. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Disponível em: Microsoft Word - RESOLUCAO 383-99.doc (cfess.org.br)
Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. Disponível em: Microsoft Word - Resolução 533.docx (cfess.org.br) Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 443, de 23 de maio de 2003. Institui procedimentos para a realização de desagravo público e regulamenta a alínea “E” do artigo 2º do Código de Ética do assistente social / altera e revoga a resolução CFESS nº 294, de 04 de junho de 1994. Disponível em: RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2004 . Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 556, de 15 de setembro de 2009. Procedimentos para efeito da lacração do material técnico e material técnico sigiloso do Serviço Social. Disponível em: Resolucao_CFESS_556-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

CFESS. Resolução CFESS nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Disponível em: Resolucao_CFESS_557-2009.pdf Acesso em: 24/05/2023.

ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO), do Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES ÉTICOS

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Fisioterapia englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço de Fisioterapia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidades:

I. Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o atendimento, como do sujeito de suas ações;

II. Participar do desenvolvimento da formação, do ensino, da pesquisa e da extensão dos fisioterapeutas, residentes, acadêmicos e outros profissionais da saúde, que forem executadas na unidade;

III. Executar as atribuições da Fisioterapia, com atenção voltada ao paciente;

IV. Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos da unidade;

V. Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das possibilidades ofertadas pela unidade;

VI. Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada da unidade;

VII. Servir como suporte de campo de estágio, contribuindo com o ensino de acadêmicos de Fisioterapia;

VIII. Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas;

IX. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Conselho Federal de Fisioterapia (COFITTO) e do Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO);

X. Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos na unidade.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço de Fisioterapia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está vinculado à Gerência Assistencial e será dirigido pelo (a) Fisioterapeuta (a) RT.

CAPÍTULO IV – Quadro Mínimo

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Fisioterapia está assim classificado:

I. Fisioterapeuta;

II. Fisioterapeuta RT.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Decreto-Lei Nº 938/69 e Código de Ética do Serviço de Fisioterapia vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º Ao Serviço de Fisioterapia compete:

I. Admitir pacientes adultos e pediátricos de especialidades diversas;

II. Realizar avaliação cinesiologica funcional;

III. Programar condutas dentro das condições setoriais e dos pacientes mediante a avaliação prévia;

IV. Executar procedimentos de pré e pós-operatório respeitando os princípios de humanização e qualidade;

V. Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem-estar do paciente;

VI. Atender as necessidades assistenciais, executando as condutas com critérios éticos e científicos;

VII. Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de Fisioterapia e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

VIII. Cooperar com os demais Serviços da unidade;

IX. Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais;

X. Colaborar com as o ensino de acadêmicos e residentes em Fisioterapia de instituição que mantenha convênio com a unidade para campo de estágio de seus alunos;

XI. Notificar eventos adversos quando esses ocorrerem situações envolvendo sua conduta ou pela sua identificação;

XII. Colaborar para a consolidação do Serviço de Fisioterapia;

XIII. Participar integralmente das atividades interdisciplinares;

XIV. Manter discrição sobre fatos ocorridos com outros profissionais, bem como, fatos sigilosos de que tenha conhecimento, em razão de sua atividade profissional;

XV. Participar dos treinamentos propostos relacionados às atividades que exerce, no setor onde se encontra lotado, de acordo com a determinação da coordenação;

XVI. Organizar treinamentos relacionados às atividades que exerce, para outras categorias profissionais, conforme solicitações dos setores.

XVII. Manter atenção quanto aos insumos necessários para o desempenho das atividades, sempre contactando o responsável técnico sobre a necessidade dos mesmos;

XVIII. Supervisionar acadêmicos do curso de Fisioterapia de instituição conveniada quando necessário;

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. Ao Fisioterapeuta compete:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Fisioterapia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Experiência profissional comprovada;

d. Trabalhar em equipe;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Serviço e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Uso de crachá e assiduidade;

II. Ao Fisioterapeuta quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

a. Registro profissional no Conselho Regional do Serviço de Fisioterapia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética do Serviço, organização do processo de trabalho da unidade e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe;

f. Ser pontual e assíduo.

g. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

h. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao Fisioterapeuta compete:

I. Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese; solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos;

II. Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia;

III. Realizar avaliação cinesiofuncional do sistema cardiorrespiratório, neuro-músculo-esquelético e demais sistemas;

IV. Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética;

V. Prevenir, diagnosticar e tratar disfunções do organismo humano ocasionadas por acidentes, má formação genética ou vício de postura;

VI. Analisar as condições dos pacientes, solicitar e analisar exames complementares; analisar avaliações clínicas de outros profissionais; encaminhar o cliente a outros profissionais; atender pacientes, analisando aspectos sensoriais, cognitivos sócio-culturais.

VII. Traçar plano terapêutico e indicar conduta terapêutica; analisar, prescrever e adaptar atividades;

VIII. Operar equipamentos e instrumentos de trabalho; estimular cognição, o desenvolvimento neuropsicomotor normal, por meio de procedimentos específicos, percepções; reeducar postura dos pacientes, prescrever órteses, próteses e adaptações; introduzir formas alternativas de comunicação; acompanhar evolução terapêutica; reorientar condutas terapêuticas; estimular adesão e continuidade do tratamento, estimular coordenação, percepção espacial;

IX. Orientar pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis, explicando procedimentos e rotinas; demonstrar procedimentos e técnicas; verificar a compreensão da orientação; esclarecer dúvidas;

X. Realizar diagnósticos específicos, avaliando funções, desenvolvimento, sensibilidade, motricidade, condições dolorosas, reflexos; estabelecer diagnóstico e participar de diagnóstico interdisciplinar; reavaliar as condições do paciente;

XI. Preceptorar acadêmicos e residentes alocados nos setores laborais;

XII. Desenvolver e praticar projetos de pesquisa vinculados a instituição

Art. 7º. Ao Fisioterapeuta quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

I. Exercer responsabilidade técnica do Serviço de Fisioterapia;

II. Organizar e dirigir o Serviço de Fisioterapia, incentivando o trabalho em equipe;

III. Executar o dimensionamento do Quadro de Fisioterapia, ajustando o quadro para atender as demandas da unidade, seguindo as normas vigentes da classe;

IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;

V. Analisar e avaliar os procedimentos nos quais a fisioterapia está inserida;

VI. Desenvolver rotinas mensuráveis através dos padrões propostos pelo setor de Qualidade;

VII. Colaborar com as Diretorias Clínica e Geral;

VIII. Escalonar corpo de fisioterapeutas para atender as demandas internas e também aos campos necessários para realização de estágios da instituição de ensino;

IX. Incentivar a pesquisa científica na sua equipe;

X. Desenvolver o programa de reuniões com a equipe de Fisioterapia;

XI. Interagir com os demais Serviços de apoio da unidade para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

XII. Prever materiais e equipamentos necessários ao funcionamento da unidade, junto às Chefias de Serviços;

XIII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade da unidade e acompanhar os resultados;

XIV. Desenvolver programas de auditoria dos processos de Fisioterapia;

XV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Fisioterapia;

XVI. Desenvolver programas de atendimento humanizado;

XVII. Organizar os atendimentos no ambulatório de Fisioterapia;

XVIII. Organizar os processos de atendimento para os cumprimentos das metas estipuladas;

XIX. Organizar e providenciar os documentos pertinentes a classe;

XX. Exercer atividade representativa mediante direção e afins quanto aos interesses dos fisioterapeutas.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço de Fisioterapia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e de 12:45 às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

Realizam atendimentos regulados para: Reabilitação ortopédica, neurológica e pulmonar.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 00:15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09º. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Assumir responsabilidade técnica por serviço de Fisioterapia, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo a Resolução específica;

II. Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;

III. Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano;

IV. Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo situações previstas em lei;

V. Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;

VI. Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;

VII. Cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos normatizados pelo COFFITO.

VIII. Cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupa, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º. O colaborador Serviço de Fisioterapia não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou

acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 11º. Poderá ser liberado até 2 (duas) trocas de plantão por mês para a equipe mediante assinatura de ambas as partes e do Fisioterapeuta RT.

Art. 12º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência Assistencial e ou Direção Geral.

Art. 13º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço de Fisioterapia, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 14º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 15º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

COFITTO - Conselho Federal Fisioterapia
CREFITO - Conselho Regional Fisioterapia
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
NR - Norma Reguladora
PSP - Plano de Segurança do Paciente
PEC - Perfil Estruturado por Competências
PNH - Política Nacional de Humanização

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistêmico

RI - Regimento Interno

RT – Responsável Técnico

RH - Recursos Humanos

SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade

SUS - Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357- publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 15 de agosto 2024.

Resolução nº 424, 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologiada Fisioterapia. Brasília: COFFITO, 2013. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187. Acesso em: 15 de agosto 2024.

I. Objetivos

Visa buscar subsídios necessários para obtenção do quadro clínico disfuncional ou da doença em si.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Deve-se iniciar com a identificação do paciente;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
3. Verificar a queixa principal e secundária (levando em consideração os sinais e sintomas apresentados);
4. Coletar dados subjetivos, através da história clínica;
5. Registrar o procedimento na avaliação/evolução fisioterapêutica de acordo com a Resolução COFFITO Nº. 414/12.

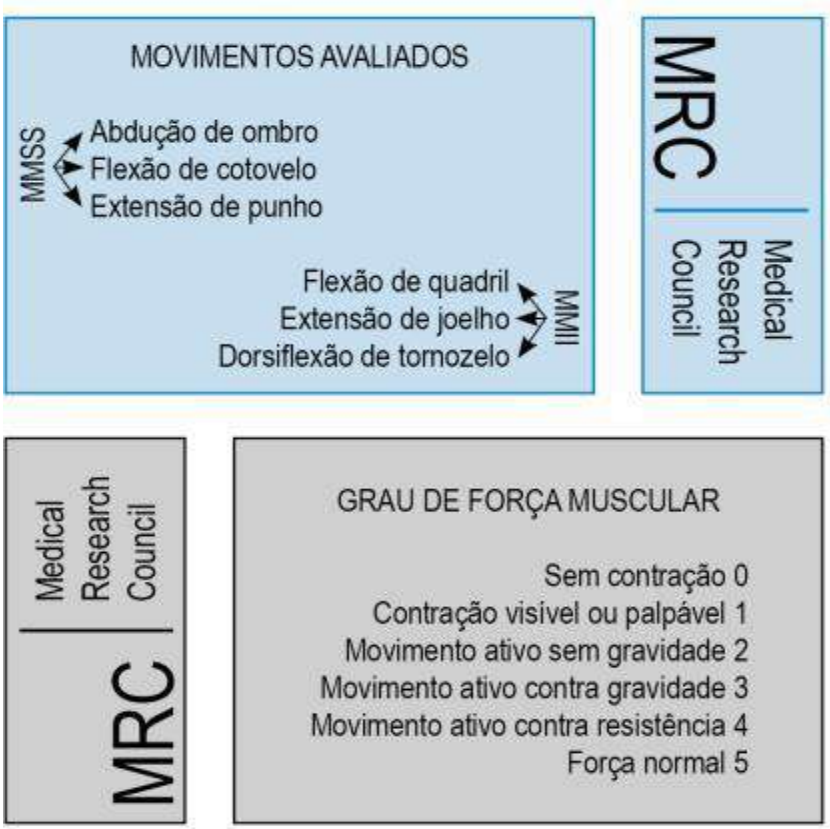
IV. Siglas e Definições

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
MMII – Membros inferiores;
MMSS – Membros superiores;
MRC - Medical Research Council;
MV-PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente.

V. Anexos

Formulário de Avaliação Fisioterapêutica baseado na Resolução COFFITO Nº. 414/12.

Escala de Força Muscular do MRC



SANTANA, VANDRÉ BORGES, 2022. Adaptada de De Jonghe e colaboradores (2002).

VI. Referências

COFFITO, CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução Nº 414/2012. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1727. Acesso em: 26/02/2024.

SANTANA, VANDRÉ BORGES. Protocolo para mobilização precoce e exercícios terapêuticos no paciente crítico, 2022.

I. Objetivos

Observar a Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, de acordo com a apresentação dos seus sinais e sintomas típicos.

II. Materiais

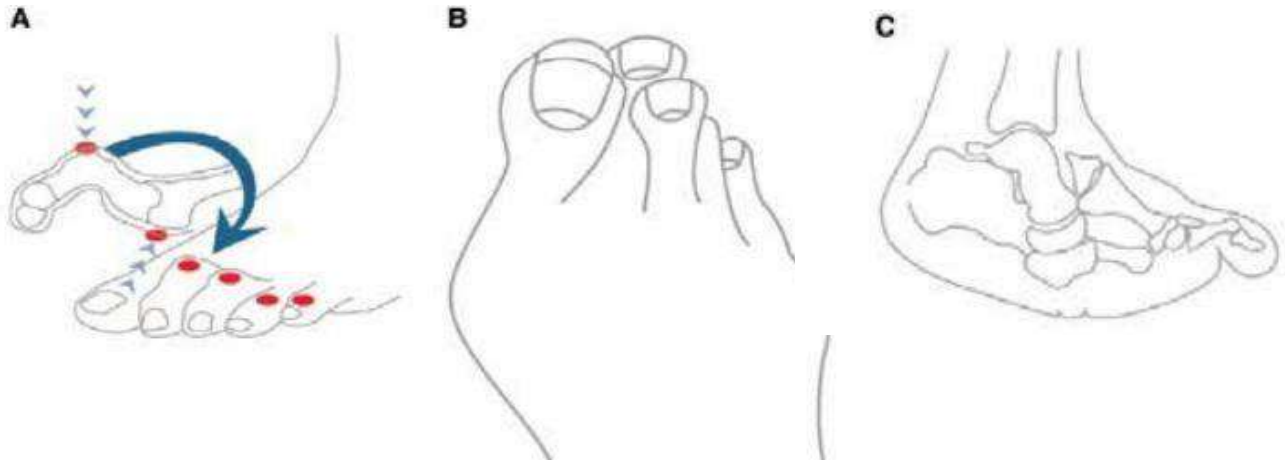
Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

O exame clínico dos pés deve ser abrangente, capaz de identificar as diversas alterações que elevam o risco de desenvolvimento de úlceras. Dessa maneira, durante o exame físico, deve-se sempre avaliar:

• Anatomia do pé

A neuropatia diabética predispõe às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra (Figura A), dedos em martelo, joanetes (Figura B) e perda do arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot (Figura C).



• Hidratação

O profissional deve avaliar a hidratação dos pés. Na presença de neuropatia diabética, os pés frequentemente encontram-se com a pele ressecada (xerodermia), o que predispõe às fissuras e às ulcerações.

• Coloração, temperatura, distribuição dos pelos.

Avaliação Neurológica

• Compreende a avalição da sensibilidade (tátil, dolorosa-térmica e vibratória), a avaliação de reflexos tendíneos e a avaliação da função motora.

• Tem como objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações.

• Os testes que se mostraram mais úteis para a pesquisa de neuropatia periférica no contexto do Pé Diabético foram as avaliações de sensibilidade tátil com monofilamento e vibratória.

• A ausência total ou parcial do reflexo Aquileu também constitui um importante sinal preditivo de processos ulcerativos nos pés e deve ser periodicamente avaliado.

I. Avaliação da sensibilidade tátil com monofilamento de Semmes-Weinstem

• É realizado com monofilamento de 10 gramas (5,07 U) de Semmes-Weinstem.

• É o método de escolha recomendado como exame de rastreamento de neuropatia diabética: tem boa relação custo benefício, alta reprodutibilidade confirmada por estudos prospectivos e elevada especificidade.

A técnica para avaliação da sensibilidade protetora utilizando o monofilamento de 10 gramas é apresentada a seguir:

1° - Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitar ao mesmo que diga “Sim” cada vez que perceber o contato com o monofilamento.
2° - Aplicar o monofilamento adequado (10 gramas) perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque.
3° - Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.
4° - O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos.
5° - Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (pé direito ou esquerdo).
6° - Serão pesquisados quatro pontos (pontos vermelho-escuro) em ambos os pés.
7° - Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.
8° - A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
9° - A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

• Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. O uso repetitivo do monofilamento pode ocasionar a perda de sua calibração.

• É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada dez pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g.

• A vida útil do produto, em geral, é de 18 meses.

II. Avaliação da sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz

• É avaliada com o uso de um diapasão de 128 Hz.

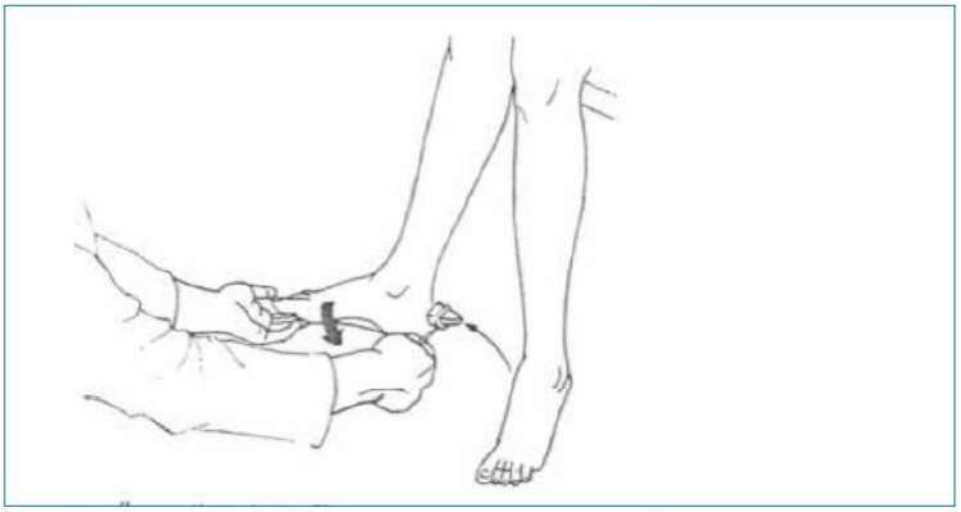
• O local de escolha para o teste é a parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado (BOULTON et al., 2008).

• O teste é positivo (alterado) se o paciente responde de forma incorreta (pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando), em pelo menos duas de três aplicações, e negativo (normal) com duas das três respostas corretas.

• Caso alterado, recomenda-se a repetição do teste em local mais proximal (maléolo ou tuberosidade tibial). A técnica para avaliação da sensibilidade protetora utilizando o diapasão de 128 Hz é apresentada a seguir:

1º - Esclarecer o paciente sobe o teste. Solicitá-lo que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.
2º - Segurar o cabo do diapasão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.
3º - Aplicar a ponta do cabo do diapasão perpendicularmente e com pressão constante sobre a falange distal do hálux. A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
4º - Manter o cabo do diapasão até que a pessoa informe não sentir mais a vibração.
5º - Repetir a aplicação mais duas vezes, em ambos os pés, mas alternando-as com pelo menos uma aplicação simulada em que o diapasão não esteja vibrando.
6º - O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando.
7º - A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
8º - A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Local para avaliação do teste com diapasão de 128 Hz

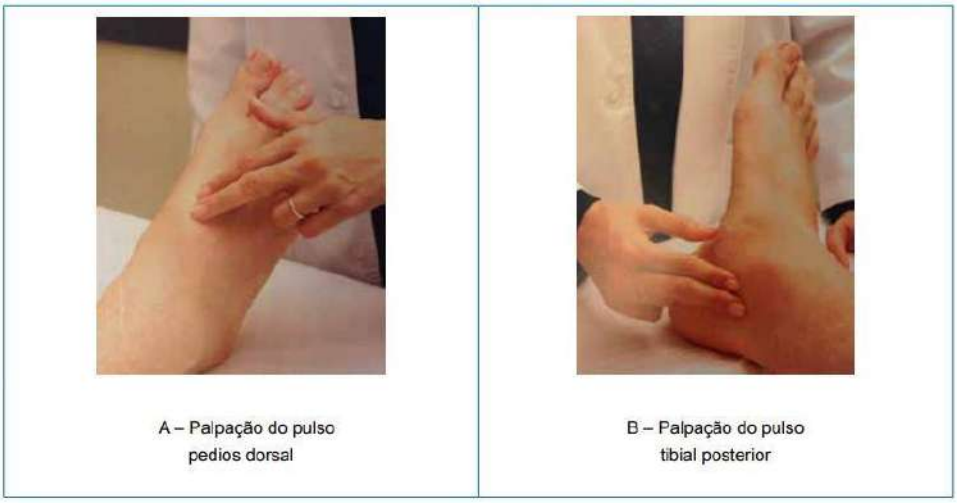


Avaliação Vascular

• O exame físico do componente vascular deve contemplar, no mínimo, a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores.

• Os achados da palpação vascular devem ser correlacionados com os achados gerais na avaliação de pele (coloração, temperatura, distribuição dos pelos) e unhas (trofismo), cuja técnica é mostrada abaixo.

• Caso o exame clínico levante a suspeita de vasculopatia (por exemplo, pulsos diminuídos ou não palpáveis) e não consiga se palpar os pulsos, deve-se encaminhar o paciente para avaliação vascular complementar.



A – Palpação do pulso pedios dorsal

B – Palpação do pulso tibial posterior

Anamnese

Dor ou desconforto em membros inferiores

Durante a anamnese, deve-se indagar sobre dor e/ou desconforto nos membros inferiores, buscando identificar a causa do problema. Sintomas de dor ou desconforto, do tipo queimação, formigamento ou "picada", começando nos dedos e ascendendo proximalmente (padrão em bota ou em luva), com piora no período noturno e aliviados ao movimento, indicam para o diagnóstico de neuropatia. A neuropatia pode se manifestar ainda da forma "negativa", como dormência e perda de sensibilidade (hipoestesia). Já sintomas de dor do tipo câimbra ou peso ao caminhar, que é aliviada ao repouso, levanta a suspeita de dor isquêmica por doença vascular periférica.

Um componente importante da avaliação é caracterizar a intensidade da dor, para direcionamento das opções de tratamento farmacológico e monitoramento da resposta terapêutica. Para tanto, utilizar-se-a a Escala Visual Analógica (EVA):

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Cuidados de higiene e proteção dos pés

Parte significativa das complicações do Pé Diabético é evitável. É essencial, portanto, certificar-se do conhecimento e da prática pelo indivíduo dos cuidados diários recomendados.

Qualidade da acuidade visual

A baixa acuidade visual dificulta a autoinspeção dos pés e pode predispor o indivíduo a traumas nos pés, principalmente quando acompanhada da insensibilidade provocada pela neuropatia diabética.

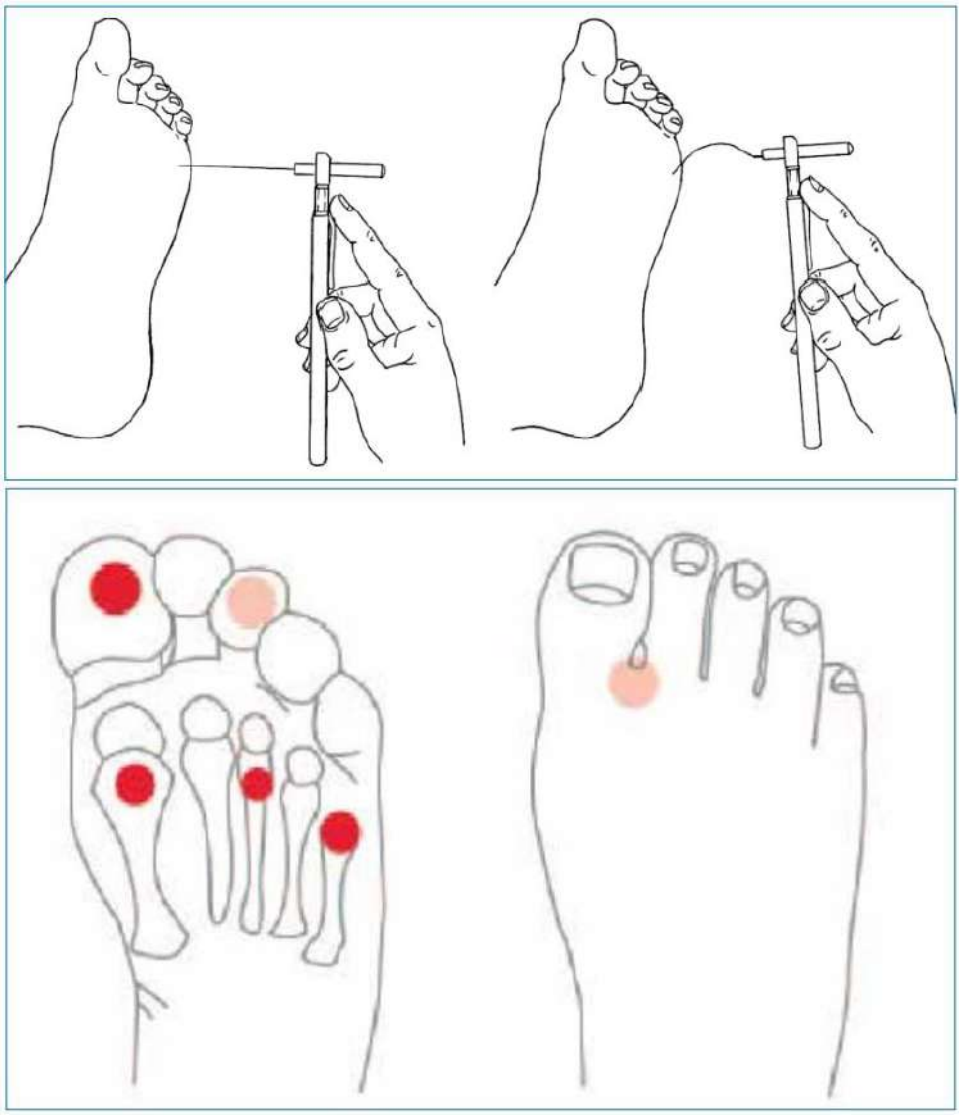
Avaliação Clínica Geral

Anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxeada), pele fria e rarefação de pelos são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos.

- Integridade de unhas e pele
- Atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças) pode ser um sinal de insuficiência arterial, devendo ser correlacionada com os demais sinais e sintomas característicos do quadro.
- Lesões esfoliativas, úmidas nos espaços interdigitais habitualmente (mas não obrigatoriamente) pruriginosas podem ser encontradas, indicativas de dermatofitose (tinea pedis ou micose superficial). Podem também ocorrer em outras localizações dos pés. São, frequentemente, porta de entrada para infecção bacteriana, devendo sempre ser buscadas e tratadas.
- Distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade) devem levantar suspeita de onicomicose.
- O corte das unhas deve ser avaliado quanto a sua técnica. Elas devem ser cortadas sempre retas. O corte inadequado pode predispor um quadro de unha encravada.

- Calosidades (espessamento epidérmico causado por traumatismos locais recorrentes) são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar. São frequentemente predispostos por uso de calçado inadequado.

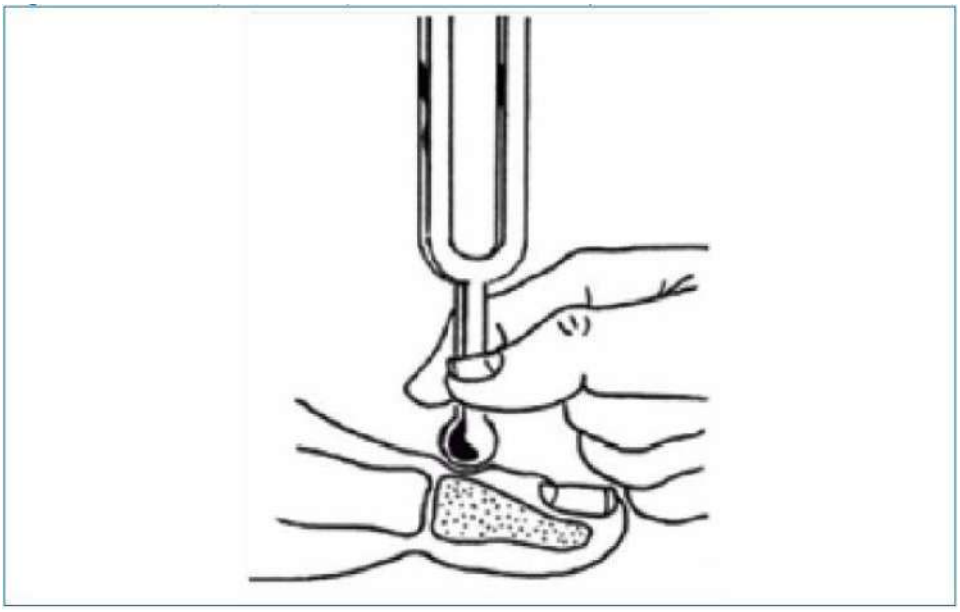
Locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstem



Informações complementares:

• O monofilamento não é de uso individual ou descartável.

• Recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso.



Algumas condições de pele são frequentemente encontradas durante a avaliação do Pé Diabético, predispondo ao surgimento de feridas e outras complicações. Seguem as principais delas, acompanhadas das condutas mais apropriadas em cada caso.

Xerodermia (pele seca)

Alteração: a xerodermia (pele seca) é provocada frequentemente pela neuropatia diabética e, por comprometer a elasticidade natural da pele, predispõe os pés às fissuras e às ulcerações.

Conduta: o paciente com pele seca nos pés deve ser orientado quanto ao uso de hidratante comum após o banho, sempre cuidando para poupar os espaços interdigitais, a fim de evitar o aparecimento de micoses.

Calosidades

Alteração: as calosidades são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar, decorrentes de deformidades nos pés.

Conduta: deve-se avaliar adequação de calçado, a necessidade de órteses para mudança de pontos de pressão e a redução do nível de atividade para os pés. Em caso de falha terapêutica com as medidas conservadoras, avaliar a necessidade de debridamento (especialmente nos casos de lesões extensas ou sintomáticas). O objetivo do debridamento é remover tecidos desvitalizados ou impregnados com substâncias estranhas cuja remoção é impossível apenas com a limpeza da ferida. Além disso, diminui a carga bacteriana, facilitando os mecanismos de defesa local do hospedeiro, e acerta as bordas da ferida, preparando-a para a síntese.

Alterações ungueais

Alteração: o corte inadequado das unhas pode propiciar a ocorrência da unha encravada, com consequente trauma local e risco de infecção.
Conduta: as unhas devem ser cortadas sempre retas e o profissional de saúde deve orientar o indivíduo ou seu cuidador quanto à técnica correta. Diante de um quadro de unha encravada, deve-se encaminhar o indivíduo para consulta com o médico da equipe, para avaliação da necessidade de cantoplastia.

As deformidades

• As alterações tróficas e vasomotoras decorrentes da neuropatia autonômica predispõem às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes e perda do arco plantar.
• As deformidades devem ser levadas em conta na hora de escolher o calçado, que deve se adaptar ao pé, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas.
• Nesses casos, os cuidados com os pés, associados à prescrição e à escolha de recursos de redução da sobrecarga, aos calçados terapêuticos e protetores, às palmilhas e órteses, constituem os pilares fundamentais para a prevenção das amputações.
• Caso haja dificuldade para acomodação do pé em calçados, considerar discussão e/ ou encaminhamento para Terapia Ocupacional, para confecção de órtese ou para avaliação ortopédica.

IV. Siglas e Definições

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
MMII – Membros inferiores;
MMSS – Membros superiores;
MRC - Medical Research Council;
MV-PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente.

V. Anexos

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2016.

Classificação de risco do Pé Diabético

Classificar o risco do Pé Diabético recomendado pelo Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BOULTON et al., 2008; BRASIL, 2013). Essa classificação deve ser usada para nortear a conduta de cuidado e de acompanhamento do profissional após a avaliação inicial (BRASIL, 2013).

Categoria de risco	Situação Clínica
Grau 0	Neuropatia ausente.
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2016.

I. Objetivos

Manter e ganhar amplitude de movimento, comprimento muscular, mobilidade articular, força muscular, prevenção da diminuição da perda de fibras musculares.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

1. Lavar as mãos;
2. Utilizar EPI´s;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Demonstrar ao paciente o exercício a ser realizado;
6. Atentar e o exercício será realizado com ou sem ação gravidade;
7. Solicitar o início dos exercícios ao paciente e supervisionar a execução, corrigindo verbalmente se necessário;
8. Séries e repetições de acordo com tolerância do paciente e objetivo da abordagem; observar possíveis sinais de cansaço e fadiga muscular;
9. Ao final, posicionar o paciente adequadamente;
10. O procedimento deverá ser suspenso na presença de qualquer alteração hemodinâmica, arritmias, respiratória e neurológica/ nível de consciência.

CONTRAINDICAÇÕES

Pacientes que apresentem doença óssea conhecida, fratura não reduzida, procedimento vascular recente com presença de introdutor, tromboembolismo confirmado ou suspeitado.

IV. Siglas e Definições

EPIS - Equipamentos de Proteção Individual;
PLC **-** Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

PRESTO, B. DAMÁZIO, L. Fisioterapia na UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. L. Fisioterapia na UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas. Barueri, SP: Manole, 2005.

I. Objetivos

Manter e ganhar força e resistência muscular, amplitude de movimento, mobilidade articular, capacidade dos tendões de suportar cargas.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

1- Lavar as mãos;
2- Utilizar EPI´s;
3- Calçar as luvas de procedimento;
4- Explicar o procedimento ao paciente;
5- Demonstrar ao paciente o exercício a ser realizado;
6- Titular peso para exercício ser realizado, iniciar com pesos baixos e incrementar de acordo com tolerância do paciente;
7- Solicitar o início dos exercícios ao paciente e supervisionar a execução, corrigindo verbalmente se necessário;
8- Séries e repetições de acordo com tolerância do paciente e objetivo da abordagem;
9- Observar possíveis sinais de cansaço e fadiga muscular;
10- Ao final, posicionar o paciente adequadamente;
11- O procedimento deverá ser suspenso na presença de qualquer alteração hemodinâmica, arritmias, respiratória e neurológica/ nível de consciência.

CONTRAINDICAÇÕES

Pacientes que apresentem doença óssea conhecida, fratura não reduzida, procedimento vascular recente com presença de introdutor, tromboembolismo confirmado ou suspeitado.

IV. Siglas e Definições

EPIS - Equipamentos de Proteção Individual;
PLC **-** Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

PRESTO, B. DAMÁZIO, L. Fisioterapia na UTI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas. Barueri, SP: Manole, 2005.

I. Objetivos

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade de Reabilitação a assistência fisioterapêutica pulmonar ao paciente adulto e pediátrico portador de doenças respiratórias. Promovendo assim:

- Melhorar trocas gasosas;
- Mobilizar e eliminar secreções;
- Reexpandir os pulmões;
- Promover a desinsuflação pulmonar;
- Controlar a respiração com o mínimo esforço;
- Auxiliar a eficiência da tosse;
- Aumentar a tolerância e o desempenho nos exercícios;
- Reduzir os sintomas;
- Amenizar a progressão da doença e evitar complicações;
- Melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade;
- Promover um padrão normal relaxado da respiração;
- Mobilizar a caixa torácica;
- Melhorar força e endurece os músculos respiratórios;

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV.

III. Descrição dos passos da atividade

A fisioterapia respiratória dispõe de uma variedade de técnicas capazes de influenciar a mecânica respiratória com exercícios que objetivam modificar o grau de participação dos músculos respiratórios com a finalidade de influenciar a ventilação pulmonar. Abaixo serão descritos os exercícios respiratórios utilizados para o tratamento dos pacientes pediátricos e adultos colaborativos, citados por Britto, Brant e Parreira em 2009.

- Exercícios Respiratórios com Freno-labial: O paciente deve estar na posição sentada e a expiração é realizada com lábios ou dentes semicerrados, de maneira suave e controlada, não sendo forçada e não muito prolongada, mantendo-se a relação inspiração/expiração de 1:2. A importância da expiração com freno-labial está em promover a melhora na oxigenação.

- Exercício Respiratório Diafragmático: É realizada aplicando estímulo manual na região abdominal, com leve compressão, solicitando-se inspiração nasal de forma suave e profunda com deslocamento anterior da região abdominal. Melhora a ventilação pulmonar, sobretudo em regiões basais

- Exercício Respiratório com Suspiros Inspiratórios: Consiste em inspirações nasais breves, sucessivas e rápidas até atingir a capacidade inspiratória máxima, podendo ser associada à colocação das mãos sobre a região abdominal ou torácica inferior. A expiração deve ser realizada de forma suave e prolongada, com resistência labial e leve compressão na região estimulada. O tempo inspiratório é prolongado, atingindo valores acima de 6 segundos, favorecendo o aumento do volume inspirado e a melhor distribuição da ventilação. A inspiração deve ser nasal e a expiração oral. Melhora a complacência pulmonar e recrutamento alveolar.

- Exercício Respiratório com Inspiração em Tempos: Esta técnica consiste em inspirações nasais curtas, suaves e sucessivas até atingir uma alta porcentagem da capacidade inspiratória, fracionando o tempo inspiratório total com pausas intermediárias. A expiração deve ser oral, lenta e suave com freno labial. A posição ideal para realizar este exercício é sentada, na qual um maior VC é movimentado. Entretanto, este exercício também pode gerar um grande VC quando realizado em decúbito dorsal, lateral direito e lateral esquerdo.

- Exercício Respiratório com Expiração Abreviada: Neste exercício respiratório utiliza-se de inspiração nasal de pequeno volume de ar, seguida de expiração com freno labial sem expirar todo o volume inspirado. Posteriormente realiza-se nova inspiração de médio volume pulmonar e nova expiração, como descrito anteriormente. Por último realiza-se uma inspiração até a capacidade máxima e expira-se prolongada e suavemente, podendo-se associar o freno-labial. O estímulo manual deve exercer leve compressão na região durante a fase expiratória.

- Exercício Respiratório desde o VR: Este exercício respiratório tem a finalidade de melhorar a ventilação nas regiões pulmonares apicais. Consiste na realização de uma expiração prolongada entre os lábios até atingir o nível do VR com o paciente na posição sentada. A seguir, realiza-se uma inspiração nasal, profunda, expandindo a região torácica superior. O estímulo manual deve ser exercido durante a fase expiratória com compressão da região torácica superior. Na fase inspiratória, deve-se manter o apoio firme da mão.

- Exercício Respiratório Inspiração Máxima: Este exercício consiste na colocação das mãos na região torácica inferior ou na região abdominal, associando uma inspiração lenta e suave, nasal, até a máxima capacidade inspiratória. Em seguida, faz-se a eliminação de pequeno volume de ar, outra

inspiração máxima, nova expiração breve e uma última inspiração máxima. Ao final, faz-se uma expiração labial suave até a CRF.

- Exercício Respiratório com Inspiração Máxima Sustentada: A inspiração sustentada máxima é realizada com um esforço inspiratório máximo, de forma lenta, pela via nasal, até atingir a máxima capacidade inspiratória. Mantém-se a inspiração máxima por cerca de 3 segundos, realizando, a seguir, a expiração sem esforço. A expiração pode ser feita entre os lábios. A inspiração é lenta para diminuir a velocidade e aumentar a força de contração muscular e máxima, com pausa ao final, para que o recrutamento de fibras musculares gere maior redução da pressão intratorácica, melhorando, assim, a distribuição do gás. Este exercício está indicado para aumentar o volume pulmonar em pacientes com dor e desvantagem mecânica por redução da complacência pulmonar e/ou de caixa torácica.

- Exercício Respiratório com Manobra de Compressão e Descompressão Torácica (manobra de pressão negativa de Farley Campos ou descompressão torácica abrupta localizada): Consiste na realização de pressão manual na região torácica acometida, em geral, a região torácica inferior. Solicita-se a realização de uma expiração prolongada e, em seguida, uma inspiração nasal profunda. No início da fase inspiratória, realiza-se uma resistência com as mãos, a qual é retirada abruptamente, promovendo uma descompressão local. Este procedimento busca a negativação da pressão pleural regional com consequente direcionamento do fluxo de ar para esta área. Acredita-se que a variação da pressão pleural provocada pela compressão e descompressão torácica atue no sistema de reabsorção do liquido pleural; assim, a técnica é bem indicada em casos de derrame pleural.

TREINAMENTO ESPECÍFICO DA MUSCULATURA RESPIRATÓRIA

- O treinamento da musculatura respiratória pode ser feito com o objetivo de aumentar a força e a endurance. Para ganho da força, deve-se utilizar uma intensidade alta e baixo número de repetições (5 a 20), enquanto para o ganho da endurance deve-se enfatizar o fator tempo, sendo considerado adequado um mínimo de 15 minutos de maneira contínua ou intervalada.

- Os Exercícios de Fortalecimento Muscular Respiratório inspiratório e expiratório são realizados com o equipamento Threshold, onde o treino dos músculos inspiratórios com carga linear, utiliza-se a intensidade de 30% a 70% da PImáx (sendo acrescido 10% por semana) e o treino dos músculos expiratórios utiliza-se a intensidade de 40% da PEmáx (sendo acrescido 10% por semana).

- Para treinar endurance, é utilizado o tempo de 15 minutos, que são acrescidos conforme a capacidade e tolerância do paciente até 20 minutos, respeitando-se a carga citada acima, tanto, para os músculos inspiratórios quanto para expiratórios.

- Para realizar o procedimento, o paciente deve inspirar por meio de um bocal com utilização de um clipe nasal e gerar uma pressão subatmosférica capaz de abrir a válvula. Quando a pressão gerada for maior que a exercida pela mola, o ar é inspirado através do aparelho. A sobrecarga é aumentada com o aumento de resistência da mola.

IV. Siglas e Definições

AVD: Atividade de vida diária
VR: Volume residual
CRF: Capacidade residual final
VC: Volume Corrente
PIMAX: Pressão inspiratória máxima
PEMAX: Pressão expiratória máxima

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

Feltrim MIZ. Exercícios respiratórios terapêuticos. In: Britto RR, Brant TCS, Parreira VF, editors. Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória. Barueri: Manole; 2009. p. 163-86.

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), do Conselho Regional de Fonoaudiologia (CREFONO), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Fonoaudiologia englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidades:

I. Respeito à dignidade humana e aos direitos humanos;

II. Exercício da atividade buscando maximizar os benefícios e minimizar os danos aos clientes, à coletividade e ao ecossistema;

III. Respeito à autonomia do cliente e, nas relações de trabalho, do profissional;

IV. Proteção à integridade humana;

V. Respeito à privacidade e à confidencialidade;

VI. Promoção da igualdade, da justiça, da equidade e do respeito à diversidade cultural e ao pluralismo, para que não haja discriminação e estigmatização;

VII. Promoção da solidariedade e da cooperação;

VIII. Exercício da profissão com honra, dignidade e responsabilidade social;

IX. Compartilhamento de benefícios sociais, tanto na assistência quanto na pesquisa, respeitando as normas deste código e da legislação em vigor;

X. Aprimoramento dos conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está vinculado ao ou à Gerência Assistencial e será dirigido pelo (a) Fonoaudiólogo (a) RT.

CAPÍTULO IV – EQUIPE MÍNIMA

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Fonoaudiologia está assim classificado:

I. Fonoaudiólogo (a);

II. Fonoaudiólogo (a) RT.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Lei Nº 6.965 e Código de Ética da Fonoaudiologia vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os colaboradores do Serviço de Fonoaudiologia as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

I. Desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;

II. Participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;

III. Realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;

IV. Realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala; V. Colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;

VI. Projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autárquias e mistas;

VII. Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas;

VIII. Dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;

IX. Spervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia;

X. Assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia;

XI. Participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos;

XII. Dar parecer fonoaudiológico, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição;

XIII. Realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. Ao Fonoaudiólogo (a) compete:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Fonoaudiologia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Experiência profissional comprovada;

d. Trabalhar em equipe;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Serviço e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Uso de crachá e assiduidade;

II. Ao Fonoaudiólogo (a) quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Fonoaudiologia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética do Serviço, organização do processo de trabalho da unidade e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe;

f. Ser pontual e assíduo.

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao Fonoaudiólogo (a) compete:

I. Responder pareceres de cada setor e atender pacientes para prevenção, habilitação e reabilitação utilizando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia;

II. Avaliar e oferecer terapia da deglutição e das estruturas do sistema estomatognático; indicando condutas quanto a via e modo de alimentação e estabelecer prognóstico para a deglutição orofaríngea;

III. Tratar de pacientes efetuando avaliação e diagnóstico fonoaudiológico nas áreas de audição, linguagem, voz, motricidade oral e funções estomatognáticas de sucção, mastigação e deglutição;

IV. Promover juntamente, com a equipe, condutas que auxiliem desmame da cânula de traqueostomia;

V. Realizar avaliação miofuncional orofacial e estimulações específicas para os recém-nascidos e lactentes considerados de risco, a fim de diminuir e/ou evitar o uso de sondas enterais e gástricas;

VI. Incentivar, apoiar, promover e acompanhar o binômio mãe-bebê no processo de aleitamento materno através de orientações e intervenção nas dificuldades de sucção e deglutição de recém-nascidos e lactentes;

VII. Realizar Triagem auditiva neonatal em recém-nascidos e lactentes;

VIII. Orientar equipe, pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis no que compete a procedimento e rotinas do serviço de fonoaudiologia;

IX. Participar de reuniões de equipe multidisciplinares elegendo procedimentos e condutas terapêuticas em benefício do paciente e rapidez e segurança na alta hospitalar;

X. Desenvolver programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida no que compete a fonoaudiologia;

XI. Analisar os indicadores gerenciais do setor mensalmente;

XII. Realizar teste da linguinha em recém-nascidos e lactentes

Art. 7º. Ao (a) Fonoaudiólogo (a) quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

I. Conduzir a promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição;

II. Aplicar procedimentos fonoaudiólogos e reorientar condutas terapêuticas; dar parecer na área de comunicação oral, voz e deglutição; desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área de comunicação oral, voz e deglutição;

III. Efetuar avaliação e diagnóstico, avaliando o desenvolvimento neuro-psico-motor, fluência, fala, funções orofaciais, linguagem oral, voz, deglutição, funções percepto-cognitivas, condições para o desempenho ocupacional, aspectos sócio-culturais; solicitar exames complementares; analisar exames e avaliações clínicas de outros profissionais; participar de diagnóstico interdisciplinar; dar devolutiva da avaliação;

IV. Orientar pacientes, familiares e responsáveis, explicando os procedimentos e rotinas; verificando técnicas e a compreensão da orientação; esclarecer dúvidas; participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral, voz e deglutição;

V. Realizar terapia dos problemas de comunicação oral, voz e deglutição e realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala; tratar pacientes, elegendo procedimentos terapêuticos; tratar distúrbios vocais, alterações da fala, da linguagem oral, deglutição, fluência, funções orofaciais; desenvolver cognição; adequar funções percepto-cognitivas; avaliar resultados do tratamento; dar alta;

VI. Desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

VII. Elaborar relatórios e laudos;

VIII. Estabelecer fluxo de atendimentos e rotinas do setor de fonoaudiologia;

IX. Implantar protocolos clínicos e multiprofissionais;

X. Analisar análise dos indicadores sistêmicos e setoriais;

XI. Realizar análise crítica dos indicadores de qualidade;

XII. Elaborar procedimentos operacionais padrão e sistêmicos;

XIII. Gerenciar risco do setor de fonoaudiologia e multiprofissional;

XIV. Utilizar recursos de informática;

XV. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

CAPÍTULO VIII – EQUIPE MÍNIMA

Art. 8º. O Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Celetista:

a. 07:00h às 18:12h de segunda a quarta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 01:12h, conforme demanda de atividades.

Ações realizadas em atendimento às regulações da rede: Deglutição, pega e amamentação, reabilitação pós-AVC, atraso na fala.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Conhecer, observar e cumprir a Lei no 6.965/1981, o Decreto no 87.218/1982, o Código de Ética, bem como as determinações e normas emanadas do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;

II. Atender às convocações e cumprir as determinações e normas emanadas do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;

III. Exercer a atividade de forma plena, utilizando-se dos conhecimentos e recursos necessários, para promover o bem-estar do cliente e da coletividade e respeitar o ecossistema;

IV. Apontar falhas nos regulamentos e normas de instituições quando as julgar incompatíveis com o exercício da atividade ou prejudiciais ao cliente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;

V. Assumir responsabilidades pelos atos praticados;

VI. Resguardar a privacidade do cliente;

VII. Utilizar seu nome, profissão e número de registro no CRFa de sua jurisdição, em qualquer procedimento fonoaudiológico do qual tenha efetivamente participado, acompanhado de rubrica, assinatura ou certificado digital;

VIII. Manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;

IX. Portar a carteira ou a cédula de identificação profissional sempre que em exercício;

X. Tratar com urbanidade e respeito os representantes e empregados das entidades da categoria, quando no exercício de suas atribuições, de modo a facilitar o seu desempenho;

XI. Informar aos órgãos e serviços competentes qualquer fato que comprometa a saúde e a vida;

XII. Servir, imparcialmente, à Justiça;

XIII. Notificar doenças e agravos, conforme a legislação vigente;

XIV. Incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar e transdisciplinar;

XV. Manter o respeito às normas e aos princípios éticos da profissão, inclusive nas redes sociais;

XVI. Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família, à coletividade e ao meio ambiente;

XVII. Assegurar que a intervenção fonoaudiológica não trará danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;

XVIII. Prestar adequadas informações a respeito dos riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência fonoaudiológica;

XIX. Colaborar com as equipes de saúde, educação e assistência social no esclarecimento a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de sua intervenção;

XX. Cumprir a legislação específica do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, quando na condição de fonoaudiólogo responsável técnico (RT);

XXI. Pagar pontualmente as anuidades, taxas e emolumentos do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;

XXII. Divulgar os preceitos deste código.

Art. 10º. Consistem em infrações éticas gerais do fonoaudiólogo:

I. Utilizar títulos acadêmicos, de especialista ou certificações que não possua;

II. Permitir que pessoas não habilitadas realizem práticas fonoaudiológicas;

III. Adulterar resultados, exagerar, minimizar ou omitir fatos e fazer declarações falsas sobre quaisquer situações ou circunstâncias da prática fonoaudiológica;

IV. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, cliente para si ou para terceiros;

V. Receber ou exigir remuneração, comissão ou vantagem por serviços fonoaudiológicos que não tenha, efetivamente, prestado;

VI. Assinar qualquer procedimento fonoaudiológico realizado por terceiros;

VII. Solicitar ou permitir que outros profissionais assinem seus procedimentos;

VIII. Estabelecer ou aceitar honorários a preço vil ou incompatível com a atividade realizada;

IX. Praticar, no exercício da atividade profissional, ato que a lei defina como crime ou contravenção;

X. Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência, no exercício profissional;

XI. Causar atos danosos ao cliente ou à coletividade, seja por ação ou omissão, ainda que em razão de imperícia, negligência ou imprudência;

XII. Ensinar procedimentos próprios da Fonoaudiologia que visem à formação profissional de outrem que não seja acadêmico ou profissional de Fonoaudiologia;

XIII. Ser cúmplice, sob qualquer forma, de pessoas que exerçam ilegalmente a Fonoaudiologia ou cometam infrações éticas;

XIV. Exigir vantagens pessoais e profissionais ao disponibilizar seus serviços fonoaudiológicos à comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe;

XV. Não manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;

XVI. Deixar de portar a carteira ou cédula de identificação profissional, sempre que em exercício.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º. O colaborador Serviço de Fonoaudiologia não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 12º. A passagem de plantão é obrigatória devendo ser realizada no setor.

Art. 13º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Gerencia Assistencial e ou Direção Geral.

Art. 14º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço de Fonoaudilogia, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 15º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 16º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria da unidade.

SIGLAS

CFFA - Conselho Federal de Fonoaudiologia
CREFONO – Conselho Regional de Fonoaudiologia
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
NR - Norma Reguladora
PSP - Plano de Segurança do Paciente
PEC - Perfil Estruturado por Competências
PNH - Política Nacional de Humanização
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRS - Procedimento Sistêmico
RI - Regimento Interno
RT – Responsável Técnico
RH - Recursos Humanos
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
SUS - Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 6965, de 09 de DEZEMBRO de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6965.htm. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução n° 640, de 09 de dezembro de 2021. Aprova o Código de Ética Profissional do Fonoaudiólogo. Disponível em: código-ética.cdr (fonoaudiologia.org.br). Acesso em: 15 de agosto de 2024.

I. Objetivos

Descrever e padronizar o fluxo e procedimentos ambulatoriais do Serviço Ambulatorial de Fonoaudiologia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

- Identificar-se com nome e profissão;

- **Triagem:** realiza-se uma entrevista com o paciente e/ou cuidador para coleta de dados, utilizando protocolo específico para identificação, história pregressa e atual, queixas e expectativas quanto ao atendimento e prognóstico;

- **Avaliação Fonoaudiológica:** utiliza protocolos específicos de acordo com cada caso apresentado para favorecer o diagnóstico fonoaudiológico e possibilitar a elaboração do plano terapêutico. Avalia-se a linguagem oral e escrita (expressão e compreensão), fala articulação, qualidade vocal, aspectos cognitivos, estruturas estomatognáticas (postura, tônus, força muscular, mobilidade e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios) e funções neurovegetativas (mastigação, sucção e respiração). Após ser realizado a avaliação é verificado a necessidade do enquadramento do paciente para o atendimento fonoaudiológico e/ou orientações específicas, encaminhando para retornos quando necessários;

- **Devolutiva:** procedimento realizado com os pacientes, familiares e/ou responsáveis esclarecendo quanto aos achados fonoaudiológicos e também para repassar as informações sobre o processo terapêutico;
- **Terapia Fonoaudiologia Individual:** procedimento onde é aplicado métodos, técnicas e/ou abordagens que recuperem ou melhorem a comunicação/ linguagem oral e escrita, aspectos cognitivos, voz, motricidade orofacial, incluindo as funções neurovegetativas: (mastigação, deglutição e sucção) do paciente, de acordo com a necessidade de cada caso (uma ou duas vezes na semana), com duração aproximada de 40(quarenta) minutos;
- **Orientações aos pacientes, família e/ou cuidadores:** procedimento realizado para efetivar o processo terapêutico desenvolvido durante as sessões de fonoterapia e as atividades a serem realizadas em casa;

- **Registro em prontuário eletrônico: Prescrever** procedimento realizado para registrar dados de triagem inicial, avaliação fonoaudiologia específica com diagnóstico, evolução diária dos atendimentos realizados. Registra-se, como conduta, os objetivos a serem alcançados, direcionando o planejamento terapêutico.

IV. Siglas e Definições

AVC - Acidente Vascular Cerebral;
AVCI - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;
PC - Paralisia Cerebral;
PLC - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;
SNE - Sonda Nasoenteral;
SNG - Sonda Nasogástrica;
TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade;
TEA - Transtorno do Espectro Autista;
VO - Via Oral.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

Código de ética da Fonoaudiologia, 2004.

FERNANDES F.D.M, MENDES B.C.A, NAVAS A.L.G.P. Tratado de Fonoaudiologia, 2ª ed. São Paulo: Roca, 2010.

LIMONGI, SCO (Org.). Procedimentos terapêuticos em linguagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 105.

MARCHESAN, IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral.2ª ed. rev. e ampl. RJ: Guanabara Koogan, 2005. vi, 146 p.

FURKIM, AM; SANTINI, CS (Org.). Disfagia orofaríngea. Barueri, SP: Pró-fono,2008. v. 2.

GOLDFELD, M. Fundamentos em fonoaudiologia: linguagem. 2. ed. Rio de Janeiro. RJ: Guanabara Koogan, 2003, p. 161.

JOTZ, GP; CARRARA-DE-ANGELIS, E; BARROS, APB 9Org.). Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Regional Psicologia (CRP), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Psicologia englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Psicólogo no desenvolvimento de suas atividades Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidades:

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.

VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada.

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste documento.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço de Psicologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está vinculado à Gerência Assistencial e será dirigido pelo (a) Psicólogo (a) RT.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Psicologia está assim classificado:

I. Psicólogo (a);

II. Psicólogo (a) RT.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Regional Psicologia (CRP), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os colaboradores do Serviço de Psicologia as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º Ao Serviço de Psicologia compete:

I. Avaliar o grau de comprometimento emocional causado pela doença, tratamento e/ou internações, proporcionando condições para o desenvolvimento ou manutenção de capacidades e funções não prejudicadas pela doença, tanto a pacientes como a seus familiares;

II. Favorecer ao paciente a expressão de sentimentos sobre a vivência da doença, tratamento, facilitando a ampliação da consciência adaptativa do mesmo, ao minimizar o sofrimento inerente ao ser e estar doente;

III. Fazer com que a situação de doença e tratamento sejam bem compreendidas pelo paciente, evitando sempre que possível, situações difíceis e traumáticas, favorecendo a participação ativa do paciente no processo;

IV. Detectar e atuar frente aos quadros psicorreativos decorrentes da doença, do afastamento das estruturas que geram confiança e segurança ao paciente, quebra do cotidiano e diferentes manifestações causadas pela doença;

V. Detectar condutas e comportamentos anômalos à situação de doença, orientando e encaminhando para tratamento específico;

VI. Detectar precocemente antecedentes ou alterações psiquiátricas que possam comprometer o processo de tratamento médico, orientando e encaminhando a serviços especializados;

VII. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, facilitar a integração dos pacientes nos serviços e unidades;

VIII. Fornecer apoio e orientação psicológica aos familiares dos pacientes internados, incentivando a participação da família no processo de doença;

IX. Contribuir com a educação permanente através de treinamentos, rodas de conversa, participação em discussões de modo interativo, em temas relacionados à morte, sentido da vida, espiritualidade, entre outros, pertinentes ao cuidado em saúde dos pacientes/familiares.

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. Ao (a) Psicólogo (a) compete:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Psicologia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Experiência profissional comprovada;

d. Trabalhar em equipe;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Serviço e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Uso de crachá e assiduidade;

II. Ao (a) Psicólogo (a) quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

a. Registro profissional no Conselho Regional do Serviço de Psicologia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética do Serviço, organização do processo de trabalho da unidade e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe;

f. Ser pontual e assíduo.

g. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

h. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao (a) psicólogo (a) quando exercendo as atividades de RT compete:

I. Coordenar e realizar avaliação e acompanhamento psicológico, visando à promoção e/ou recuperação de sua saúde física e mental;

II. Coordenar e promover suporte psicológico aos pacientes e seus familiares;

III. Intervir, sempre que necessário, na tríade paciente-família-equipe;

IV. Coordenar e trabalhar em situações de agravamento físico e emocional, inclusive no período terminal, participando das decisões com relação à conduta a ser adotada;

V. Interagir com a equipe multiprofissional, objetivando buscar uma visão integrada do paciente, considerando os aspectos físicos e emocionais, podendo, com a equipe, efetivar as atividades de diagnóstico, prognóstico e tratamento;

VI. Humanizar as condições do paciente durante o processo de terapia, onde o relacionamento do paciente com a equipe de saúde precisa ser desenvolvido dentro de uma compreensão de que os profissionais que atuam no setor estão comprometidos entre si com um objetivo comum: o seu próprio restabelecimento;

VII. Confeccionar declarações, laudos, relatórios e encaminhamentos para serviços psicológicos externos sempre que for necessário;

VIII. Participar ativamente dos projetos desenvolvidos nos setores que envolvam o profissional psicólogo;

IX. Participar ativamente das comissões da unidade que for designada;

X. Realizar mensalmente toda a parte burocrática do setor de Psicologia relacionada aos processos da Qualidade (alimentar e monitorar indicadores, revisão de POP´s e PRS´s e demais documentos solicitados), dos Custos (planilhas), Controladoria (planilhas) e demais setores que solicitarem;

XI. Realizar pesquisas na área da Psicologia visando produção de conhecimento, atualização e aprimoramento na área

Art. 7º. Ao (a) psicólogo (a) compete ainda:

I. Realizar avaliação e acompanhamento psicológico dos pacientes e seus familiares com foco nos aspectos do adoecimento visando à promoção e/ou recuperação de sua saúde física e mental;

II. Promover suporte psicológico aos pacientes e seus familiares;

III. Intervir, sempre que necessário, na tríade paciente- família-equipe;

IV. Trabalhar em situações de agravamento físico e emocional, inclusive no período terminal, participando das decisões com relação à conduta a ser adotada pela equipe, como: plano terapêutico individual;

V. Interagir com a equipe multiprofissional principalmente através, objetivando buscar uma visão integrada do paciente, considerando os aspectos físicos e emocionais, podendo, com a equipe, efetivar as atividades de diagnóstico, prognóstico e tratamento;

VI. Favorecer a humanização do paciente durante o processo de tratamento, onde o relacionamento do paciente com a equipe de saúde precisa ser desenvolvido dentro de uma compreensão de que os profissionais que atuam no setor estão comprometidos entre si com um objetivo comum: o seu próprio restabelecimento;

VII. Confeccionar declarações, laudos, relatórios e encaminhamentos a serviços psicológicos externos sempre que for necessário;

VIII. Participar ativamente dos projetos desenvolvidos nos setores que envolvam o profissional psicólogo.

CAPÍTULO VIII – EQUIPE MÍNIMA

Art. 8º. O Serviço de Psicologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e de 12:45 às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 00:15 minutos, conforme demanda de atividades.

Àreas de atuação do serviço de psicologia: demandas psicológicas voltadas para o processo de saúde-doença e encaminhamentos necessários.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Conhecer, divulgar, cumprir e fazer cumprir este regimento;

II. Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente;

III. Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional;

IV. Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal;

V. Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem os direitos do usuário ou beneficiário de serviços de Psicologia;

VI. Fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional;

VII. Informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário;

VIII. Orientar a quem de direito sobre os encaminhamentos apropriados, a partir da prestação de serviços psicológicos, e fornecer, sempre que solicitado, os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho;

IX. Zelar para que a comercialização, aquisição, doação, empréstimo, guarda e forma de divulgação do material privativo do psicólogo sejam feitas conforme os princípios deste regimento;

X. Ter, para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade, e, quando solicitado, colaborar com estes, salvo impedimento por motivo relevante;

XI. Sugerir serviços de outros psicólogos, sempre que, por motivos justificáveis, não puderem ser continuados pelo profissional que os assumiu inicialmente, fornecendo ao seu substituto as informações necessárias à continuidade do trabalho;

XII. Levar ao conhecimento das instâncias competentes o exercício ilegal ou irregular da profissão, transgressões a princípios e diretrizes deste regimento ou da legislação profissional.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º. O colaborador Serviço de Psicologia não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 11º. Poderá ser liberado até 2 (duas) trocas de plantão por mês para a equipe mediante assinatura de ambas as partes e da liderança imediata.

Art. 12º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência Assistencial e ou Direção Geral.

Art. 13º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço de Psicologia, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 14º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 15º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

CFP - Conselho Federal de Psicologia
CRP - Conselho Regional de Psicologia
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
NR - Norma Reguladora
PSP - Plano de Segurança do Paciente
PEC - Perfil Estruturado por Competências
PNH - Política Nacional de Humanização
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRS - Procedimento Sistêmico
RI - Regimento Interno
RT – Responsável Técnico
RH - Recursos Humanos
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade

SUS - Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Presidência da República, Brasília, DF, 1962. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4119.htm. Acesso em: 15 de agosto 2024. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução n° 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Acesso em: 15 de agosto 2024.

I. Objetivos

Descrever o fluxo e procedimentos de atendimentos ambulatoriais do Serviço Ambulatorial de Psicologia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

O serviço de atendimento ambulatorial em psicologia visa oferecer suporte psicológico para os pacientes e/ou acompanhantes que estão sendo acompanhados pelos serviços oferecidos na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

Os principais objetivos/atribuições do psicólogo ambulatorial são:

a) Acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias bem como suas famílias em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos;

b) Dar o suporte emocional ao paciente e seu familiar durante o tratamento, visando auxiliar na compreensão da vivência do adoecimento, fortalecer as características resilientes, promover maior adesão ao tratamento e viabilizar o enfrentamento do processo de luto;

c) Realizar a alta responsável com o compartilhamento e a transição do cuidado.

O psicólogo ambulatorial da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está incluído dentro da Equipe Multiprofissional. Atuará dentro da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Gestão do Cuidado e na Avaliação Global Interdisciplinar.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; impressora; caneta; folha de papel A4 e carimbo com nome completo do profissional e número do registro no Conselho de classe.

III. Descrição dos passos da atividade

Sobre os parâmetros da assistência psicológica no atendimento ambulatorial, o Conselho Regional de Psicologia 9ª Região Goiás (CRP-09) estabelece:

a) Atendimento ambulatorial: uma (1) psicóloga (o) por jornada de trabalho de seis (6) horas/dia. Para atendimento ao usuário/familiar, estipula-se hora-assistencial de 60 minutos, com 45 minutos destinados à sessão e 15 minutos destinados à leitura e evolução no prontuário e preparo de materiais. Durante uma jornada de trabalho de seis (6) horas, a (o) psicóloga(o) deverá realizar uma média de cinco (5) atendimentos, reservando-se tempo para construção de projeto terapêutico e discussão de caso com outros profissionais, seguindo o princípio da Integralidade.

b) Reunião com os demais membros da equipe: duração mínima de 60 minutos semanais.

c) Grupos psicoterapêuticos/operativos: hora-assistencial de 120 a 150 minutos. Com o mínimo de três (3) e máximo de oito (8) participantes, deve ser coordenado por uma (1) psicóloga (o). Entre nove (9) e máximo de quinze (15) participantes, deve ser coordenado por duas (2) psicólogas (os).

d) Grupos psicoeducativos: hora-assistencial de 90 a 120 minutos. Grupos terapêuticos: quando houver a presença da (o) psicóloga (o), recomenda-se que o grupo tenha duração de 90 a 120 minutos. Com o mínimo de três (3) e máximo de oito (8) participantes, deve ser coordenado por uma (1) profissional de saúde, entre nove (9) e máximo de vinte (20) participantes, deve ser coordenado por no mínimo duas (2) profissionais de saúde.

- **Entrada do paciente na unidade**

Paciente ao ser regulado no município de origem pela sua Secretaria de Saúde, será agendado para as unidades policlínicas estaduais das quais tiverem vaga para tal procedimento ou serviço solicitado. Ao chegarem na unidade, serão recepcionados para os serviços agendados. Os atendimentos ambulatoriais de psicologia podem ser realizados por meio de encaminhamentos e agendamentos diretos da regulação ou por meio de interconsultas dos profissionais da equipe médica ou da equipe de Assistência multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

- **Atendimento Psicológico Ambulatorial**

Após o paciente ser recepcionado, ele é encaminhado à sala de atendimento psicológico, podendo haver necessidade de acompanhante dependendo do paciente (idade, dificuldade da comunicação, entre outras).

Neste primeiro momento é realizado uma anamnese exploratória, via entrevista individual e/ou com a presença de acompanhante, onde serão coletados dados iniciais sobre traços de personalidade e aspectos biopsicossociais atuais do paciente, demanda e/ou necessidade de encaminhamentos a outros serviços/especialidades; neste momento também é visado acolher o indivíduo dentro de suas necessidades, oferecer uma escuta qualificada e empática, além da facilitação na expressão emoções, sentimentos e sentidos envolvendo principalmente o adoecimento/diagnóstico.

Conforme este momento é verificado a necessidade e ofertado a continuidade do acompanhamento psicológico e o retorno à unidade ou encaminhamento para outros serviços.

Em caso de definição para acompanhamento psicológico, será delimitado o foco de trabalho e orientado o paciente quanto ao Contrato Terapêutico (CT).

O CT será realizado de forma verbal onde será acordado com o paciente e/ou acompanhante a frequência de atendimentos, os horários possíveis, o foco do trabalho terapêutico e os critérios de permanência ao acompanhamento psicológico (faltas, justificativas e etc).

O foco de trabalho terapêutico é definido a partir dos aspectos psicoemocionais observados em anamneses que tenham relação com o adoecimento e suas implicações, assim como as circunstâncias em que o estado psíquico e contexto familiar do paciente venham a interferir na evolução do tratamento desenvolvido pela equipe multiprofissional. Também é definido o plano terapêutico a partir da necessidade observada na demanda.

Após é entregue ao paciente e/ou acompanhante um receituário simples para o agendamento de retorno ao atendimento à ser entregue à recepção.

Em casos de encaminhamento/transição de cuidados para outros serviços compostos na rede de saúde municipal de origem do paciente, realizar-se-á orientações correspondentes e entrega do encaminhamento devido ao paciente e/ou acompanhante.

Realizar encaminhamento do paciente a outros serviços assistenciais em Psicologia especializados quando:

a) Houver alta pela equipe multiprofissional e ainda se verificar demanda psicológica com critério de assistência pela Atenção Básica e/ou psicoterapia (tratamento de longo prazo);

b) Apresentar transtorno psiquiátrico grave com sintomas psicóticos;

c) Apresentar dependência química;

d) Apresentar transtorno psiquiátrico grave com ideação suicida;

e) Realizar encaminhamento a outros profissionais da equipe de saúde multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa quando identificados aspectos na demanda direcionados a outras especialidades, visando a assistência integral ao paciente, por meio de interconsulta.

- **Observações:**

1. Realizar atendimentos individuais ao paciente, excepcionalmente sob a presença de acompanhante, caso seja verificada necessidade de interlocução para a efetivação da comunicação e/ou de acordo com o objetivo de trabalho.
2. Os agendamentos de retorno, junto ao paciente, serão efetivados diretamente pelo profissional de Psicologia, de acordo com a necessidade do caso e disponibilidade de agenda, ficando a secretária do setor da equipe multiprofissional da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa responsável por inserir o paciente no sistema MV.
3. Realizar registro de atendimento com data, assinatura, carimbo e evolução no sistema MV da unidade.
4. Há a possibilidade de realizar atendimento ao usuário conjuntamente com outros profissionais da equipe de saúde, quando necessário, visando a assistência integral ao paciente.
5. Realizar discussão de caso clínico com outros profissionais da equipe de saúde, visando a assistência integral ao paciente.

- 7.4 **Alta psicológica**

Realizar alta ambulatorial pela Psicologia quando:

a) Em caso de alta proveniente de outras especialidades da equipe multiprofissional, encarregadas do acompanhamento terapêutico, e se verifique ausência de demanda coerente com o foco de trabalho desta instituição e/ou se verifique condições psíquicas para alta psicológica;

b) Seja verificada a resolução da demanda inicial, conforme delimitação do foco de trabalho;

c) Caso seja verificada necessidade e/ou importância de continuidade de um acompanhamento psicológico em vertentes diferentes do foco inicial, deverá ser realizado encaminhamento para serviço de Atenção Básica Assistência Psicossocial especializada.

d) Após comunicação ao paciente de alta psicológica e encerramento do acompanhamento pelo profissional de psicologia, este deverá registar no sistema eletrônico MV.

- 7.5 **Registro documentais**

Os registros documentais do atendimento são realizados por meio do Sistema MV no computador da sala de atendimento psicológico. Neste sistema há um lugar específico para se redigir as evoluções dos atendimentos, consulta do prontuário, elaboração de documentos psicológicos (laudos, atestados, entre outros), encaminhamentos necessários assim como anexar documentos.

O registro documental segue as orientações da Resolução CFP Nº 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia (Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos) orientando o registro de:

I - Identificação do usuário/instituição; II - avaliação de demanda e definição de objetivos do trabalho; III - registro da evolução do trabalho, de modo a permitir o conhecimento do mesmo e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados; IV - registro de Encaminhamento ou Encerramento; V - documentos resultantes da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica deverão ser arquivados em pasta de acesso exclusivo do psicólogo. VI - Cópias de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado, deverão ser arquivadas, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário.

Mais especificamente sobre o atendimento psicológico em equipe multidisciplinar, ressalta:

Art. 6º. Quando em serviço multiprofissional, o registro deve ser realizado em prontuário único. Parágrafo único. Devem ser registradas apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho.

Sendo contemplado na evolução dos atendimentos realizados no ambulatório de psicologia da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa a as informações sobre:

1. Tipo de atendimento: atendimento psicológico individual ambulatorial; atendimento psicológico ambulatorial com paciente e acompanhante;
2. Evolução: breve relato das informações fornecidas pelo paciente, cuidador e familiares; breve avaliação do quadro de saúde do paciente; reações frente o adoecimento e demais informações pertinentes, sempre observando o sigilo.
3. Condutas: conforme abordagem e demanda apresentada, são oferecidas condutas psicológicas científicas e aprovadas pelo Conselho Federal de Psicologia.
4. Encaminhamento/transição de cuidados: descrição de qual foi o encaminhamento realizado (retorno à unidade, encaminhamento à serviços da rede municipal, interconsulta, entre outros).

IV. Siglas e Definições

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

CT - Contrato Terapêutico

NIA - Núcleo Interno de Atendimento

PLC - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa;

V. Anexos

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NÃO EVENTUAL E/OU AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Eu, _____,
data de nascimento: ____/____/____, portador (a) do documento de identidade nº: _____, domiciliado à: _____
_____
____, responsável legal pelo (a) criança/adolescente: _____
_____
____, data de nascimento: ___/___/___, portador (a) do documento de identidade/certidão de nascimento nº: _____, autorizo a (o) profissional _____, psicóloga (o) sob registro CRP _____ a realizar acompanhamento psicológico não eventual, bem como a realizar as avaliações psicológicas pertinentes e os encaminhamentos cabíveis. Todas as avaliações, intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial, serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

Sem mais,

_____, ____/____/_____

_____
Responsável legal pela Criança e/ou Adolescente

Nome Completo com Registro e o carimbo da(o) Psicóloga(o)

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo); Observação: esta autorização deverá estar em papel timbrado da instituição pública ou privada.

VI. Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CFP. **Resolução CFP Nº 001/2009.** Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Conselho Federal de Psicologia, Brasília 2009. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf>. Acesso e:m 28 Jan 2021.

CRP-09. **Nota técnica Nº 003/2019.** Estabelece Parâmetros de Assistência Psicológica em Contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde . Conselho Regional de Psicologia 9ª Região Goiás (CRP-09), 2019. Disponível em<http://www.crp09.org.br/portal/images/noticias/2019/NOTATECNICACRP09Nz32019_PARAMETROSDEASSISTENCIAPSICOLOGICANASAUDE.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2021.

QUEIROZ, E.; Araújo, T. C. C. F. de. (2009). **Trabalho de Equipe em Reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. Brasília: Paideia, vol. 19, nº43 (pp. 177-187) Universidade de Brasília.

DOMINGOS, T. B. **Um Processo para Analise de Segurança em Software**. 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado em Computação) - Departamento de Computação, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2000.

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Nutrição (CFN), do Conselho Regional de Nutrição (CRN), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

OBJETIVOS

O Regimento Interno do Serviço de Nutrição Clínica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa é um instrumento normativo que direciona e disciplina o Serviço de Nutrição Clínica, passível de alteração, o qual deverá ser revisto anualmente e sempre que houver implantação de novas unidades e/ ou serviços que envolvam atividade do serviço de Nutrição Clínica. Padronizar, organizar, orientar e documentar dos meios de registros e gerenciamento da assistência da Nutrição Clínica englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço de Nutrição Clínica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa tem por finalidades:

I. Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o atendimento, como do sujeito de suas ações;

II. Participar do desenvolvimento da formação, do ensino, da pesquisa e da extensão dos nutricionistas, residentes, acadêmicos e outros profissionais da saúde, que forem executadas na unidade;

III. Executar as atribuições de Nutrição Clínica, com atenção voltada ao paciente;

IV. Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos da unidade;

V. Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das possibilidades ofertadas pela unidade;

VI. Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada da unidade;

VII. Servir como suporte de campo de estágio, contribuindo com o ensino de acadêmicos de Nutrição;

VIII. Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas;

IX. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Conselho Federal de Nutrição (CFN)

X. Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos na unidade.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço de Nutrição Clínica da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa está vinculado à Gerência Assistencial e será dirigido pelo (a) Nutricionista RT.

CAPÍTULO IV – EQUIPE MÍNIMA

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Nutrição está assim classificado:

Nutrição (07:00 às 13:12) 150h
Nutrição RT (12:45 às 19:00) 150h
Responsáveis pela elaboração e consultas por regulçação de orientações quantoi a Alimentação saudável e emagrecimento, adoecimentos que requerem alimentação adequada.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo está em conformidade com a legislação e as normas vigentes, sendo estas descritas na lista de legislação do setor de Recursos Humanos.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no PEC de cada cargo pelos sistemas GCPEC e

SIGQUALI para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os profissionais do serviço de nutrição clínica as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º Ao Serviço de Nutrição Clínica compete:

I. Participar da Equipe Multiprofissional

II. Promover assistência Nutricional integral aos pacientes.

III. Elaborar prescrição nutricional, com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a as condições dos pacientes;

IV. Acompanhar a evolução nutricional dos pacientes.

V. Realizar o preenchimento dos registros no prontuário eletrônico do paciente (PEP), imprimindo, assinando e carimbando-os.

VI. Colaborar na formação de profissionais da área de saúde.

VII. Orientar estágios de Nutrição, em colaboração com as Instituições de Ensino.

VIII. Elaborar Plano Alimentar, quando necessário.

IX. Realizar orientação nutricional;

X. Zelar pelo uso adequado, seguro e pela conservação dos materiais e equipamentos.

XI. Colaborar para a execução das Boas Práticas em Saúde e cumprimento das Normas de Conformidades Sanitárias, conforme legislação vigente.

XII. Cumprir os Protocolos da instituição (POP's e PRS's).

XIII. Desempenhar suas atividades dentro dos princípios éticos e morais.

XIX. Preservar integralmente a confidencialidade das informações do paciente que tenha acesso em suas atividades.

XX. Respeitar a equipe multiprofissional que atua na instituição.

XXI. Buscar conhecer os protocolos do SND;

XXII. Participar das reuniões a que for convocado, bem como das reuniões com as demais chefias e promover reuniões com a equipe.

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. Ao Nutricionista:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Nutrição;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Experiência profissional comprovada;

d. Trabalhar em equipe;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Serviço e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Uso de crachá e assiduidade;

II. Ao Nutricionista quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

a. Registro profissional no Conselho Regional do Nutrição;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética do Serviço, organização do processo de trabalho da unidade e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe;

f. Ser pontual e assíduo.

g. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

h. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao (a) Nutricionista compete:

I. Triagem nutricional: Prestado pela equipe de nutrição e estagiários sob orientação do nutricionista, por meio de protocolos validados. Pacientes detectados em risco nutricional iniciam acompanhamento individualizado

II. Acompanhar evolução terapêutica; reorientar condutas terapêuticas; estimular adesão e continuidade do tratamento;

III. Orientar pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis, explicando procedimentos e rotinas; demonstrar procedimentos e técnicas; verificar a compreensão da orientação; esclarecer dúvidas;

IV. Realizar diagnósticos específicos, avaliando funções, desenvolvimento, estabelecer diagnóstico e participar de diagnóstico interdisciplinar; reavaliar as condições do paciente;

V. Preceptorar acadêmicos e residentes alocados nos setores laborais;

XI. Desenvolver e praticar projetos de pesquisa vinculados a instituição

Art. 7º. Ao (a) Nutricionista quando exercendo as atividades de RT compete ainda:

I. Exercer responsabilidade técnica do Serviço de Nutrição Clínica;

II. Organizar e dirigir o Serviço de Nutrição Clínica, incentivando o trabalho em equipe;

III. Executar o dimensionamento do Quadro de Nutrição, ajustando o quadro para atender as demandas da unidade, seguindo as normas vigentes da classe;

IV. Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;

V. Analisar e avaliar os procedimentos nos quais a nutrição está inserida;

VI. Desenvolver rotinas mensuráveis através dos padrões propostos pelo setor de Qualidade;

VII. Colaborar com as Diretorias Clínica e Geral;

VIII. Escalonar corpo de nutrição para atender as demandas internas e também aos campos necessários para realização de estágios da instituição de ensino;

IX. Incentivar a pesquisa científica na sua equipe;

X. Desenvolver o programa de reuniões com a equipe de Nutrição;

XI. Interagir com os demais Serviços de apoio da unidade para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

XII. Prever materiais e equipamentos necessários ao funcionamento da unidade, junto às Chefias de Serviços;

XIII. Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade da unidade e acompanhar os resultados;

XIV. Desenvolver programas de auditoria dos processos de Nutrição;

XV. Fazer cumprir a Sistematização da Assistência Nutricional;

XVI. Desenvolver programas de atendimento humanizado;

XVII. Organizar os atendimentos no ambulatório de Nutrição;

XVIII. Organizar os processos de atendimento para os cumprimentos das metas estipuladas;

XIX. Organizar e providenciar os documentos pertinentes a classe;

XX. Exercer atividade representativa mediante direção e afins quanto aos interesses dos Nutricionista

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço de Nutricionista da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e de 12:45 às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 00:15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Assumir responsabilidade técnica por serviço de Nutrição, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo a Resolução específica;

II. Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;

III. Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano;

IV. Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo situações previstas em lei;

V. Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;

VI. Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;

VII. Cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupa, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Nutrição o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º. O colaborador do Serviço de Nutrição Clínica não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 11º. Poderá ser liberado até 2 (duas) trocas de plantão por mês para a equipe mediante assinatura de ambas as partes e da liderança imediato.

Art. 12º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência Assistencial e ou Direção Geral.

Art. 13º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço de Nutrição Clínica, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 14º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 15º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

CFN - Conselho Federal de Nutrição
CRN - Conselho Regional de Nutrição
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
NR - Norma Reguladora
PSP - Plano de Segurança do Paciente
PEC - Perfil Estruturado por Competências
PNH - Política Nacional de Humanização
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRS - Procedimento Sistêmico
RI - Regimento Interno
RT – Responsável Técnico
RH - Recursos Humanos
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
SUS - Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIAS

Resolução nº 599, 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras Providências. Brasília: CFN, 2018. Disponível em: codigo-de-etica.pdf (cfn.org.br). Acesso em: 15 de agosto 2024.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Atendimento nutricional para paciente cardiometabólico			
Responsável: Serviço de Nutrição	**Código**: POP.PLCGO.NUTRI.001	**Revisão**: 00	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Tabelas de curva de crescimento percilt e score -Z

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura)

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência do braço, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

DM – Diabetes Mellitus;

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Para o cálculo do IMC, adota-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 16 - Pontos de corte estabelecidos para adultos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: (WHO, 1995)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

BRASIL, Telemedicina, Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. 2015. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Idoso cardiometabólico			
Responsável: Serviço de Nutrição	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.002	**Revisão**:	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para idosos, através de fórmula em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;

3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);
4. Verificar exames bioquímicos;
5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. 7.Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;

11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

IMC (kg/m²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994)

VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Consultas ambulatoriais de nutrição			
Responsável: Serviço de Nutrição	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.003	**Revisão**: 00	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MVPEP
Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Calculadora de IMC

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionado ao complexo regulador do seu município onde será informado quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado e recepcionado para atendimento nutricional;
2. Caso o paciente já tenha sido atendido na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa (modelo de anamnese em anexo);
4. Realizar avaliação antropométrica:

ADULTO/ IDOSO: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua

altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 1 - Tabela de classificação IMC adulto e idoso

Classificação IMC para idosos

IMC	Estado Nutricional
<22	Baixo Peso
22 a 27	Eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz,1994

Classificação IMC para adultos

IMC	Estado Nutricional
≥40	Obesidade Grau III
35,00 a 39,99	Obesidade Grau II
30,00 a 34,99	Obesidade Grau I
25,00 a 29,99	Sobrepeso
18,50 a 24,99	Eutrófico
17,00 a 18,49	Magreza Grau I
16,00 a 16,99	Magreza Grau II
<16,00	Magreza Grau III

Fonte: OMS,1998

CRIANÇA: com o paciente de pé, em cima da balança, o peso será aferido e posteriormente sua altura, o mesmo de manterá em cima da balança para que com o auxílio do estadiômetro na mesma, a medida possa ser realizada. Após estes dados coletados, os mesmos serão lançados no sistema MV na aba de avaliação nutricional (Rotinas multiprofissionais > Doc. nutrição > Avaliação nutricional) , onde será dado o valor do IMC e sua devida classificação (imagem em anexo). Será feita as medidas de circunferência abdominal e circunferência da cintura para conclusão da avaliação física.

Figura 2 - Tabela de classificação IMC infantil sexo masculino

MENINOS

IDADE	ABAIXO DO NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
6	Menor que 14,5	Entre 14,5 e 16,6	Entre 16,7 e 18,0	Maior que 18,0
7	Menor que 15,0	Entre 15,0 e 17,3	Entre 17,4 e 19,1	Maior que 19,1
8	Menor que 15,6	Entre 15,6 e 16,7	Entre 16,8 e 20,3	Maior que 20,3
9	Menor que 16,1	Entre 16,1 e 18,8	Entre 18,9 e 21,4	Maior que 21,4
10	Menor que 16,7	Entre 16,7 e 19,6	Entre 19,7 e 22,5	Maior que 22,5
11	Menor que 17,2	Entre 17,2 e 20,3	Entre 20,4 e 23,7	Maior que 23,7
12	Menor que 17,8	Entre 17,8 e 21,1	Entre 21,2 e 24,8	Maior que 24,8
13	Menor que 18,5	Entre 18,5 e 21,9	Entre 22,0 e 25,9	Maior que 25,9
14	Menor que 19,2	Entre 19,2 e 22,7	Entre 22,8 e 26,9	Maior que 26,9
15	Menor que 19,9	Entre 19,9 e 23,6	Entre 23,7 e 27,7	Maior que 27,7

Figura 3 - Tabela de classificação IMC infantil sexo feminino

MENINAS

IDADE	ABAIXO DO NORMAL	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE
6	Menor que 14,3	Entre 14,3 e 16,1	Entre 16,2 e 17,4	Maior que 17,4
7	Menor que 14,9	Entre 14,9 e 17,1	Entre 17,2 e 18,9	Maior que 18,9
8	Menor que 15,6	Entre 15,6 e 18,1	Entre 18,2 e 20,3	Maior que 20,3
9	Menor que 16,3	Entre 16,3 e 19,1	Entre 19,2 e 21,7	Maior que 21,7
10	Menor que 17,0	Entre 17,0 e 20,1	Entre 20,2 e 23,2	Maior que 23,2
11	Menor que 17,6	Entre 17,6 e 21,1	Entre 21,2 e 24,5	Maior que 24,5
12	Menor que 18,3	Entre 18,3 e 22,1	Entre 22,2 e 25,9	Maior que 25,9
13	Menor que 18,9	Entre 18,9 e 23,0	Entre 23,1 e 27,7	Maior que 27,7
14	Menor que 19,3	Entre 19,3 e 23,8	Entre 23,9 e 27,9	Maior que 27,9
15	Menor que 19,6	Entre 19,6 e 24,2	Entre 24,3 e 28,8	Maior que 28,8

5. Fazer diagnóstico do estado nutricional do paciente - Após a conclusão da avaliação física e análise dos dados, será realizado o diagnóstico do estado nutricional do paciente, onde o mesmo entrará nos grupos de classificação e grau de risco.

ALTO RISCO - Paciente que apresenta IMC ≥ Obesidade grau II, mais de 2 patologias crônicas descompensadas e sem acompanhamento devido, uso de medicação contínua e sedentarismo.

MÉDIO RISCO - Paciente que apresente IMC ≥ Obesidade grau I, patologias crônicas controladas e em acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

BAIXO RISCO - Paciente que apresente IMC ≤ Sobrepeso, patologias crônicas em desenvolvimento, porém em início de acompanhamento, uso de medicação contínua e sedentarismo.

6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais através de fórmula de Gasto energético e taxa metabólica basal

Figura 4 - Fórmulas de gasto energético

Harris-Benedict – homens	(13,8 x P) + (5 x A) – (6,8 x I) + 66
Harris-Benedict – mulheres	(9,6 x P) + (1,9 x A) – (4,7 x I) + 655

7. Fazer prescrição dietética - plano alimentar individualizado, de acordo com as necessidades calóricas do paciente para obtenção de melhora do quadro e evolução do mesmo, com alimentos que se encaixe dentro da realidade e rotina do paciente;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a necessidade de cada paciente;

9. Solicitar exames bioquímicos quando necessário - quando houver a suspeita de alguma patologia ou para averiguação de melhora do quadro do paciente de forma geral e rotina a cada 6 meses do último realizado. .

10. Solicitar agendamento de retorno via receituário simples;

11. Assinar e carimbar;

12. Realizar encaminhamentos, quando necessário;

13. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e

a conduta realizada;

14. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

Retorno

1. Realizar investigação clínica - entender com o paciente como foi o processo desde a última consulta, avaliando o que foi cumprido e o que não foi para estabelecer novas metas para a melhor evolução do mesmo, conforme formulário em anexo;

2. Realizar investigação dietética - entender o que foi viável cumprir da alimentação proposta com paciente, o que o mesmo conseguiu colocar em prática, o que não foi possível, o motivo e traçar os próximos passos conforme formulário em anexo;

3. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal, circunferência da cintura e circunferência de quadril) conforme formulário em anexo;

4. Verificar exames bioquímicos conforme formulário em anexo;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;

6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial e números seguintes de sessões seguintes;

   PACIENTE EM ALTO RISCO - Retornos espaçados a cada 30 dias, com média de 6 a 12 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM MÉDIO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 6 a 8 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

   PACIENTE EM BAIXO RISCO - Retornos espaçados a cada 60 dias, com média de 4 a 6 meses de acompanhamento de acordo com a evolução do mesmo.

7. Refazer prescrição dietética, se necessário;

8. Realizar orientações nutricionais de acordo com a especificidade de cada paciente;

9. Solicitar agendamento de retorno, se ainda for necessário, via receituário simples;

10. Assinar e carimbar;

11. Realizar a evolução do paciente no programa MVPEP, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

12. Anexar formulários e anexos no sistema MVPEP;

13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

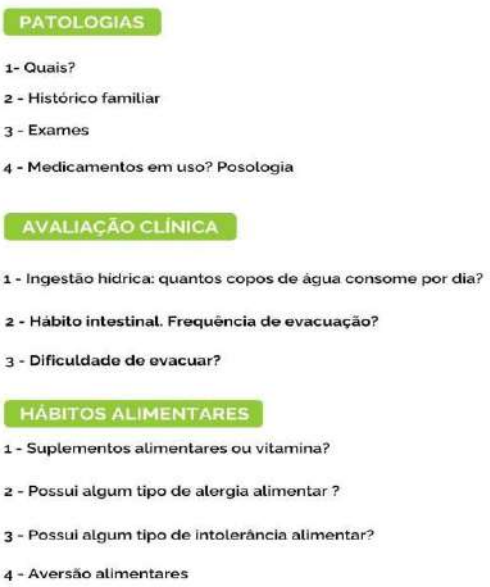
IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal.

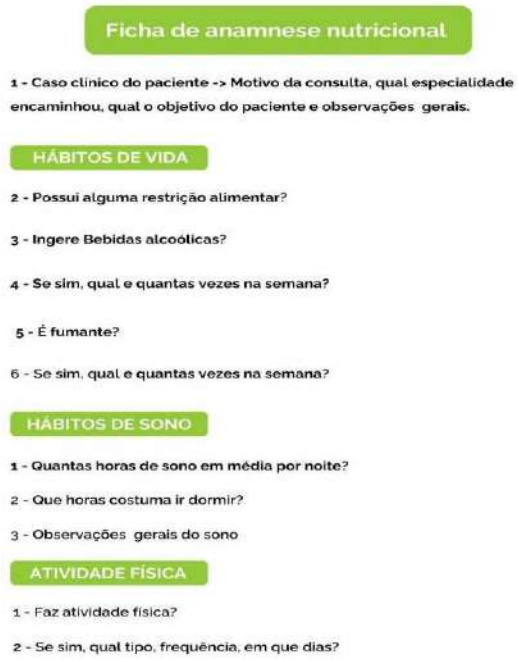
MV PEP - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.

V. Anexos

Figura 1 - Ficha de anamnese nutricional



Proibido Reproduzir



Ficha de anamnese nutricional

1 - Caso clínico do paciente -> Motivo da consulta, qual especialidade encaminhou, qual o objetivo do paciente e observações gerais.

HÁBITOS DE VIDA

2 - Possui alguma restrição alimentar?

3 - Ingere Bebidas alcoólicas?

4 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

5 - É fumante?

6 - Se sim, qual e quantas vezes na semana?

HÁBITOS DE SONO

1 - Quantas horas de sono em média por noite?

2 - Que horas costuma ir dormir?

3 - Observações gerais do sono

ATIVIDADE FÍSICA

1 - Faz atividade física?

2 - Se sim, qual tipo, frequência, em que dias?

Figura 2 - Formulário de retorno

Formulário de retorno

DIAGNÓSTICO/ CONDUTA/ EVOLUÇÃO:

P: KG
A: M
IMC:KG/M² - Classificação

Evolução do quadro clínico:

Metas:

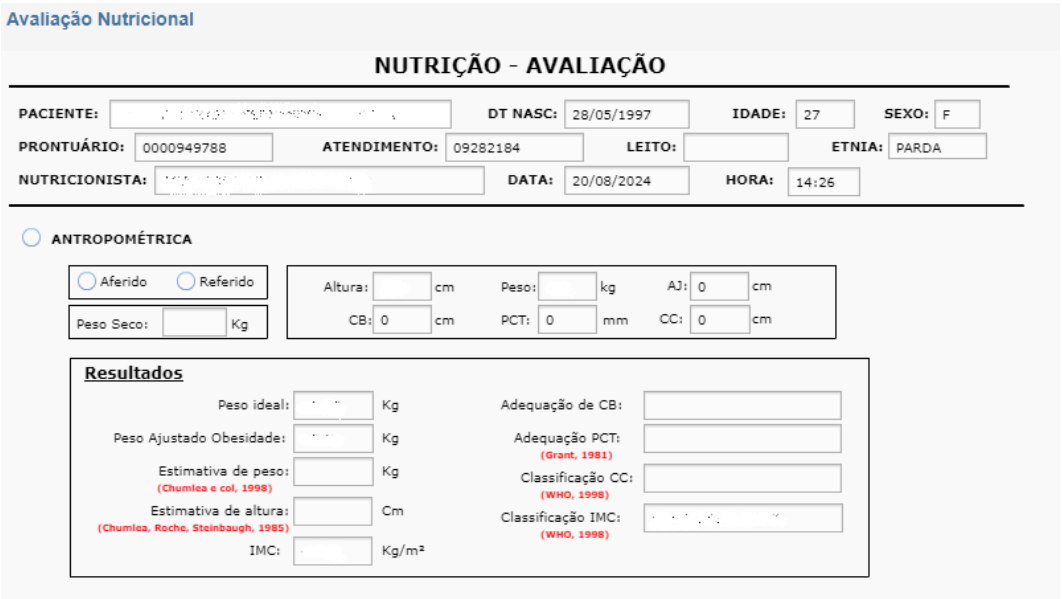
Estratégias para a próxima consulta:

EXAMES LABORATORIAIS:
PATOLOGIAS:
MEDICAMENTOS EM USO:
ENCAMINHAMENTOS:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE;

*RETORNO:

Figura 3 - Quadro de cálculo de IMC e classificação



VI. Referências

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Procedimentos

Operacional Padrão. Governo, 2017. POP Nutrição EBSERH 04 08 17. final (www.gov.br); Acesso em 23 de maio de 2022.

Avaliação do Estado Nutricional do Idoso. Brasil Telemedicina, 2015. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos - Artigo - News - Brasil Telemedicina. Acesso em 24 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011. orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br). Acesso em 24 de maio de 2022.

Associação Brasileira de Nutrologia.Calculadoras IMC infantil. Disponível em: ABRAN - Associação Brasileira de Nutrologia. Acesso em: 14 de agosto de 2024.

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes de cada faixa de idade e sexo disponibilizadas na “Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde) MINISTÉRIO DA SAÚDE”.

III. Descrição dos passos da atividade

O paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se o paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso o paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferência abdominal e circunferência da cintura);

5. Além do IMC, se necessário, outros índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças em cada faixa de idade e sexo, tanto em percentis como em escores-z através de tabelas padronizadas pela Organização Mundial de Saúde;

6. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;

7. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;

8. Elaborar plano alimentar juntamente com o paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;

9. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais o paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;

10. Realizar orientações nutricionais;

11. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;

12. Solicitar agendamento de retorno via receituário;

13. Assinar e carimbar;

14. Realizar encaminhamentos, quando necessário;

15. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;

16. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

7.2- Retorno

1. Realizar investigação clínica do paciente;

2. Realizar investigação dietética;

3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta;

4. Verificar exames bioquímicos;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;

6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;

7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;

8. Realizar orientações nutricionais

9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução do paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos; **Percentil e Score-z -** Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);

PLC - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Avaliação da gestante de alto risco			
Responsável: Serviço de Nutrição	**Código**:POP.PLCGO.NUTRI.005	**Revisão**: 00	**Data**: 20/08/2024

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para idosos cardiometabólicos. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão qualificados (as) nesta linha de cuidado, respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos (as) usuários (as), otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Balança
Fita métrica
Estadiômetro
Cálculo do IMC para gestantes;
Avaliação do **estado** nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional; Avaliação do **traçado** da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de IMC por semana gestacional;
Gráfico de IMC segundo semana de gestação e ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial através de fórmula e tabelas em anexo posterior.

III. Descrição dos passos da atividade

A paciente chega até a unidade de atendimento por meio de regulação, ou seja, primeiramente procura a sua Unidade Básica de Saúde do município, passa por uma consulta médica e avaliação, é direcionada ao complexo regulador do seu município onde será informada quando e onde terá a sua vaga disponibilizada para o atendimento especializado.

1.1 - PRIMEIRA CONSULTA

1. Verificar no sistema MV se a paciente se encontra cadastrado para atendimento;
2. Caso a paciente já tenha sido atendida na unidade, verificar seu prontuário;
3. Realizar anamnese nutricional completa;
4. Realizar avaliação antropométrica (aferição do peso e da estatura da mulher, além do cálculo da semana gestacional. Com esses dados, será determinado o estado nutricional da gestante, tendo como critério prioritário a classificação do IMC por semana gestacional estipulando o possível e adequado ganho de peso até o final da gestação);
5. Fazer diagnóstico do estado nutricional da paciente;
6. Fazer o cálculo das necessidades nutricionais;
7. Elaborar plano alimentar juntamente com a paciente levando em consideração sua história pregressa, medicações as quais faz usos e observando a interação DROGA X NUTRIENTE;
8. Fazer prescrição dietética levando em consideração os alimentos aos quais a paciente possa fazer uso e suas preferências de acordo com o que for proposto;
9. Realizar orientações nutricionais;
10. Solicitar exames bioquímicos quando necessário;
11. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
12. Assinar e carimbar;
13. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
14. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
15. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

1.2 - Retorno

1. Realizar investigação clínica da paciente;
2. Realizar investigação dietética;
3. Repetir os procedimentos da avaliação antropométrica realizados na 1ª consulta (a avaliação continuada permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início da gravidez);
4. Verificar exames bioquímicos;

5. Verificar adesão à conduta nutricional anterior;
6. Estabelecer o plano de cuidado nutricional ambulatorial;
7. Fazer prescrição dietética novamente, se necessário;
8. Realizar orientações nutricionais;
9. Solicitar agendamento de retorno via receituário;
10. Assinar e carimbar;
11. Realizar encaminhamentos, quando necessário;
12. Realizar a evolução da paciente no programa, constando as principais informações obtidas na consulta e a conduta realizada;
13. Finalizar o atendimento com assinatura eletrônica.

IV. Siglas e Definições

IMC - Índice de Massa Corporal;

KG - Quilograma.

MV - Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimento.

V. Anexos

I. Calcule o IMC da gestante:

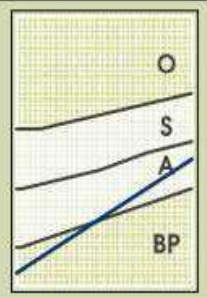
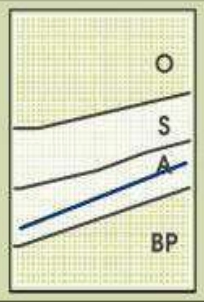
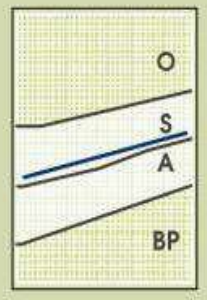
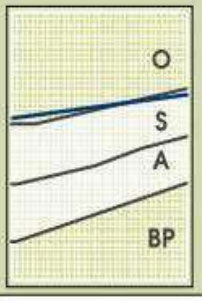
$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\text{ (m)}}$$

Quadro 19 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
7	20,0	20,1	25,0	25,1	30,1	30,2
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
9	20,2	20,3	25,1	25,2	30,2	30,3
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,3	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

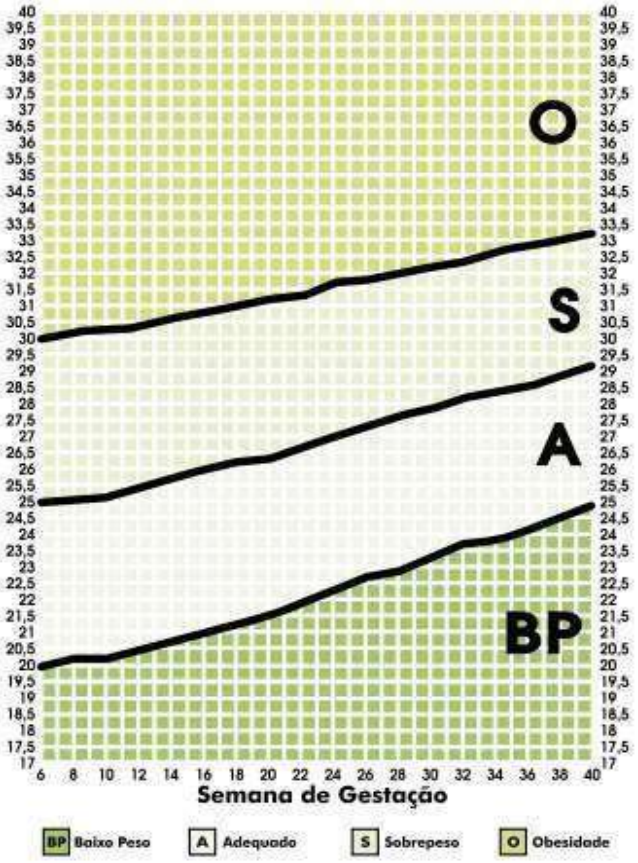
Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 1997)

Quadro 21 - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal por semana gestacional

Estado Nutricional da gestante na 1ª avaliação	Inclinação da curva no Gráfico de IMC por semana gestacional	Exemplo*
Baixo Peso (BP)	A curva de ganho de peso deve apresentar inclinação ascendente maior que a da curva que delimita a parte superior da faixa de estado nutricional Baixo Peso (BP).	
Adequado (A)	A curva deve apresentar inclinação ascendente paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado (A) no gráfico.	
Sobrepeso (S)	A curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico	
Obesidade (O)	A curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).	

* Observação: As linhas em azul foram desenhadas aleatoriamente apenas para exemplificar as possíveis tendências de inclinação das curvas.

Gráfico 2 - Gráfico de Indice de Massa Corporal segundo semana de gestação



Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 2006)

Quadro 20 - Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990)
(WHO, 1995)

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. Brasília, 2011. <orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em 24 de maio de 2022

I. Objetivos

Procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de consultas ambulatoriais de Nutrição. Para padronizar os atendimentos nutricionais para pacientes com perfil de Avaliação Global. Atendendo de forma ampliada e qualificada os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a individualidade, atendendo a complexidade e a integralidade dos usuários, otimizando os recursos disponíveis.

II. Materiais

Consultório com computador e internet para acesso ao Sistema MV; balança, preferencialmente com bioimpedância; Adipômetro Plicômetro.

III. Descrição dos passos da atividade

A Avaliação Global deve ocorrer em espaço adequado à equipe e aos usuários e acompanhantes, devendo ser acessível, possibilitando o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e espaço com iluminação, ventilação e temperaturas confortáveis. O mobiliário deve estar de acordo com a necessidade dos atendimentos realizados.

A equipe multiprofissional será composta pelas categorias profissionais/ campos do saber considerando a (s) linha (s) de cuidado e as respectivas necessidades de complexidade do usuário. Se faz necessário, ainda, que a equipe conheça a carteira de serviços ofertada na unidade, bem como as redes de atenção e apoio social da sua região de abrangência.

Primeira Consulta

1- Recepção do usuário na unidade;
2- Atendimento Social e Avaliação Social com o (a) Assistente Social da unidade (Ficha Social Resumida - ANEXO II);
3- Triagem com a equipe técnica de enfermagem para consulta;
4- Avaliação Global Multiprofissional e Interprofissional;
5- Investigação da condição de saúde e condições relacionadas do usuário;
6- Discussão do caso sem a presença do paciente e elaboração do Projeto Terapêutico Singular;
7- Devolutiva ao usuário e ao acompanhante;
8- Registro da Avaliação Global no Sistema (prontuário eletrônico);

IV. Siglas e Definições

IMC – Índice de Massa Corporal;
DM – Diabetes Mellitus;
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;
MV – Programa padrão utilizado na Unidade para registrar todos os atendimentos.
Percentil e Score-z – Pontos de corte definidos que servem para investigar situações de normalidade e de risco nutricional (peso e estatura inadequados para sexo e idade);
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde.

V. Anexos

FORM.PLCGO.SS.001 FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL RESUMIDA

VI. Referências

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. **Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas.** Goiânia, 2022.

Introdução

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa localizada no município de Formosa, foi inaugurada em março de 2022, e promove serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

No modelo de assistência a Policlínica está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades multiprofissionais, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

O presente regimento interno visa estabelecer as diretrizes e normas para o funcionamento do Setor de Serviço de diagnóstico por imagem. Este documento é essencial para garantir um ambiente de trabalho organizado, seguro e eficiente, alinhado com as melhores práticas e normas vigentes na área da radiologia.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Proporcionar serviços de imagem radiológicas com alta qualidade, segurança e precisão, contribuindo para o diagnóstico e tratamento eficaz dos pacientes.

VISÃO

Ser referência em excelência no serviço de diagnóstico por imagem, reconhecido pela competência técnica e ética profissional.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

Art. 1º O setor de Serviço de diagnóstico por imagem tem como finalidades:

I. Realizar exames de imagem com precisão e qualidade.

II. Assegurar a integridade física e emocional dos pacientes durante os procedimentos.

III. Contribuir para a formação e atualização dos profissionais da área.

Art. 2º Os objetivos específicos do setor são:

I. Garantir a realização de exames de forma eficiente e segura.

II. Promover a melhoria contínua dos processos e da qualidade dos serviços.

III. Manter a equipe técnica capacitada e atualizada.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 3º O setor de Serviço de diagnóstico por imagem está hierarquicamente subordinado à direção Assistencial e técnica da unidade e será dirigido pelo supervisor de radiologia, responsável pela supervisão das atividades do setor, reportando-se diretamente à direção assistencial e técnica.

CAPÍTULO IV – EQUIPE MÍNIMA

Art. 4º O Setor de Serviço de diagnóstico por imagem atualmente é composto por:

I. Quatro (4) técnicos em radiologia.

II. Um (1) dos quatro (4) técnicos atuará como supervisor de radiologia, designado pela direção.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os Colaboradores do Serviço de diagnóstico por imagem as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Compete ao setor de Serviço de diagnóstico por imagem:

I. Realizar exames de imagem conforme solicitado por médicos.

II. Garantir a manutenção e o bom funcionamento dos equipamentos.

III. Assegurar a correto controle e arquivamento das imagens.

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 6º. Requisitos por categoria profissional:

I. Ao Técnico em Radiologia compete:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Radiologia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Experiência profissional comprovada;

d. Trabalhar em equipe;

e. Trabalhar de acordo com o Código de Ética do Serviço e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;

f. Uso de crachá e assiduidade;

II. Ao Técnico em Radiologia quando exercendo as atividades de supervisão compete ainda:

a. Registro profissional no Conselho Regional do Serviço de Radiologia;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética do Serviço, organização do processo de trabalho da unidade e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe;

f. Ser pontual e assíduo.

g. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

h. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 7º São atribuições do Supervisor de Radiologia:

I. Supervisionar e orientar o trabalho de aplicação das técnicas radiológicas no local onde exerça a função;

II. Zelar pelo cumprimento das disposições constante no Código de Ética Profissional, devendo, no âmbito de sua atuação, levar ao conhecimento do Conselho Regional qualquer infração verificada;

III. Elaborar e manter atualizada relação dos profissionais sob sua supervisão, com os respectivos números dos registros profissionais;

IV. Elaborar e alterar as escalas de serviços e de plantões dos profissionais, sob sua supervisão;

V. Informar a chefia imediata sobre qualquer problema existente com equipamentos, fontes emissoras de Radiação, acessórios e equipamentos de proteção radiológicas, relativos à sua área de atuação;

VI. Informar ao Supervisor de Radioproteção a ocorrência de qualquer fato que, no seu entender, possa influir nos níveis de exposição à radiação ou riscos de acidentes;

VII. Manter em livro próprio o registro de defeitos em equipamentos, fontes de radiação, acessórios e equipamentos de proteção radiológica, bem como as chamadas e a realização da manutenção nas instalações;

VIII. Manter o controle das requisições e resultados de exames periódicos dos profissionais ocupacionalmente expostos às radiações, sob sua supervisão;

IX. Divulgar e manter em lugar visível o resultado mensal da leitura dos dosímetros de uso individual.

X. Fiscalizar o estágio e a frequência dos alunos dos Cursos de Formação de Técnicos e Tecnólogos em Radiologia, nos respectivos setores de atuação.

Responsabilidades Institucionais:

I. Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

II. Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

III. Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

Art.8º São atribuições dos Técnicos em Radiologia:

I. Realizar exames radiológicos conforme solicitação médica;

II. Operar e zelar pelos equipamentos de radiologia;

III. Verificar e zelar pela integralidade dos EPI´S e comunicar qualquer alteração ao supervisor;

IV. Conferir os pedidos e exames a serem realizados;

V. Verificar Identificação do paciente;

VI. Explicar o procedimento e posicionar o paciente;

VII. Programar o equipamento para o exame específico;

VIII. Realizar o exame;

IX. Enviar imagens para o GENUSPACS e fazer conferência.

Responsabilidades Institucionais:

I. Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

II. Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior.

III. Cumprir integralmente o Manual do Colaborador.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 9º A jornada de trabalho dos técnicos em radiologia será de 24 horas semanais, distribuídas em 4:48 horas diária de segunda a sexta-feira, definido em acordo coletivo com o sindicato da categoria. O horário de trabalho deve ser cumprido rigorosamente, salvo em situações de emergência ou necessidade do serviço.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 10º São deveres dos profissionais do setor de Serviço de diagnóstico por imagem:

I. Cumprir com as normas e procedimentos estabelecidos;

II. Manter conduta ética e profissional;

III. Participar de treinamentos e atualizações;

IV. Zelar pela segurança dos pacientes e colegas de trabalho;

V. Cumprir com a jornada de trabalho estabelecida, respeitando a carga horária prevista em lei.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º. O colaborador do Serviço de diagnóstico por imagem não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 12º. Poderá ser liberado até 2 (duas) trocas de plantão por mês para a equipe mediante assinatura de ambas as partes e supervisor de Radiologia.

Art. 13º. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela Gerência Assistencial e ou Direção Técnica.

Art. 14º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço de Radiologia, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 15º. Qualquer irregularidade ou falha nos equipamentos deve ser imediatamente comunicada ao Supervisor de Radiologia.

Art. 16º. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 16º. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

CRR - Conselho Regional de Radiologia
EPI´S - Equipamento de proteção individual
GCPEC - Sistema de Gestão por Competências
NR - Norma Reguladora
PSP - Plano de Segurança do Paciente
PEC - Perfil Estruturado por Competências
PNH - Política Nacional de Humanização
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRS - Procedimento Sistêmico
RI - Regimento Interno
RT – Responsável Técnico

RH - Recursos Humanos

SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SR - Supervisor de Radiologia

TR - Técnico em Radiologia

REFERÊNCIAS

Normas de segurança radiológica vigentes no país.

Regulamentação profissional dos técnicos em radiologia.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Entrega de Resultados de Exames Radiológicos			
Responsável: Serviço de Imagem	**Código**: POP SDI 001	**Revisão**: 00	**Data**: 14/08/2024

I. Objetivos

Os exames Radiológicos realizados nesta Unidade, são armazenados em um sistema PACs, que permite acesso e vizualização das imagens e do laudo. Esses exames também podem ser armazenados em mídia digital CD/DVD, dessa forma possibilitando acesso na íntegra das imagens produzidas. Uma outra forma de adquirir essas imagens são através de impressões das mesmas em películas radiográficas e papel Couchê.

Objetiva padronizar a entrega de resultado de exames Radiológicos (Radiografia; Mamografia; Densitometria óssea e Tomografia Computadorizada), realizados na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

II. Materiais

Película Radiográfica

Papel Couchê A3

Papel Couchê A4

CD/DVD

III. Descrição dos passos da atividade

- Para a retirada do exame o paciente deve apresentar o protocolo de entrega do exame e documento de identificação pessoal.
- Para a impressão de imagens de exames, o paciente deverá solicitar de forma antecipada de no mínimo 48 horas.
- Quando solicitado a impressão de imagens, o paciente deverá fazer a retirada do mesmo. Caso não o faça, a Unidade entrará em contato para a retirada.

IV. Siglas e Definições

- TC – Tomografia Computadorizada.
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLC - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

FORMIGA et al. **Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade**. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006.

ZANON et al. **Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade**. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SC), 2002

SANTANA, Alline Kelly da Silva et al**. Procedimento Operacional Padrão EBSERH**: Entrega dos laudos de pacientes externos/ambulatoriais que realizaram exames de Tomografia e Ressonância, 2022.
Disponível: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwic5-X8m5iAAxUFNTUKHT-2ACEQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Febserh%2Fpt-br%2Fhospitais-universitarios%2Fregiao-nordeste%2Fhulw-ufpb%2Facesso-a-informacao%2Fgestao-documental%2Fpop-procedimento-operacional-padrao%2F2022%2Fudi-unidade-de-diagnostico-de-imagem%2Fpop-udi-007-entrega-dos-laudos-de-pacientes-externos-ambulatoriais-que-realizaram-exames.pdf%2F%40%40download%2Ffile&usg=AOvVaw2P9vYsivvfc693nODQo2wY&opi=89978449.

I. Objetivos

A Tomografia Computadorizada (TC) é um exame de imagens de alta qualidade e resolução. As imagens são geradas via radiação ionizante e reproduzidas por um computador, que permite visualizar órgãos, estruturas e tecidos de forma mais detalhada que uma radiografia comum.

A TC desempenha papel importante no desenvolvimento das atividades assistenciais da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, na medida em que confirma ou complementa os achados diagnósticos.

Objetiva sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Tomografia Computadorizada na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Papel Lençol

Papel Toalha

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Papel Couchê A3

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação do exame.
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante.
- Encaminhar o paciente para o vestiário para troca de roupa de modo a não deixar objetos metálicos no paciente (caso necessite).
- Posicionar adequadamente o paciente no Tomógrafo, para realização do exame solicitado.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).

- O exame é realizado por um técnico em radiologia, na sala de tomografia computadorizada. A sala é composta por um tubo de radiação (Gantry) Phillips 16 canais; mesa que é regulável em altura e profundidade em relação ao Gantry para assim facilitar a colocação e a centralização do paciente; Sala de comando protegida por chumbo onde o técnico em radiologia se posiciona para realizar o exame.
- Técnico em radiologia opera o tomógrafo conforme recomendações do fabricante e realizar a captura das imagens desejadas.
- Encaminhar o paciente após realização do exame a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- TC – Tomografia Computadorizada.
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 1 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

O exame de Raio - X (RX) é um método de imagens que se utiliza radiação ionizante para examinar diversas partes internas do corpo. Através do exame de raio x pode-se visualizar estruturas ósseas e determinados órgãos. Podendo diagnosticar ossos fraturados, corpos estranhos, tumores, dentre outros.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Raio-X na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Papel Toalha

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Papel Couchê A4

Película radiográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação de exame;
- Encaminhar o paciente para o vestiário para troca de roupa, atentando-se para não deixar objetos metálicos no paciente (caso necessite);
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante;
- O paciente é posicionado na sala de RX de acordo com o exame a ser realizado;
- O exame é realizado na sala do RX, que é composta por um aparelho de RX fixo, uma mesa bucky elevatória. Um bucky mural para exames que são realizados em ortostático. Sala de controle com

parede protegida por chumbo e EPI's (equipamento de proteção individual);

- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar o EPI;
- Colimar o feixe de radiação de forma que apenas a área de interesse seja incluída;
- Encaminhar paciente após realização de exame para a recepção, para retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- RX – Raio x;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

A Densitometria óssea é um exame de imagem, não invasivo e simples, que se utiliza radiação ionizante de baixas doses. Indicado para avaliar a densidade mineral dos ossos.O Exame fornece uma estimativa da densidade mineral do osso em vários locais anatômicos (coluna, fêmur, corpo inteiro e antebraço). Esses valores podem ser então comparados ao grupo de referência adulto, de acordo com o julgamento do médico. É um método para diagnóstico de osteoporose e osteopenia, que detecta a redução da massa óssea de maneira precoce e precisa.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Densitometria Óssea na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Avental descartável

Luva Descartável

Máscara Descartável

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame;
- Técnico em radiologia chama o paciente conforme ordem de prioridades determinadas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Conferir a solicitação do exame.
- Informa-se no caso do sexo feminino, se está gestante, caso esteja, o exame será realizado com a documentação do médico solicitante.
- Encaminhar o paciente para o vestiário, fazendo a troca de roupas por camisola para não deixar objetos metálicos no paciente.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar os EPI (Equipamento de proteção individual).
- Os exames são realizados na sala de densitometria, composta por um aparelho DO PRIMUS que emite radiação ionizante por meios de tubos de RX especiais que capta a imagem, permitindo a

observação detalhada do tecido ósseo, evidenciando a estrutura dos ossos analisados, se estão fracos ou porosos.

- O paciente é deitado na mesa em decúbito Dorsal para realização do exame.
- O técnico em radiologia posiciona o raio na área de interesse para dar início ao exame.
- Certificar que a imagem na área de interesse foi realizada com sucesso.
- Encaminhar paciente ao término do exame para a retirada do protocolo de resultado de exame na recepção.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- DO – Densitometria Óssea;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 1 DE NOVEMBRO DE 2005.

I. Objetivos

A Mamografia (MG) é um exame de raios X, onde se obtém imagens das mamas por meio de compressão. Trata-se de um exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas do câncer de mama e pacientes em tratamento de câncer de mama, é recomendado na faixa etária de 40 a 69 anos, anualmente ou conforme recomendação médica.

Tem por objetivo, sistematizar o atendimento pela equipe de técnicos em Radiologia, durante a realização de exames de Mamografia na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa (PLCGO), propiciando um atendimento de qualidade e um diagnóstico seguro aos pacientes.

II. Materiais

Luva Descartável

Máscara Descartável

Álcool 70%

Pano multiuso descartável

Película radiográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista confere a solicitação do exame e dados do paciente;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's
- Técnico em radiologia prepara a sala para realização do exame.
- Paciente é chamada pela técnica em radiologia pelo nome completo, conforme ordem de prioridades definidas pela unidade;
- Realizar dupla checagem da identificação do paciente através da pulseira;
- Realizar anamnese com a paciente;
- Explicar de forma clara e sucinta para a paciente como se é feito o exame;
- Paciente é orientada a retirar objetos metálicos e roupas da parte superior a fim de deixar as mamas livres.
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual);
- O exame é realizado na sala de mamografia por um técnico em radiologia, em um mamógrafo digital (Digimamo D VMI), com um console de operação; biombo; disparador remoto e protetor de tireóide (caso paciente necessite);
- Mamas comprimidas em mamógrafo de modo a adquirir imagens em CC (crânio caudal) e MLO (médio lateral oblíqua), e complementares caso solicitado por médico.
- Encaminhar paciente após realização de exame para recepção, para a retirada doprotocolo de

resultado do exame.

- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.
- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.

IV. Siglas e Definições

- CC – Crânio caudal;
- MG – Mamografia;
- MLO – Médio lateral oblíqua;
- EPI – Equipamento de proteção individual;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;
- PLCGO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa.

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 611, DE 09 DE MARÇO DE 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de MARÇO de 2022.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 32, PORTARIA N° 485 DE 1 DE NOVEMBRO DE 2005.

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: GESTÃO DE PACIENTES INCAPAZES DE REALIZAR EXAMES RADIOLÓGICOS			
Responsável: Serviço de Imagem	**Código**: PRS RAD 001	**Revisão**: 00	**Data**: 16/08/2024

I. Objetivos

Sistematizar o fluxo de atendimento para a gestão de situações em que o paciente não consegue realizar o exame no setor de imagem por alguma condição e para quando o médico radiologista sinaliza o laudo como crítico.

II. Materiais

- Avental descartável
- Luva Descartável
- Máscara Descartável
- Papel Lençol
- Papel Toalha
- Álcool 70%
- Pano multiuso descartável
- Papel Couchê A3
- Computador
- PAC's
- Impressoras
- E-mail

III. Abrangência

- Recepção Central
- Recepção de imagem
- Setor de Radiologia
- Gestão de Cuidados

IV. Descrição dos passos da atividade

- Paciente é recepcionado na recepção central
- Paciente encaminhado a triagem para exames de Densitometria Óssea, os demais exames como (TC, RX, MG e USG não são necessários).
- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).
- Técnico em radiologia realiza o exame;
- Após realização do exame o paciente é encaminhado para a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.

- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.
- Em situações onde o paciente não consegue realizar o exame, seja por **Claustrofobia**, **deficiências físicas** que impeçam o posicionamento adequado, **Distúrbios cognitivos ou comportamentais** que não consiga compreender as instruções do procedimento ou se manter imóveis; **Obesidade** que esteja acima do peso permitido que os equipamentos suportam; **Mal estar geral** que não consiga ficar parados durante os exames; **Agitação ou inquietação** para pacientes, especialmente crianças que, não consigam ficar parados e assim necessitar de sedação. Após tentativas sem sucesso, tais pacientes ou seus acompanhantes serão orientados a retornarem ao médico solicitante para que seja reavaliado a necessidade de solicitar o exame com sedação para que esses pacientes consigam realizar seus exames.
- Será repassado ao gestor de cuidados via e-mail para que o mesmo tenha ciência e solicite ao médico clínico geral da unidade para relatar no prontuário do paciente a não realização do exame e seus motivos. Será ainda, relatado no caderno de notificações do setor de radiologia sobre a situação.
- Para pacientes oriundos da regulação externa, serão orientados a retornarem à unidade que solicitou o procedimento, e assim explicarem ao médico sobre a necessidade da sedação para realizar seu exame.
- Para pacientes internos, será repassado via e-mail ao gestor de cuidados, para que ele tome as medidas necessárias para que o paciente consiga um novo pedido com a sedação para realizar o exame.

V. Siglas e Definições

- **TC** – Tomografia Computadorizada.
- **EPI** – Equipamento de proteção individual;
- **RX** – Raio X
- **MG** – Mamografia
- **USG** – Ultrassonografia
- **PAC's** - Picture Archiving and Communication System (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
- **NIA –** Núcleo interno de agendamento.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

FREIRES, Mirelli Silva. PLANO DE OPERAÇAO PADRAO – RADIOLOGIA, 26 DE JUNHO DE 2024.

I. Objetivos

Sistematizar o fluxo de atendimento para a gestão de situações em que o paciente não consegue realizar o exame no setor de imagem por alguma condição e para quando o médico radiologista sinaliza o laudo como crítico.

II. Materiais

- Avental descartável
- Luva Descartável
- Máscara Descartável
- Papel Lençol
- Papel Toalha
- Álcool 70%
- Pano multiuso descartável
- Papel Couchê A3
- Computador
- PAC's
- Impressoras
- E-mail

III. Abrangência

- Recepção Central
- Recepção de imagem
- Setor de Radiologia
- Gestão de Cuidados

IV. Descrição dos passos da atividade

- Paciente é recepcionado na recepção central
- Paciente encaminhado a triagem para exames de Densitometria Óssea, os demais exames como (TC, RX, MG e USG não são necessários).
- Pedido médico e paciente são encaminhados para a recepção de imagem;
- Recepcionista cadastra o exame do paciente no PAC's;
- Paciente que necessita de acompanhante, disponibilizar EPI (equipamento de proteção individual).
- Técnico em radiologia realiza o exame;
- Após realização do exame o paciente é encaminhado para a recepção, para a retirada do protocolo de resultado do exame.
- Imagens adquiridas são enviadas para o PAC's pelo técnico em radiologia.

- Médicos radiologistas elaboram o laudo.
- Exame disponível em até 3 dias úteis para retirada ou visualização no portal de resultado de exames.
- Quando o médico radiologista responsável pela elaboração dos laudos, sinaliza um laudo como crítico no PACS, o setor de radiologia toma ciência imediatamente. Ao identificar a criticidade do laudo, este setor encaminha uma notificação via e-mail para o gestor de cuidados responsável. Este, por sua vez, toma as devidas medidas para garantir que o paciente receba o atendimento necessário, assegurando assim a rapidez e a eficiência no tratamento adequado.

V. Siglas e Definições

- **TC** – Tomografia Computadorizada.
- **EPI** – Equipamento de proteção individual;
- **RX** – Raio X
- **MG** – Mamografia
- **USG** – Ultrassonografia
- **PAC's** - Picture Archiving and Communication System (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).
- **NIA –** Núcleo interno de agendamento.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO – RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

FREIRES, Mirelli Silva. PLANO DE OPERAÇAO PADRAO – RADIOLOGIA, 26 DE JUNHO DE 2024.

I. Objetivos

Este procedimento tem por objetivo a comunicação de valores críticos e situações de alerta aos médicos resultantes dos exames. O conceito de valor crítico é de um resultado que comunicado pode definir uma conduta médica que garanta a vida do paciente, bem como, indicar os valores críticos de resultados de exames que devem ser comunicados imediatamente ao médico responsável.

II. Materiais

Papel sulfite
Impressora

III. Abrangência

Biomédicos, radiologistas, gestor do cuidado, médicos.

IV. Descrição dos passos da atividade

- Sempre que ocorrer um resultado crítico, este deve ser comunicado imediatamente ao gestor do cuidado que terá acesso aos médicos responsáveis, ou na sua ausência, a comunicação pode ser feita a equipe de enfermagem.
- Esta comunicação deve ser registrada via e-mail com resultado crítico em anexo se encaminhadas pelo laboratório de análises clínicas ou pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT (sadt@hmtjgo.org.br)
- Se encaminhadas pelos médicos à gestão do cuidado, esta comunicação deve ser registrada no receituário simples em prontuário eletrônico (MVPEP) e o paciente direcionado à recepção da equipe multiprofissional;
- Se os resultados críticos forem encaminhados pelo laboratório de análises clínicas à gestão do cuidado, os mesmos passarão pela avaliação do médico do cuidado (clínico geral) que fará a análise e definirá a conduta que deve ser tomada.
- Condutas que podem variar de acordo com a necessidade estabelecido pelo médico do cuidado: adiantamento de consulta médica de retorno, encaminhamento para especialidade pertinente com maior agilidade e urgência, repetição do exame e outros;
- Se encaminhados pelo Serviço de Apoio Diagnóstico – SADT à gestão do cuidado, o paciente, cuja sua entrada na unidade tenha sido unicamente para realização de exame/ externo, o mesmo deve ser direcionado ao médico do cuidado (clínico geral) para avaliação e conduta. Em caso de paciente

interno, com médico especialista solicitante do exame, o retorno deve ser agendado dentro do prazo de 7 dias úteis ou em próxima data de agenda do médico solicitante.

- De acordo com as condutas médicas estabelecidas para o paciente, a depender da gravidade, em caso de encaminhamento para outra unidade externa, da atenção terciária, o caso será direcionado, através do receituário simples no prontuário eletrônico à gestão do cuidado para acompanhamento e compartilhamento do caso com o município de origem (ver POP de compartilhamento de caso com a Rede de Atenção à Saúde).

V. Siglas e Definições

RESULTADOS CRÍTICOS: Entende-se por resultados críticos todos que são potencialmente fatais ou incompatíveis com a vida. (GONG & ADELI, 2009). Uma vez que são resultados que geram ações médicas imediatas, uma comunicação oportuna, precisa, completa e inequívoca desses valores críticos é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir os efeitos adversos causados por atrasos no tratamento (LLOPIS DÍAZ et al., 2010). O médico que será notificado desses valores críticos tem a responsabilidade de interpretar o resultado relacionando com a clínica do paciente e tomar a conduta necessária. Caso a pessoa notificada não esteja qualificada para tomar decisões clínicas, esta tem a obrigação de repassar a informação imediatamente a uma pessoa qualificada.

VI. Anexos

Nada consta.

VII. Referências

BRASIL, Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Acesso: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/25/Portaria-n 2014-de-17-- Fevereiro-2016.pdf.

GOIÁS, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Gerência de Atenção Secundária. Documento Orientador para o Atendimento aos Usuários na Rede Estadual de Policlínicas. Goiânia, 2022.

NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA – POLICLINICA

As parcerias com Organizações Sociais (OS) representam um novo modelo de gestão de serviços de relevância pública previsto na Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998 e muitas Leis Estaduais e Municipais.

Esse modelo permite aos Estados e Municípios a publicização de serviços públicos não exclusivos de Estado a entidades do terceiro setor (regidas pelo regime jurídico de direito privado e sem fins lucrativos) que assumem a responsabilidade de gerenciar projetos, serviços e espaços públicos, seguindo as definições de políticas públicas determinadas pelo governo.

A transferência de tais serviços, entretanto, não exime o administrador público da responsabilidade de definir a política pública de cada área específica assim como de financiar, monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas pelas Organizações Sociais, pois mantém o dever de garantir que os serviços sejam prestados na quantidade e qualidade definidos no Contrato de Gestão celebrados entre as partes.

As Organizações Sociais têm a obrigação de prestar contas relativas aos recursos públicos utilizados na contratação de pessoal e serviços para o cumprimento das metas contratuais e também sobre os recursos repassados para a própria entidade como forma de reembolso de despesas administrativas inerentes à execução dos Contratos de Gestão.

O objetivo central da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, unificando processos que poderão ser rateados entre as unidades, com ganho em escala econômica e economicidade.

Assim, as entidades qualificadas como Organizações Sociais e que mantém diversos Contratos de Gestão em diferentes unidades da federação podem utilizar-se, com vantagens para o poder público, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto de cada um dos Contratos de Gestão, consolidando tais atividades em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera nos moldes de um Centro de Serviços Compartilhados (CSC) que centraliza a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público.

A sede administrativa centraliza, contrata, coordena e remunera profissionais e serviços, contratados direta ou indiretamente, que prestam assessoria para todas as suas filiais e serviços de saúde gerenciados. Trata-se de uma forma de tornar a administração pública mais ágil, econômica e padronizada.

São considerados para rateio de despesas setores que não tenham duplicidade de atividades com os serviços realizados localmente nas unidades gerenciadas pelo HMTJ, ou seja, atividades centralizadas na sede e passíveis de rateio entre as unidades, como a gestão de Recursos Humanos, Departamento pessoal, Comunicação Institucional, departamentos

Financeiro, Contabilidade, Contratos, Jurídico, Suprimentos e Tecnologia da Informação e Qualidade, de onde são emitidas as diretrizes para realização das atividades no local. Dentre os serviços prestados, alguns possuem representatividade direta na unidade por meio de setores e/ou funções específicas.

Na matriz os setores que fazem interface com a unidade são:

- O setor de Recursos Humanos e Departamento pessoal, são responsáveis dentre várias atividades, pela Política de Gestão de Pessoas, Recrutamento e Seleção, Acompanhamento Funcional, Avaliações de Desempenho, Cargos e Salários, Treinamento e Desenvolvimento, Desligamento de Pessoal, Folha de Pagamento e Ponto Biométrico.
- O setor do SESMT é responsável pelos exames ocupacionais, equipamentos de proteção individual, gestão da CIPA, elaboração de documentos como PCMSO e PPRA, programas de qualidade de vida, participação em comissões, controle de vacinas, controle de atestados médicos e demais afastamentos por motivo de saúde.
- O setor de custos é o responsável pelo controle orçamentário da unidade e prestação de contas dos serviços prestados conforme pré-estabelecido pelo contratante
- O setor de suprimentos, é o responsável pela cotação e aquisição de materiais médicos, hospitalares, de escritório e medicamentos.
- O setor de comunicação é responsável por toda identidade visual, além controle das mídias sócias e interface com os veículos de comunicação.
- O setor financeiro é o responsável pela gestão financeira, contas a pagar e receber.
- O setor de auditoria interna é o setor responsável pelas Notas fiscais, bem como pela parte de controle de estoque, inventários e processos de farmácia.
- O setor de contrato é o responsável por contratar e fiscalizar os serviços terceiros (PJ), bem como fazer acompanhar os contratos de gestão assumidos pela entidade.
- Ao setor de contabilidade compete cuidar da parte fiscal e contábil, de encargos e impostos.
- O setor de qualidade cuida da padronização e formalização dos processos de trabalho, gestão de indicadores, e preparação da unidade para auditorias de certificação.
- O setor de Técnologia da Informação: Responsável pela gestão dos hardwares e softwares utilizados para funcionamento das unidades.

Destes citados acima, atuam diretamente na unidade representados por setor ou função, o Recursos Humanos/ Departamento Pessoal, SESMT, Custos e Qualidade, por exemplo. Todos os demais são executados pela matriz com o apoio da gestão local e a carga horária de cada função se encontra em quadro de pessoal. Vale ressaltar que acontratação destes profissionais se dá por meio de contratação em regime celetista.

RECURSOS HUMANOS:

Setor encarregado de atividades específicas de contratação do funcionário, pagamento de salários e benefícios, organização de escalas funcionais e horários de trabalho, assim como rescisão contratual dos funcionários.

O objetivo é administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano. Tarefas estratégicas comuns a todas as unidades gerenciadas são o recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho dos funcionários, treinamento, desenvolvimento e retenção de pessoas entre outras funções, alinhando a estratégia da organização às políticas públicas vigentes.

A entidade mantém na sua equipe profissionais de retaguarda especializados em orientar os diretores dos hospitais quanto à melhor postura a ser adotada em relação ao seu quadro de pessoal, celetista ou terceirizado, a fim de garantir o bom relacionamento interpessoal entre todos os seus funcionários.

Para que tais práticas sejam efetivas, cada uma das unidades mantém em sua estrutura um profissional dedicado cuja atuação se dá em conjunto com a estrutura oferecida pela sede administrativa, responsável pelo estabelecimento das diretrizes institucionais sobre os recursos humanos. Ademais, mantém equipe de assessores especializados que colaboram para o planejamento estratégico e desenvolvimento dos serviços nas diferentes unidades de saúde.

No setor de recursos humanos/Departamento pessoal, temos como quadro mínimo proposto profissionais administrativos da área de gestão de pessoas com cumprimento de carga horária semanal de 44h.

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL:

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhas educativas e assistenciais. Elaboram layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais, campanhas em mailing destinadas ao público interno e externo das Unidades.

Para o público interno (funcionários e prestadores de serviço) divulgam informações sobre o funcionamento, informes do departamento de Recursos Humanos, política de acesso à informação, campanhas para melhores práticas assistenciais e vídeos informativos. Para o público externo são responsáveis pelo apoio ao layout de comunicados, identidade visual da Instituição, criação e atualização do site institucional.

Para este serviço não teremos equipe local, ficando a esquipe da Sede do HMTJ responsável pelo serviço.

ASSESSORIA JURÍDICA – CONTRATOS:

A assessoria jurídica tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatuária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguro e compatível com as necessidades da entidade.

A sede mantém as contratações de terceiros sob controle do seu jurídico interno e os demais assuntos, como defesas em processos judiciais e pareceres centralizados em assessoria jurídica externa. Além disso é o Setor responsável por coordenar a elaboração dos contratos, termos aditivos, convênios e termos de cooperação, acompanhando a execução contratual junto às unidades técnicas, incluindo o acompanhamento do andamento e tramitação dos pedidos de acréscimo e supressão. Fornece subsídios para avaliação do acompanhamento das concorrências e dos contratos, possibilitando a adoção de estratégias para a obtenção de melhores resultados. Promove estudos técnicos para orientar a contratação dos principais serviços terceirizados, possibilitando a prática de melhores preços, padronização e unificação na forma da contratação, em conjunto com as Unidades. Para este serviço não teremos colaboradores locais.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT:

O SESMT tem a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Suas regras de constituição e funcionamento encontramse previstas na Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho n.º 4 – NR 4. Para este serviço a proposta é de equipe local, seguindo a legislação, com a coordenação da equipe pela Matriz HMTJ.

O SESMT tem como proposta no quadro funcional:

✓Técnico de segurança do trabalho com carga horária semanal de 44h, atuando na unidade de saúde de 08:00 ás 18:00h;

ADMINISTRAÇÃO LOCAL/ PLANEJAMENTO FINANCEIRO (GOVERNANÇA CORPORATIVA):

Este setor garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente

As atividades relacionadas ao setor de custos serão executadas pela Matriz HMTJ e terão apoio da equipe da unidade composta por:

✓ Diretor Administrativo com carga horária semanal de 44 h, regido sob contrato PJ; presente na unidade de 08:00 ás 18:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira.

✓ Coordenador Administrativo com carga horária semanal de 44 h, regido sob contrato PJ; presente na unidade de 07:00 ás 17:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira;

✓ Analista de indicadores com carga horária semanal de 44 h para atuação na área de Custos, atuando no horario 08:00 ás 18:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira;

✓ Analista Administrativo Junior com carga horária semanal de 44 h para atuação como apoio da Direção/ Coordenação da unidade, atuando no horario 08:00 ás 18:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira;

✓ Aprediz em ocupação administrativas que servirão de apoio áreas administrativas da unidades, conforme legislação.

Observação: Compõe ainda o quadro de Administração local, o corpo diretivo (Direção Técnica / Assistencial médica) da unidade, sob regime de contrato PJ.

OUVIDORIA:

O Setor de Ouvidoria tem como premissa garantir mensurar que as ações de gestão e assistência atinjam o foco da qualidade por meio da experiência dos nossos clientes. O setor e tem a missão de centralizar e administrar dúvidas, sugestões ou reclamações. A ouvidora do setor que também é assistente social recebe as demandas por meio do acolhimento e encaminha para análise e providência das áreas responsáveis.

As atividades relacionadas ao setor de ouvidoria contam com o apoio de áreas estratégicas/ jurídica da Matriz HMTJ e terão apoio da equipe da unidade composta por profissional administrativo com carga horária de 44 horas semanais, funcionando ativamente de segunda a sexta-feira no periodo de 07:00 ás 17:00 horas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:

A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, um processo de aprendizado contínuo e ensino, por meio da capacitação de práticas laborais dentro do seu cotidiano profissional. O HMTJ por seu legado de atuação e aprendizados constante considera importante a prevalência da capacitação de seu quadro de colaboradores, principalmente seu corpo técnico funcional, que desempenha um importante papel na preparação da infra-estrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e da equipe multiprofissional, além de ações assistenciais, orientação e educação preventivas, visando ao autocuidado, ações previtivas de cuidados a saúde.

O processo é descrito por nossa política e Treinamento e Desenvolvimento dissertada no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas que dissemina na unidade a mentalidade da Educação Permanente em Saúde (EPS) ser um processo de aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar incorporam-se às organizações e processos de trabalho de cada colaborador. O setor possui uma um Nucleo de educação permanente com lideres dos mais diversos setores de atuação e contam com profissionais especializados em sua sede que auxiliam no cumprimento do propsoto, que é desenvolver a unidade assistida de forma integral e continua, para este projeto foi proposto profissional designado para atuação em educação continuada com carga horária semanal de 44h.

SETOR DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE:

Entre os setores que sustentam a assistência ao paciente em uma unidade de saúde, o setor de Qualidade e segurança do paciente tem um importante papel no apoio das diferentes áreas e na disseminação da cultura de segurança do paciente, uma vez que ela é impulsionadora dos processos de melhoria contínua e que permeiam toda a instituição de saúde, contribuindo para caminhos cada vez mais seguros para o paciente, colaboradores e instituição.

O setor da Qualidade possui profissionais especializados em sua sede, e para a unidade o projeto foi proposto do quadro de 01 profissional assistencial com carga horária de 44 horas semanais, para execução das atividades inerentes ao setor, de segunda a sexta-feira, no horario de 07:00 ás 18:00h, que conta com apoio e suporte administrativo da Matriz.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITAL (SCIH):

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) é o núcleo executivo da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), ao qual tem finalidade de atuação de forma ativa na prevenção e controle de infecções hospitalares; bem como o objetivo de elaborar e instituir medidas para redução da incidência e gravidade dessas enfermidades. No âmbito ambulatorial todas as medidas de controle de infecção devem ser adotadas semelhante a reduzir os riscos de infecções relacionadas as IRAS, pois o paciente é sempre vulnerável independente do local de atendimento.

O setor possui profissionais especializados em sua sede, e para este projeto foi proposto de quadro mínimo de um profissional com carga horária semanal de 44h, atuando de 08:00 ás 18:00, de segunda á sexta-feira.

NÚCLEO EPIDEMIOLÓGICO HOSPITALAR:

Setor responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito da policlinica, o núcleo de epdemiologia deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica ambulatorial, atendendo aos requisitos de composição de equipe conforme norma técnica estabelecida:

✓ Núcleo de Epidemiologia: Agrupa atividades e ações em vários temas de saúde coletiva, saúde mental e saúde do trabalhador, composta por profissionais de nível assistencial, atuando de segunda á sexta-feira, no horário de funcionamento da unidade, 07:00h ás 19:00.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP):

O Serviço do Núcléo de Segurança do Paciente tem a missão de promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente, além de articular com diferentes setores que trabalhem com riscos na instituição de saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde.

O setor possui profissionais especializados em sua sede, e para este projeto foi proposto de quadro mínimo de um profissional assistencial com carga horária semanal de 44h, atuando na unidade de segunda a sexta-feira, de 07:00 ás 17:00h.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO:

Setor responsável pela garantia da informação e atendimento aos pacientes de todas as Unidades sob Contrato de Gestão através da implantação e gerenciamento de sistemas para organização das atividades hospitalares e ambulatoriais: resultados de exames, controle de estoque, controle de entrada e saída de pacientes, entre outros.

Garante a segurança da informação e monitoramento de licenças de softwares responsáveis pela geração de informação aos entes públicos, quais sejam, relatórios de atividades e relatórios financeiros, objetos dos Contratos de Gestão. Além disso, administram os sistemas de geração de informações financeiras, recursos humanos, compras, contratos, abastecimento dos suprimentos, indicadores clínicos, assistenciais, de qualidade e de gestão. Responsável também por zelar pela infraestrutura de tecnologia da informação das Unidades gerenciadas.

Desta forma, apresentaremos abaixo a equipe que terá como responsabilidade o monitoramento do servidor local e o suporte aos usuários dos sistemas de atendimento. No setor de Tecnologia da Informação, a proposta de quadro de colaboradores é de um

Supervisor a nivel matriz e na unidade um técnico de apoio ao usuário TI com carga horária semanal de 44h, de segunda a sexta-feira, de 07:00 ás 17:00h.

SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA, RECEPÇÃO E PORTARIA

Ainda se tratando da administração geral da unidade, temos os setores Serviço de Higiene e Limpeza, Recepção e Portaria, que desenvolvem suas atividades com o apoio da Matriz no que diz respeito a implantação dos processos de trabalho.

Para o setor Portaria será mantido o quadro de apoio terceirizado. Porém o quadro da Recepção e de higiene e limpeza, tem como proposta 01 profissional para Supervisão de Atendimento ao Cliente, 01 Profissional pra a supervisão de higiene e limpeza cm carga de 44 h semanais. Os demais da equipe também cumprem 44h semanais divididos em escala de trabalho diurna de 08:45, com um intervalo de 01h e 12 minutos, de segunda a sexta-feira.

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA:

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição, relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos. Validação das compras e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras.

Como equipe local teremos na farmácia e almoxarifado: um farmacêutico RT com carga horária de 44h semanais, 01 Farmacêutico diarista com carga horária semanal de 44 h, 03 auxiliar de estoque, 02 Assistente de administrativo como diaristas numa jornada semanal de 44h. Atuando de segunda a sexta-feira.

FATURAMENTO / SAME:

O setor de faturamento, tem como objetivo processar todas os atendimentos por meio da análise e codificação de procedimentos ocorridos na Unidade de Pronto Atendimento. É responsável também, pela guarda e entrega de solicitações de prontuario da Unidade. A proposta para execução do serviço na unidade conta com quadro composto por por profissionais admnistrativos para os processos de Faturamento, revisão e organização de contas hospitalares, SAME e arquivo, com carga horária semanal de 44 horas semanais, de segunda a sexta-feira.

MANUTENÇÃO:

Executam serviços de manutenção, pequenos reparos, elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria e alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças, componentes e equipamentos, cuidar dos jardins. Trabalham seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente distribuídos pelo quadro de um profissional destinado para Supervisão de Manutenção e 04 oficiais de manutenção, assim como 01 Jardineiro e 01 pintor distribuídos para cumprir carga horario semanal de 44h, de segunda a sexta-feira.

NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO):

O setor do NIR é responsável pelo monitoramento do paciente desde sua chegada à intituição até à organização das agendas de especilidades e exames, monitorar e organizar retornos e interconsultas junto o call center da unidade, atuam na regulação e gestão de vagas.

O NIR seguem normas pré-estabelecidos para atendimento dos pacientes e tem relação direta com complexo Regulador estadual, órgão representante da instância estadual de gestão do SUS. A execução deste processo, leva em consideraçao três premissas:

✓**Gestão de vagas:** Processo pelo qual a unidade organiza seu dia a dia e organiza os processos de cuidado aos pacientes, que norteiem quais necessidades e/ ou recursos, são necessários para a assistência ao mesmo.

✓**Regulação interna**: Processo subordinado e vinculado diretamente a gestão/ liderança da unidade, ao qual se orienta por meio de boas práticas de regulação e movimentação de pacientes na unidade.

✓ **Estruturação de linhas de cuidado:** De acordo com o perfil epidemiológico da unidade, são implantados e implementados protocolos clínicos assistenciais que objetivam proporcionar um roteiro assistencial frente ao atendimento das comorbidades e/ ou patologias dos pacientes assistidos pelo corpo técnico fiuncional. As consultas diárias das equipes multidisciplinares atuam de maneira estratégica, como indutoras e facilitadoras da gestão de recursos ambulatorias, cujo uso será regrado por diretrizes pactuadas no Contrato de Gestão com vistas a monitorar e propor protocolos terapêuticos em conformidade aos cuidados e ofertar intervenções produtoras destes cuidados.

A composição do quadro funcional do setor está proposto por um profissional da enfermagem com carga de 44 horas semanais e apoio administrativo que também cumprem carga de 44h semanais de segunda a sexta-feira.

ÁREA ASSISTENCIAL:

O setor de enfermagem compõem os centros de custos Ambulatorial, salas de exames de endoscopia, colonoscopia, Ecocardiograma, Ultrassonografia,Doppler vascular, sala de procedimentos, curativos, estabilização ambulatorial, espirometria, nasofibroscopia,eletroneuromiografia, eletroencefalograma, eletrocardiograma, mapa, holter, oftalmologia, Ginecologia, teste hergometrico, Central de Material Esterilizado, sala de lavagem para materiais endoscopicos, Sala de injetaveis, setores estes que serão ao serão desenvolvidas atividades de acordo com os protocolos institucionais, pautados na Gestão Assistencial centrada no atendimento humanizado, segurança do paciente e cuidados de assistência aos pacientes, distribuídos pelo corpo técnico assistencial composto por:

- ✓ Um Gerente dos Serviços assistenciais, Enfermeiro RT, Enfermeiro rotina como diaristas numa jornada de trabalho de 44h semanais; técnicos de enfermagem diaristas com carga horaria semanal 44h, todos atuando de segunda a sexta-feira.

A equipe multiprofissional será composta de:

Serviço de Fisioterapia: Um Fisioterapeuta RT, um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional com carga horária de 30 horas semanais distribuidos, para atuar de segunda a sexta-feira, realizando consultas, intercontas pré agendadas e praticas integrativas.

Serviço de Nutrição: Um Nutricionista RT e Nutricionistas com carga horária de 30 horas semanais, realizando consultas, intercontas pré agendadas;

Serviço de Psicologia: Um Psicólogo RT e psicólogas com carga horária de 30 horas semanais; realizando consultas, intercontas pré agendadas;

Serviço de Fonoaudiologia: Um Fonoaudiólogo com craga horária de 30 horas semanais, realizando consultas, intercontas pré agendadas.Todas as equipes atuando de segunda a sexta –feira.

SERVIÇO SOCIAL:

O setor de Serviço social orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras); desempenhar tarefas administrativas e articular recursos financeiros disponíveis, por meio um corpo funcional de um profissional destinado como Assistente Social RT e um Assistente Social com jornada de trabalho de 30 h semanais distribuidas em escala de trabalho de segunda a sexta-feira.

SERVIÇO DE IMAGEM (RADIOLOGIA/TOMOGRAFIA):

O setor de Serviço de Imagem radiológica tem como premissa auxiliar no diagnóstico médico por meio da prestação de atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta, bem como controlar radiografias realizadas, registrando números, discriminando tipo e requisitante, preparando pacientes para exame e ou radioterapia, composto por quadro técnico de um profissional destinado para supervisão de aplicações técnicas de Raio X como responsável técnico do serviço e 03 Técnicos de Radiologia que serão distribuídos em escalas de até 30h semanais, para cumprimento da jornada de trabalho estabelecida para funcionamento do serviço de segunda a sexta-feira;

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (laboratorial):

O setor de Serviço de Laboratório tem como premissa auxiliar no diagnóstico médico por meio da prestação de atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta, meio da análise clínica de amostras recolhidas sob condições de rotinas, segundo prescrição das especiliadades medicas atuando no ambulatorio, o quadro técnico possue um Bioquímico Responsável Técnico com jornada de 44 h semanais e técnicos em Patologia Clínica atudando de segunda a sexta-feira, vale sinilizar o que o serviço atual é terceirizado.

ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Norma para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlinica

ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO NA POLICLÍNICA DO ESTADO DE GOIÁS

A gestão por processos demanda a concepção e o contínuo monitoramento de um quadro de indicadores de desempenho para a constante avaliação do alcance das metas estabelecidas de eficácia (efetivo alcance dos resultados), eficiência (melhor equacionamento entre recursos utilizados para alcançar os resultados) e efetividade (real capacidade de os resultados promoverem os impactos esperados).

É premissa nas Instituições geridas pelo HMTJ enxergar a instituição como um sistema aberto, composto por partes que interagem entre si, e que compõem o todo. As áreas administrativas dão suporte para os processos principais e os seus resultados, contribuem para o todo a Unidade.

A logística de abastecimento em uma unidade de saúde é o processo de gerenciar estrategicamente e racionalmente a aquisição, movimentação e armazenamento de medicamentos, materiais médicos – hospitalares e outros materiais necessários ao perfeito funcionamento da unidade. Contempla as áreas de Almoxarifado, estoques da Farmácia Central e Farmácias Satélites, quando presente.

A gestão da cadeia de suprimentos, compreende a compra, o recebimento, armazenamento e distribuição de todos os materiais utilizados na Unidade.

O almoxarifado é o serviço que cuida de todo o processo que envolve o armazenamento, gerenciamento e organização de todo material que será utilizado.

Caberá ao setor prover a aquisição, abastecimento e controle de todos os materiais e insumos médicos, odontológicos, materiais de limpeza, de expediente e suprimentos de informática necessários para o pleno funcionamento das unidades.

Também são armazenados neste almoxarifado, materiais e equipamentos médico/hospitalares necessários para a assistência, como: aparelho de pressão, otoscópio, braçadeira de aparelho de pressão, cabo de oxímetro,espirometro e demais materiais de suprimento da rotina.

O almoxarifado é o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da gestão.

Em uma Unidade de Saúde, o número de itens de consumo pode variar de 2000 a 6000 itens que devem ser agrupados de acordo com perfil de utilização, como por exemplo os medicamentos, fios cirúrgicos, descartáveis, curativos, etc.

Estes vários grupos ainda podem se dividir de acordo com sua classe terapêutica, como por exemplo, os medicamentos que se agrupam em anestésicos, oncológicos, vasoconstritores, etc.

Além da diversidade de itens utilizados, igualmente importante considerar outras variáveis que podem impactar diretamente na assistência prestada ao paciente, como o perfil e complexidade do atendimento e demanda.

Neste sentido, é condição sine qua non que os profissionais da gestão de estoque em conjunto com os profissionais da área assistencial definam uma padronização dos itens estocáveis.

Outro aspecto relevante é o dimensionamento do estoque, que afeta diretamente os níveis de compras, ressuprimento e consequentemente a distribuição dos insumos. A gestão da cadeia de suprimentos deve disponibilizar insumos com qualidade, na quantidade suficiente e tempo certo com baixo custo

Para tanto, ressalta-se que o HMTJ, de acordo com suas políticas institucionais, utiliza compras de itens estocáveis sejam conjuntas e consolidadas às demais Unidades geridas por esta instituição, proporcionando o ganho de escala, maximizando os recursos públicos financeiros e resultados.

O setor de Compras tem seu Regimento publicado, cujas diretrizes estão, evidentemente, pautadas nos princípios da moralidade, economicidade, impessoalidade e isonomia.

O setor de Almoxarifado deverá trabalha dioturnamente para impedir divergências de inventário e perdas de qualquer natureza, além de possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade, as exatas quantidades.

Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente. Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado a serem implantadas com início da gestão do HMTJ, preservarão os materiais armazenados,protegendo-os contra furtos e desperdícios.

A reposição da assistência ocorre através da demanda, com solicitação as responsáveis pelo almoxarifado, onde é avaliado a necessidade, dispensado e realizado a baixa no sistema informatizado.O estoque de segurança consiste em uma reserva dos itens de medicamentos e materiais suficiente para suprir o abastecimento durante o período de entrega e reabastecimento.

A autorização para a retirada do estoque estará definida com clareza nos procedimentos operacionais do setor e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa. A retirada de materiais do almoxarifado deverá estar condicionada à apresentação da respectiva requisição.

Levando-se em consideração a limitação de espaço físico do almoxarifado, não teremos grandes estoques, também para maior controle e com garantia de suprimento ideal em quantidades ideiais a atender a demanda mensal com margem de mais 15 dias.

A localização do almoxarifado é sempre planejada, em função da logística de distribuição. Os almoxarifados contarão em sua estrutura: estantes de aço e armarios de aço pois permitem fácil manuseio e limpeza de secagem rápida, os pallets são apropriados para caixas maiores e planilhas para controle de estoque.

Serviços

As unidades de almoxarifado recebem e conferem todo o material, bem como armazena separado por tipo de produto, etiqueta, distribui em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda da unidade de saúde, para assim garantir o suprimento constante e ideal de medicamentos e materiais de consumo em geral.

Para o estoque de medicamentos o almoxarifado apenas recebe (com acompanhamento de farmacêutico) e dá entrada no sistema. A partir daí o controle é feito pelas Farmácias Centrais das unidades.

Almoxarifado Material Médico Hospitalar / Medicamentos CAF (Centro de Abasteciemento Farmacêutico)	**Almoxarifdo Dieta**	**Almoxarifado Material de Expediente / Informática**	**Almoxarifado De Material de Limpeza**	**Almoxarifado Manutenção Predial**

Atividades

No recebimento de mercadorias deve se conferir se o produto entregue o número de volumes corresponde ao descrito na NF, o aspecto físico dos mesmos em relação à integridade e violação, a quantidade de itens e lote e validade.

Os produtos da nota fiscal também devem ser conferidos com os da ordem de compra, se foram entregues todos os itens e nas quantidades solicitados.

O armazenamento dos materiais deve ser em local seguro e protegido da luz, do calor, da umidade, distantes da parede e sem contato com o chão.

Armazenamento de medicamentos e materiais deverá ser realizado de acordo com critérios técnicos e normas de boas práticas de armazenamento.

Deverá ser adotado o critério PEPS (Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai), que visa a guarda dos itens obedecendo os prazos de validade. Para o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial, é necessário seguir as diretrizes da Portaria 344/98.

Controle de Estoque

As contagens possuem finalidade de garantir estoques com alto valor deacuracidade e impedir que haja divergências de inventários e perdas de qualquer natureza.Anualmente o setor de Auditoria interna do HMTJ realiza o inventário com papel de acompanhar todo os processos relacionados a estoques, desde a contagem física até oregistro no sistema, dando início e determinando o término do inventário, realizandoauditorias nas contagens a fim de validar a fidelidade e transparência do processo e emiteuma avaliação de estoque para acompanhamento do mesmo, melhor controle e propostas/ações de melhorias.

Semestralmente é realizado inventário de estoque por amostragem de itens, seguindo a curva ABC (análise dos itens mais importantes do estoque, seja por valor ou volume de movimentação) e por escolha do auditor, dada necessidade observada in loco, com o objetivo de avaliar os controles internos.

Mensalmente é feito acompanhamento pelo nível central do HMTJ de todas as movimentações de estoque (entradas e saídas), análise de consumo, análise de compra, posição de estoque, análise de estoque mínimo, via sistema.

IMPORTANTE:

Os referidos relatórios de controle de estoque, obrigatoriamente devem apontar o saldo real (descrição, quantidade e valores) de forma tempestiva na data solicitada de modoque o saldo evidenciado possa ser comprovado através de contagem física sempre que necessário, promovendo a transparência exigida para as entidades públicas.

Entrada de Notas

As entradas de notas fiscais são realizadas via sistema que integra as informações contábeis e financeiras para registro e pagamento, tendo toda documentação (principal e complementar) conferida pela Auditoria Interna da OSS HMTJ, com intuito de analisar, criticar, devolver para correção quando necessário e validar e liberar para pagamento quando corretas, garantindo a correta execução do processo por meio da transparência dosmesmos.

Farmacêutico (a)

Sendo o colaborador lotado no setor de almoxarifado este profissional deverá possuir uma visão sistêmica sobre a atividade do almoxarifado e sua importância dentro da atividade-meio da unidade.

É necessário que o responsável pelo almoxarifado tenha uma visão apurada de custos e capacidade de desenvolver processos de gestão que melhorem o desemprenho da área, respeitando as normas aplicáveis ao setor, auxiliando na melhoria de desempenho e na redução dos custos.

A padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos deverá ser definida em um Comitê de farmácia e terapêutica e revisada periodicamente. Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle e otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque. Além de elaborar a padronização, este comitê estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

Deverão compor este comitê, os representantes da Diretoria Técnica, Enfermagem, Farmácia, Almoxarifado, Administração e demais profissionais envolvidos no processo.

OBJETIVOS DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO LOTADO NO SETOR DE ALMOXARIFADO:

☐ Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade idealde suprimento;

☐ Acompnahar mudanças de bens patrimoniais;

☐ Sanar divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;

☐ Preservar a qualidade e as quantidades exatas e observar a adequação das instalações e distribuições são suficientes para um atendimento rápido e eficiente;

☐ Fornecer ao departamento de contabilidade e aos outros usuários internos, relatóriosperiódicos e aos externos (a fiscalização e a sociedade) sempre que solicitado.

PRINCIPAIS FUNÇÕES DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO LOTADO NO SETOR DE ALMOXARIFADO

☐ Receber e conferir os materiais adquiridos ou empréstimos de acordo com o documento de compra (ordem de compra e Nota Fiscal) ou equivalentes;

☐ Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;

☐ Registar via sistema, as notas fiscais dos materiais recebidos;

☐ Encaminhar ao departamento de contabilidade e financeiro as notas fiscais parapagamento;

☐ Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas

dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;

☐ Contagem do estoque patrimonial, conferindo cada setor, cadastrar material de investimento no sistema;

☐ Monitorar os bens dentro da unidade;

☐ Organizar as planinhas de bens patrimoniais;

☐ Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;

☐ Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição;

Dentre outras considerações:

- Conferência Física – Deve-se realizar a conferencia dos itens da quantidade recebida, número do lote e validade dos produtos;
- No caso de um medicamento termolábil, ou seja, aquele que deve estar armazenado a uma temperatura entre 2º C a 8º C, deve ser realizado uma aferição da temperatura no ato do recebimento, através de um termômetro à laser.

As divergências e irregularidades insanáveis, constatadas em relação às condições de contrato (compras não autorizadas, entrega fora do prazo, autenticidade não autorizadada nota fiscal etc.) devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no canhoto da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador e comunicar imediatamente à área que licitou para a Unidade. Deve-se também tirar uma cópia do documento no qual foi anotado o motivo da recusa de recebimento e solicitar o ciente do entregador.

É necessário que o recebedor do material abra todos os volumes e verifique se há alguma avaria ou problema que possa ser visualmente identificado. Se no ato do recebimento, o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no canhoto da nota fiscal e no recibo do frete "Embalagem danificada. Sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização". Caso o dano seja no produto, o almoxarife deverá recusar o recebimento.

O setor também é responsável pelo recebimento, catalogação das aquisições de bens patrimoniáveis e a gestão compartilhada dos mesmos, os quais são devidamente registrados, identificados e patrimoniados com placas específicas e numeradas antes de serem distribuídos às suas áreas de destinação. No caso de patrimônio cedido pelo contratante, o almoxarifado faz a identificação dos itens por placa de patrimônio, bem como o registro e controle dos itens e suas movimentações, com o intuito de garantir a gestão e o controle dos bens patrimoniados.

Também são armazenados no almoxarifado os materiais e equipamentos médico/hospitalares necessários para a assistência, como aparelho de pressão, otoscópio, braçadeira de aparelho de pressão, cabo de oxímetro, lâmpada de laringo e demais materiais de suprimento da rotina.

A reposição dos itens necessários para a assistência ocorre através da demanda, com solicitação ao setor de almoxarifado, onde é avaliada a necessidade e, em seguida, ocorre a dispensação física dos itens aos locais de destino, bem como a baixa dos itens no estoque por meio de sistema informatizado.

A autorização para a movimentação do estoque é definida com clareza nos procedimentos operacionais do setor e somente pessoas autorizadas do setor podem exercer essa distribuição. A retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição via sistema informatizado.

I. Objetivos

Fazer a devolução de materiais ao fornecedor no sistema Soulmv.

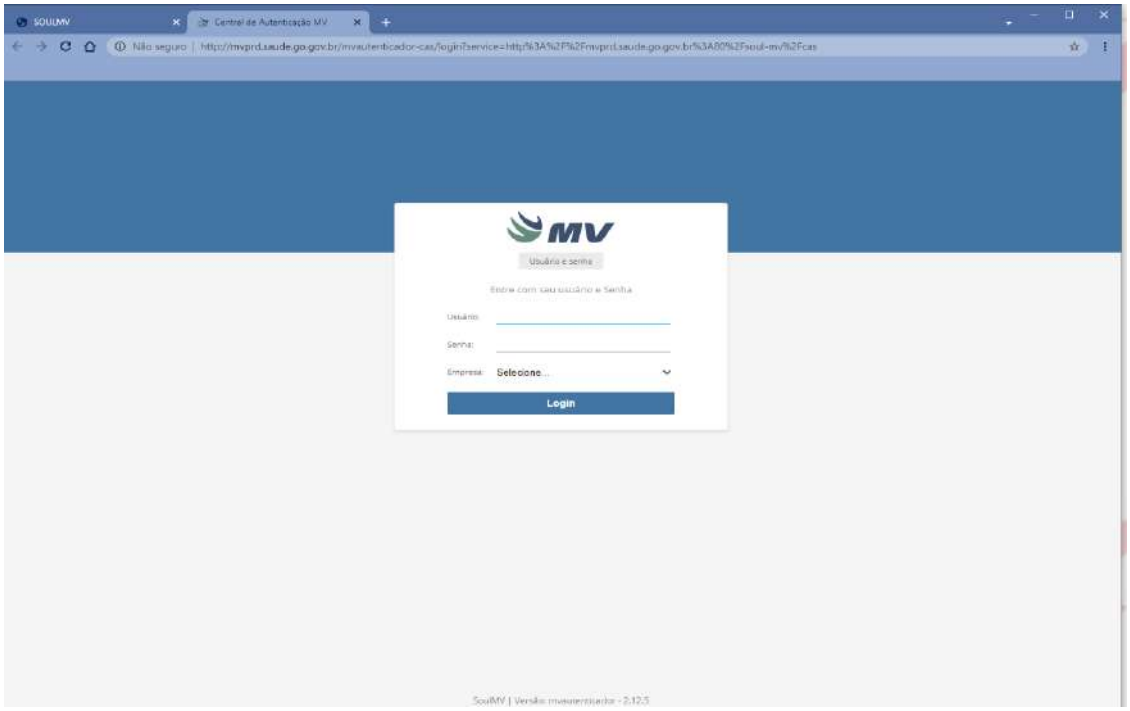
II. Materiais

- **Computador;**
- **Documentos fiscais;**
- **Material de escritório.**

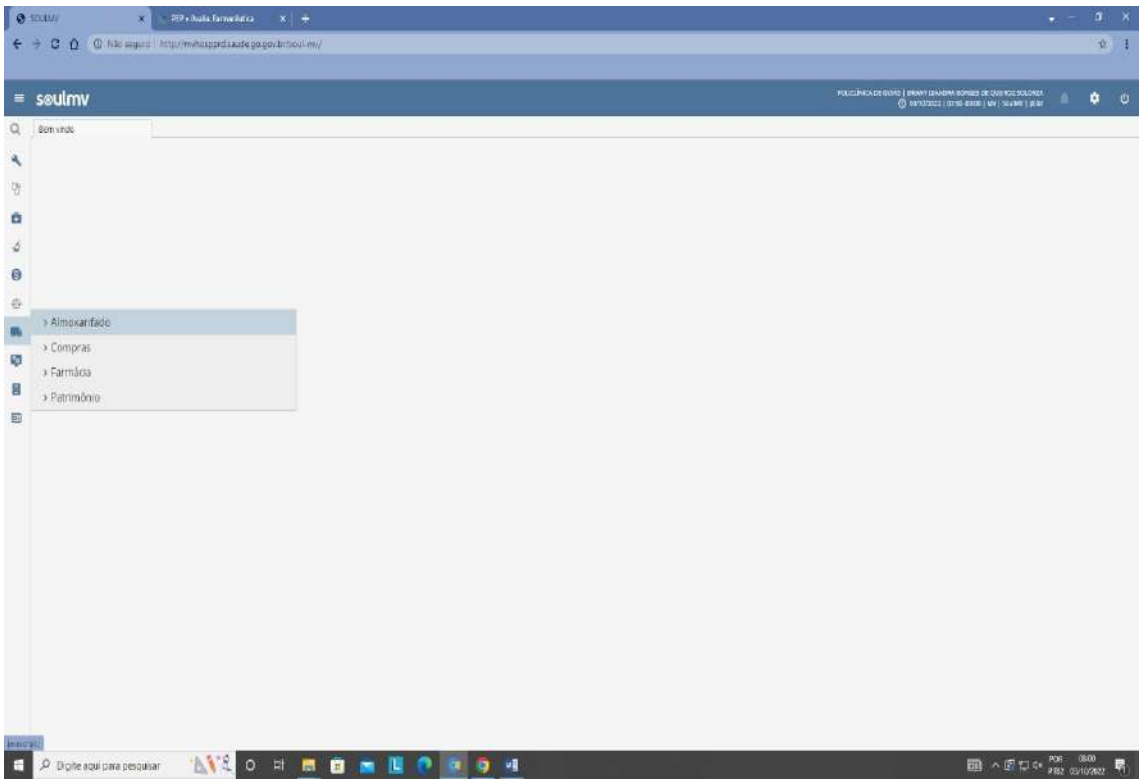
III. Descrição dos passos da atividade

Conferir qual material será devolvido;
Conferir a quantidade devolvida;
Conferir o código do material devolvido;

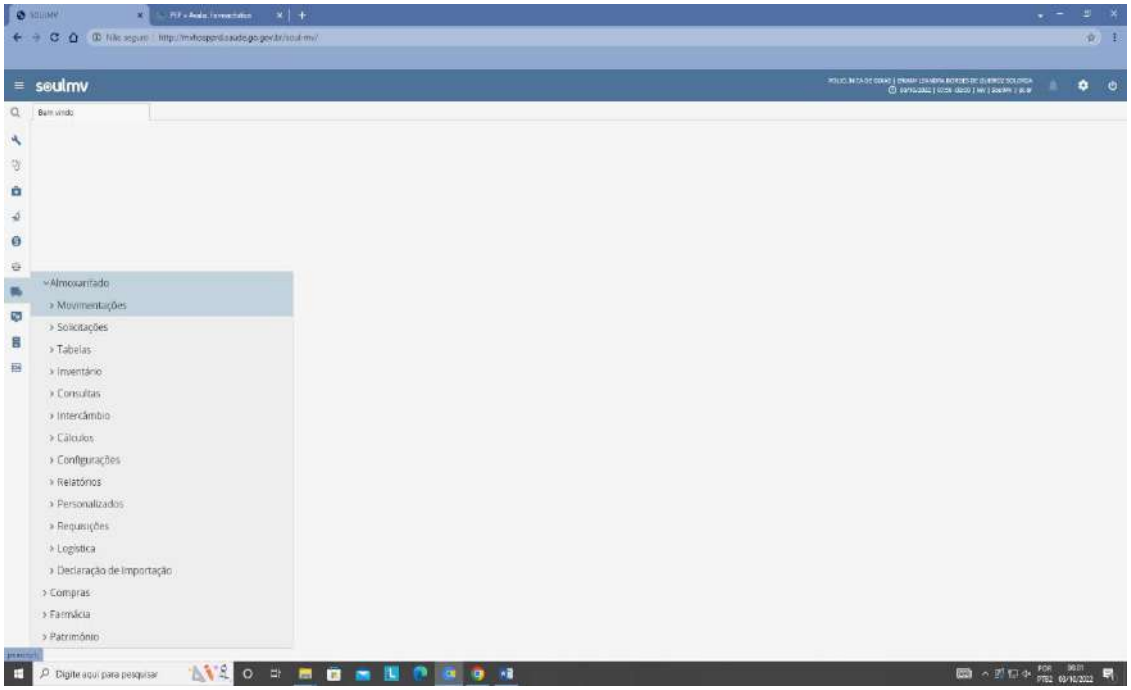
Fazer o login no sistema Soulmv;



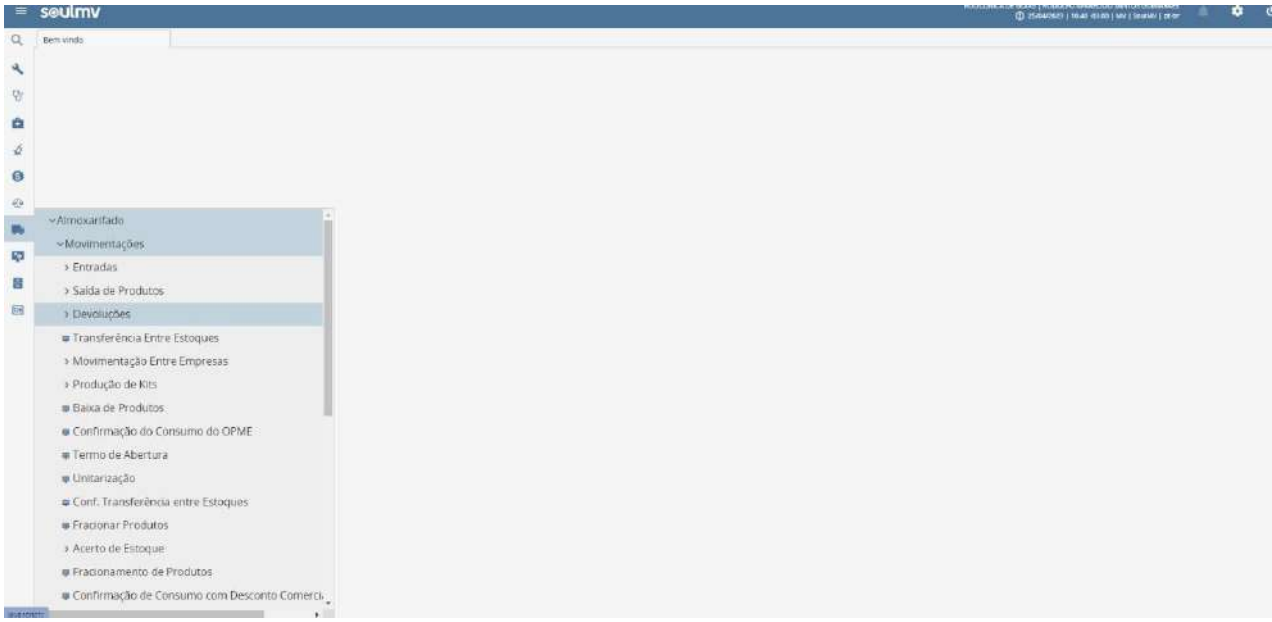
Acessar a aba almoxarifado;



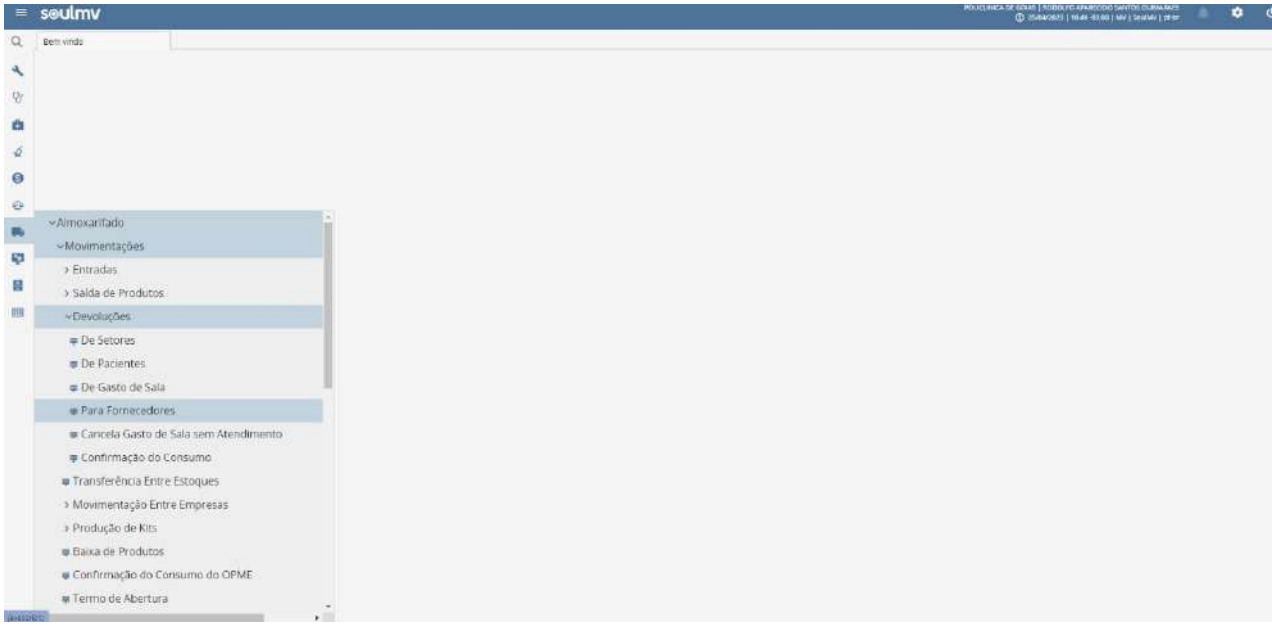
Acessar a aba movimentações;



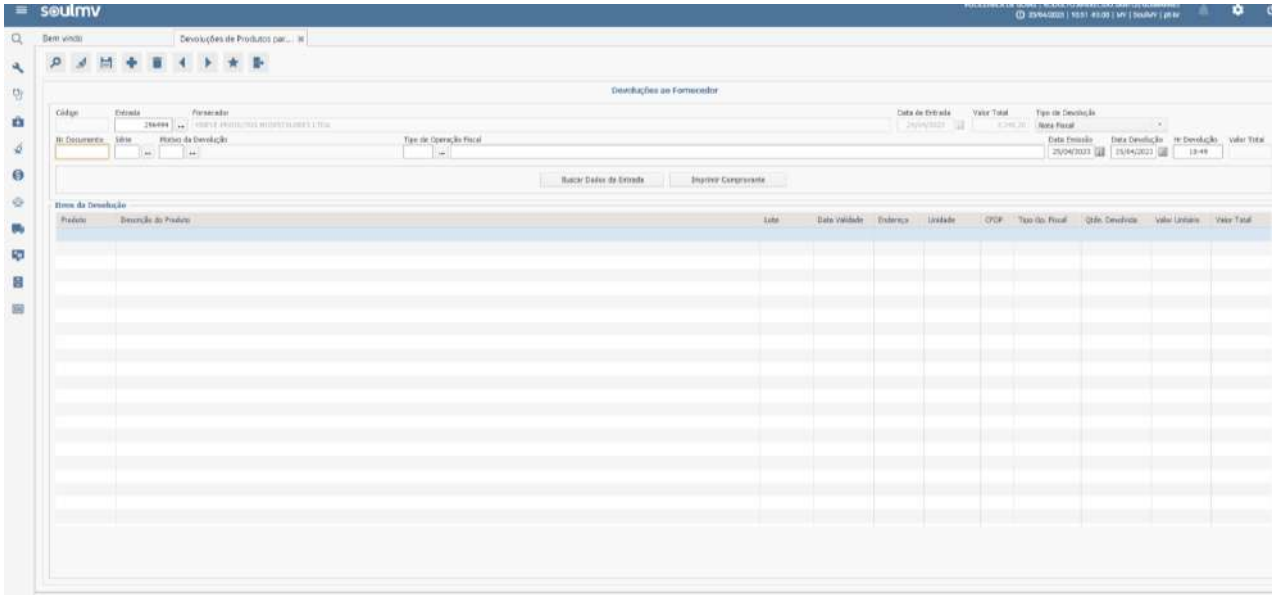
Acessar a aba Devoluções;



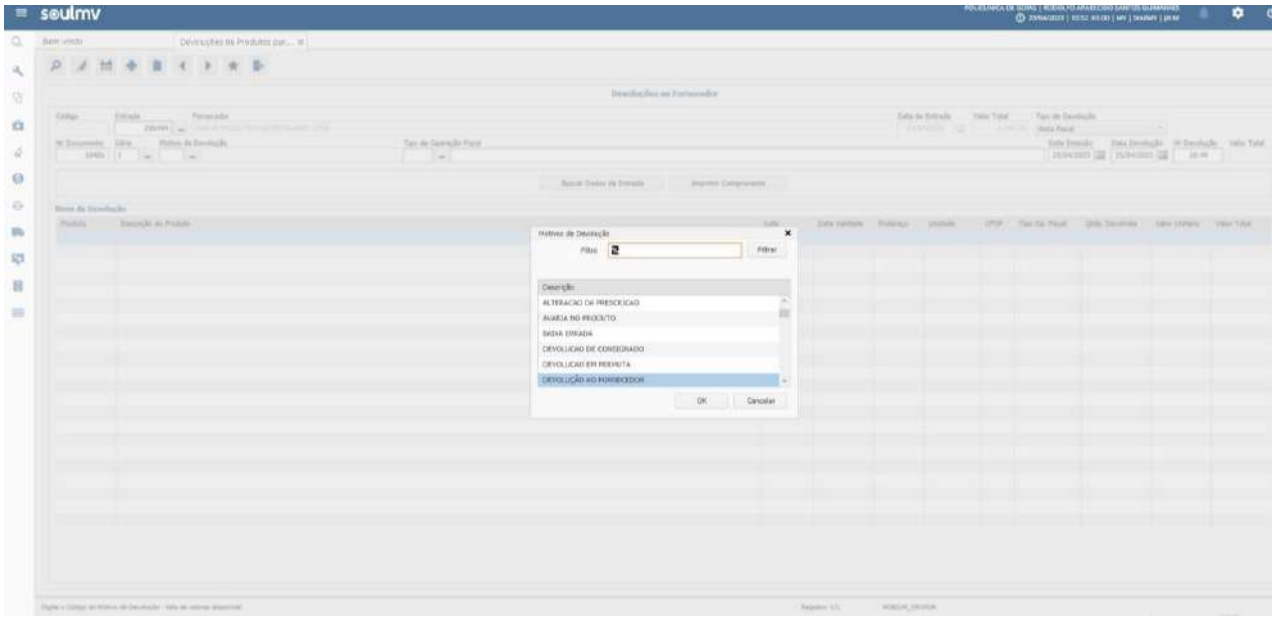
Acessar a aba “Para fornecedor”;

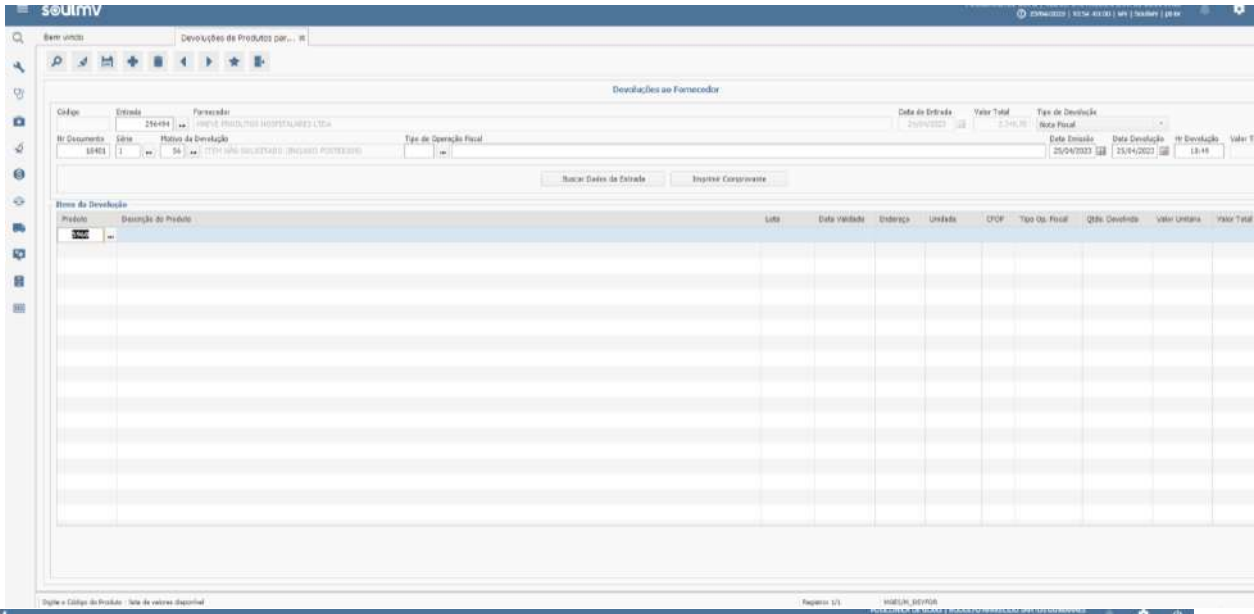


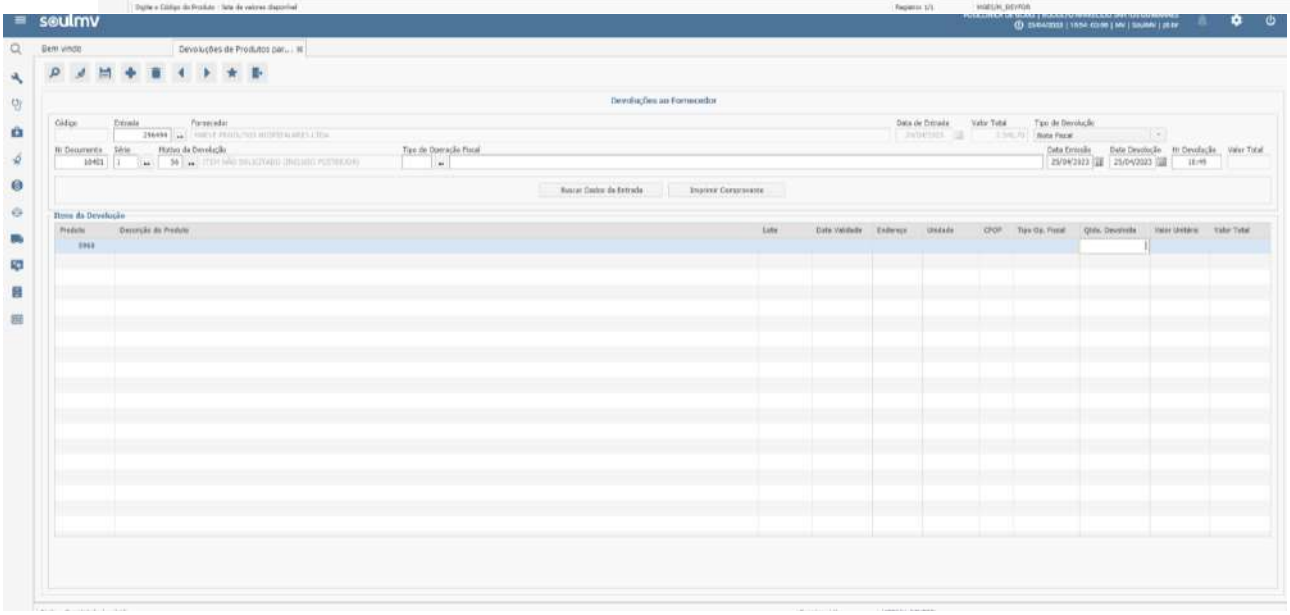
Preencher os campos referente a entrada: digitar o número da entrada que se encontra no espelho de entrada da nota fiscal no MV e clicar enter e digitar no campo número de documento: o número da nota fiscal de devolução.

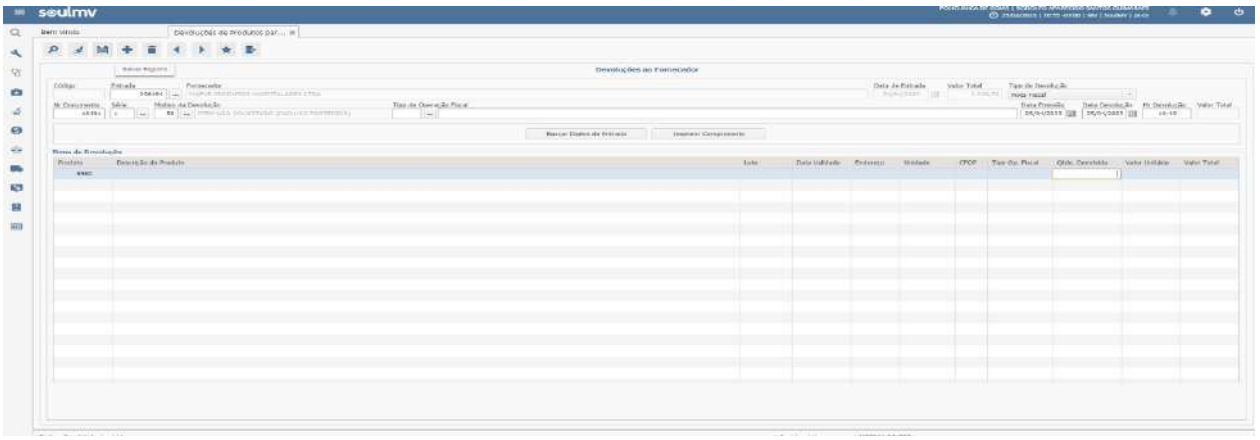


Na área motivo da devolução colocar a opção devolução ao fornecedor código (56). Na área produto colocar o código do material a ser devolvido clicar enter e colocar a quantidade devolvida e clicar no disquete para salvar.

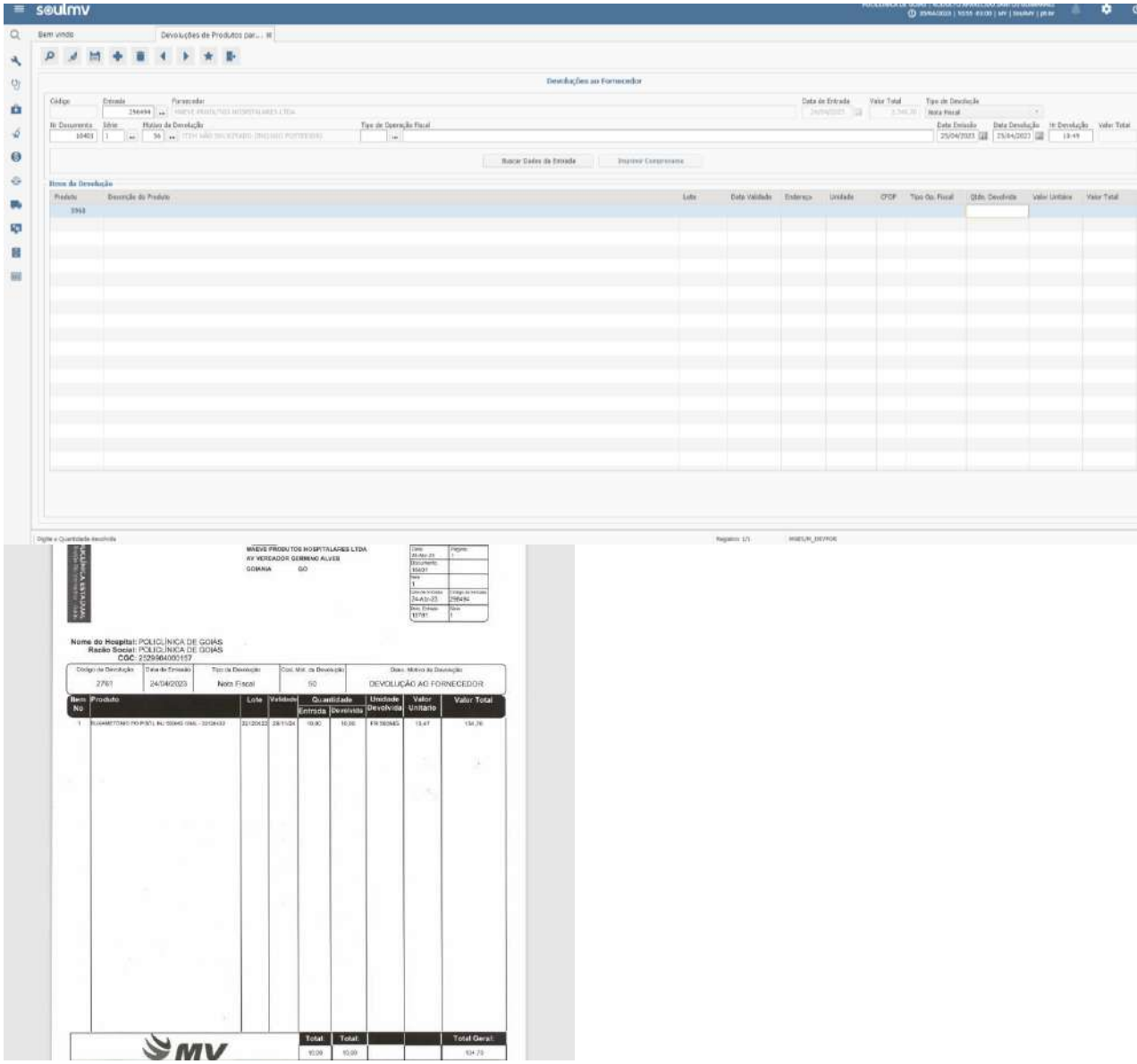

soulmv
Devoluções ao Fornecedor
Motivos de Devolução
Filtro
Filtrar
Descrição
ALTERACAO DA PRESCRICAO
AVARIA NO PRODUTO
BAIXA ERRADA
DEVOLUCAO DE CONSIGNADO
DEVOLUCAO EM PERMUTA
DEVOLUÇÃO AO FORNECEDOR
OK
Cancelar


soulmv
Devoluções ao Fornecedor


soulmv
Devoluções ao Fornecedor


soulmv
Devoluções ao Fornecedor

Ir na área imprimir comprovante;



Anexar a nota fiscal de devolução junto com o comprovante de devolução.

IV. Siglas e Definições

- Oc ordem de compra.
- NF – Nota Fiscal.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Registrar todas as etapas do processo de entrada dos materiais recebidos no sistema MV SOUL a partir da nota fiscal emitida pelo fornecedor.

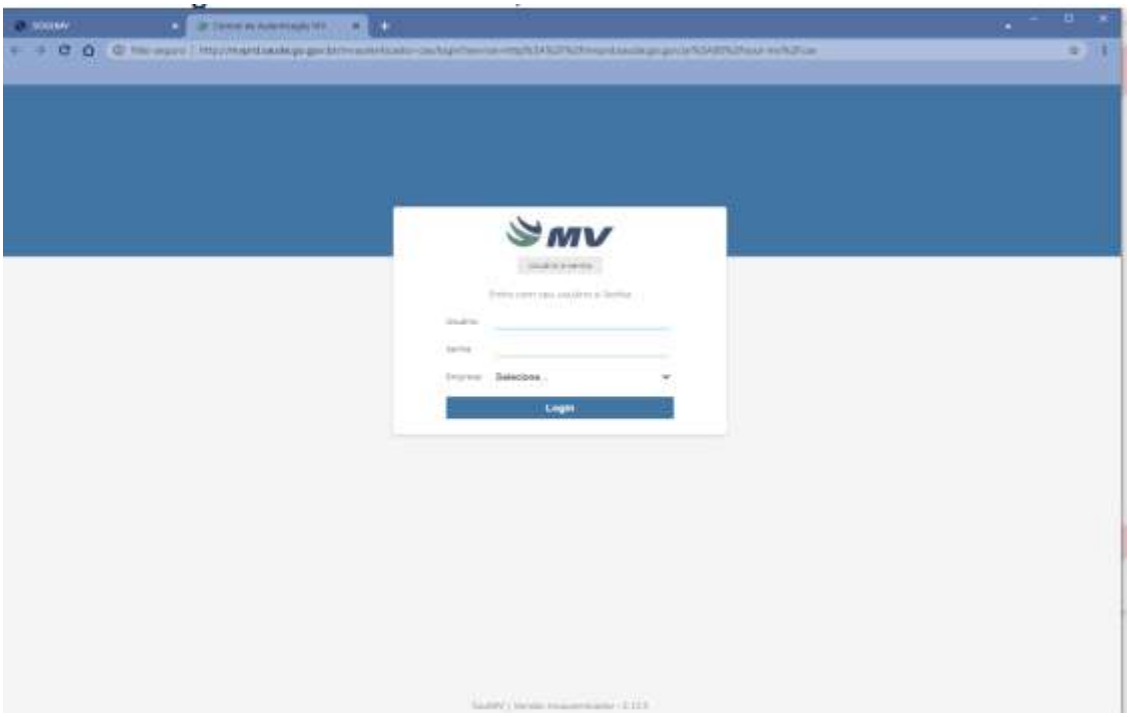
II. Materiais

- **Computador**
- **Documentos fiscais**
- **Material de escritório**

III. Descrição dos passos da atividade

Conferir se a nota fiscal está devidamente carimbada e assinada pelo responsável que recebeu o material; conferir se os dados da nota fiscal estão de acordo com a ordem de compra;

INICIAR: Fazer o login no sistema MV SOUL;

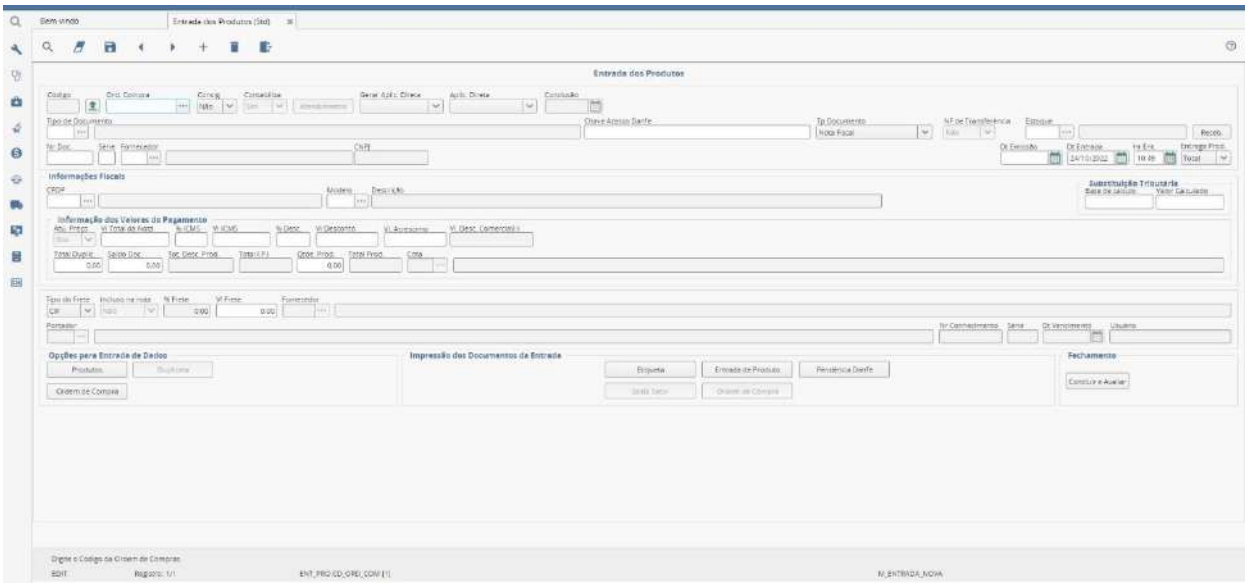


Caminhãozinho => Almoxarifado

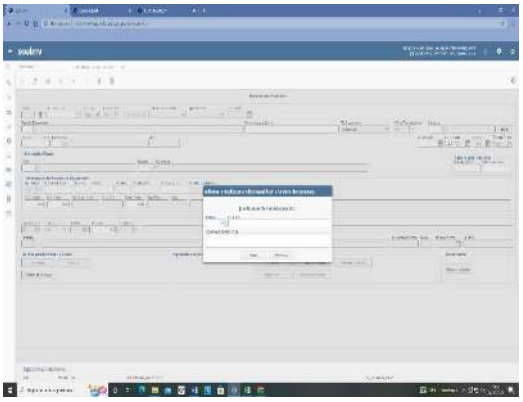
Movimentações => Entradas

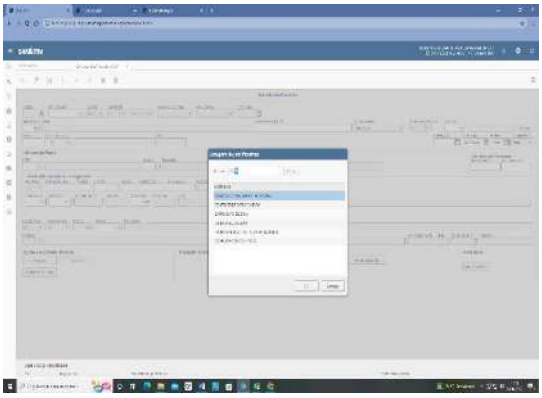
Entrada de produtos

Para dar entrada na nf no sistema MV SOUL realize os seguintes passos:
Apertar enter dentro do campo “ORDEM DE COMPRA” ou clique nos três pontinhos (...) no campo “ORDEM DE COMPRA”

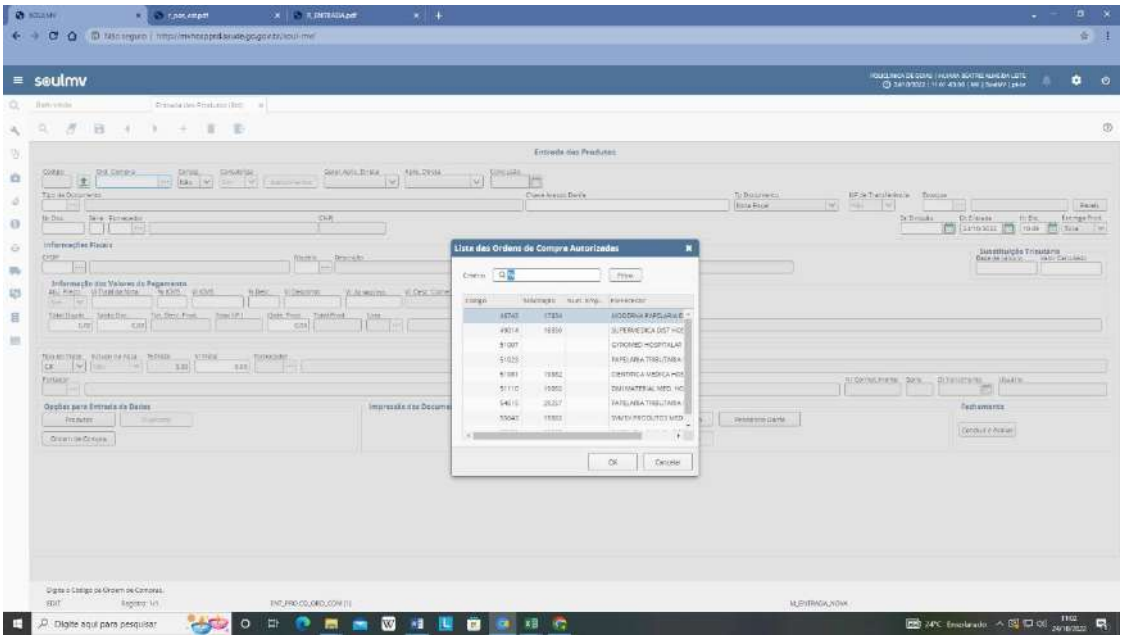


Quando não tiver ordem de compra escolher a opção: SEM ORDEM DE COMPRA

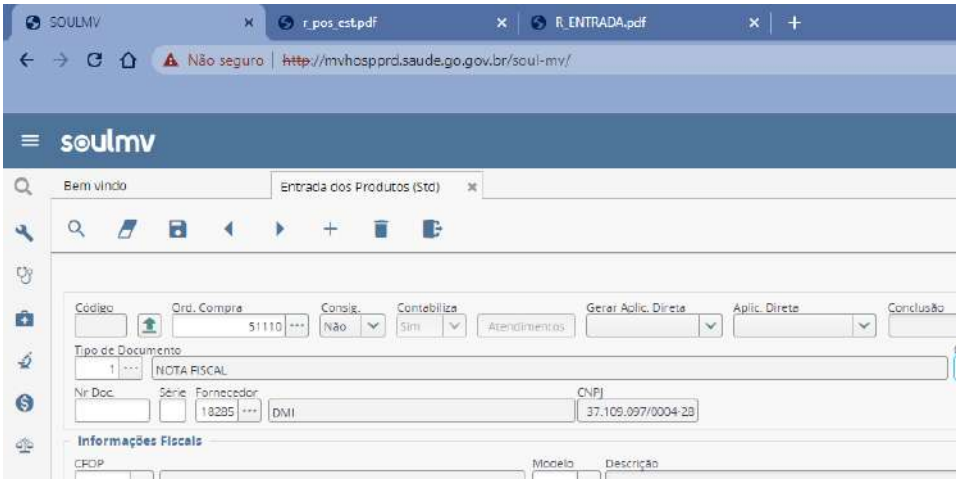




Quando clicar nos três pontinhos (...) no espaço “ORDEM DE COMPRA”, escolher o fornecedor e a solicitação de compra correspondente a nota fiscal.



No campo “TIPO DE DOCUMENTO” sempre colocar o número “1” que corresponde a “NOTA FISCAL”



Estoque – Almoxarifado ou Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

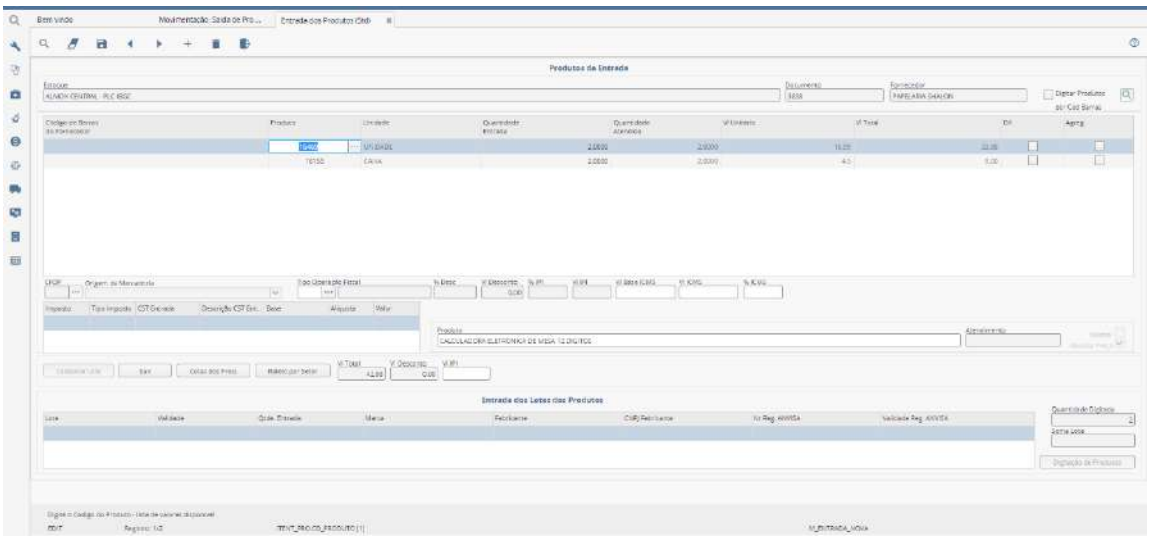
Número do Documento – O número da Nota fiscal; **Série** – número de série que consta na NF. E **CNPJ** – verificar se é o mesmo CNPJ do fornecedor que consta na NF

Data de Emissão – a data de emissão da NF. => Entrega **de Produto** – colocar se é parcial ou total.

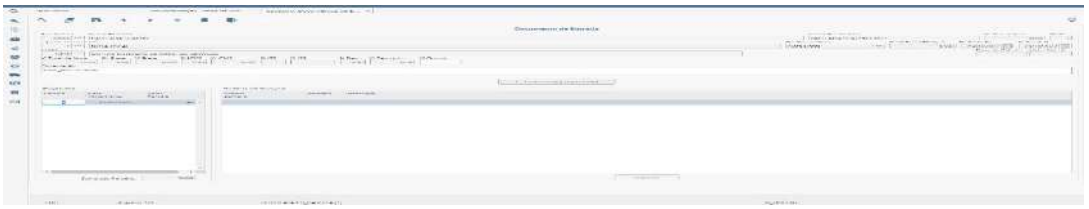
CFOP – sempre colocar o número 1.949 (Outras entradas de mercadorias ou serviços). => **Modelo** – sempre colocar o número 55 (Nota fiscal eletrônica).

Valor Total da Nota. => **Valor ICMS** (se caso tiver). => **Valor de Acréscimo** (Se caso tiver valor total de IPI).

PRODUTOS – Clicar na barra “Produtos” para lançar e/ou verificar os materiais recebidos = **Produto** – Código do material. => **Unidade**. => **Quantidade**. => **Valor Unitário**. => **Valor ICMS** (se caso tiver). => **Cadastrar Lote** (se caso o sistema pedir). => sair – quando todos os materiais estiverem lançados clicar em sair.



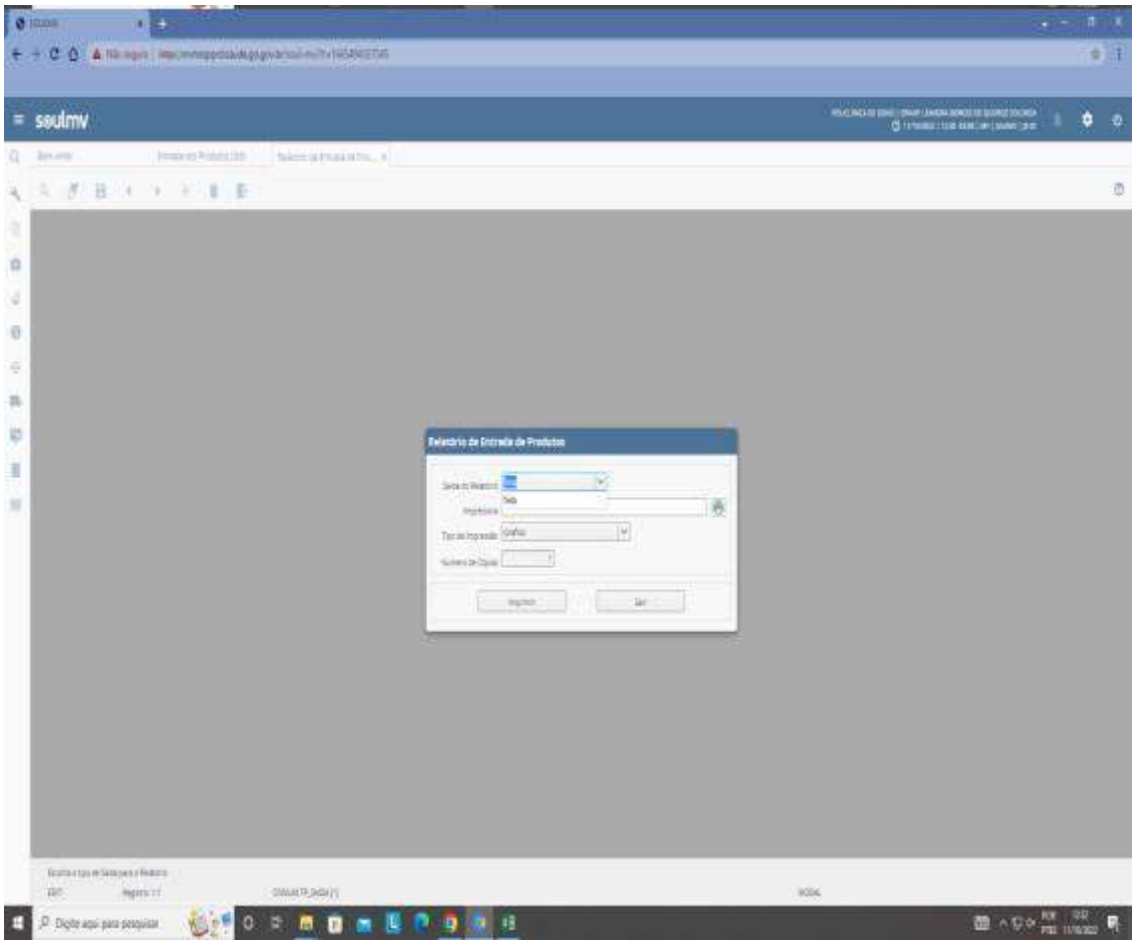
DUPLICATA – Para colocar informações da data para pagamento do fornecedor. **Observações** – colocar o número do processo de compra. => Duplicata > **Parcela** – geralmente é uma parcela > **Data Vencimento** > **Valor Parcela**. => depois que preencher as informações clicar em **Confirmar Duplicata**.

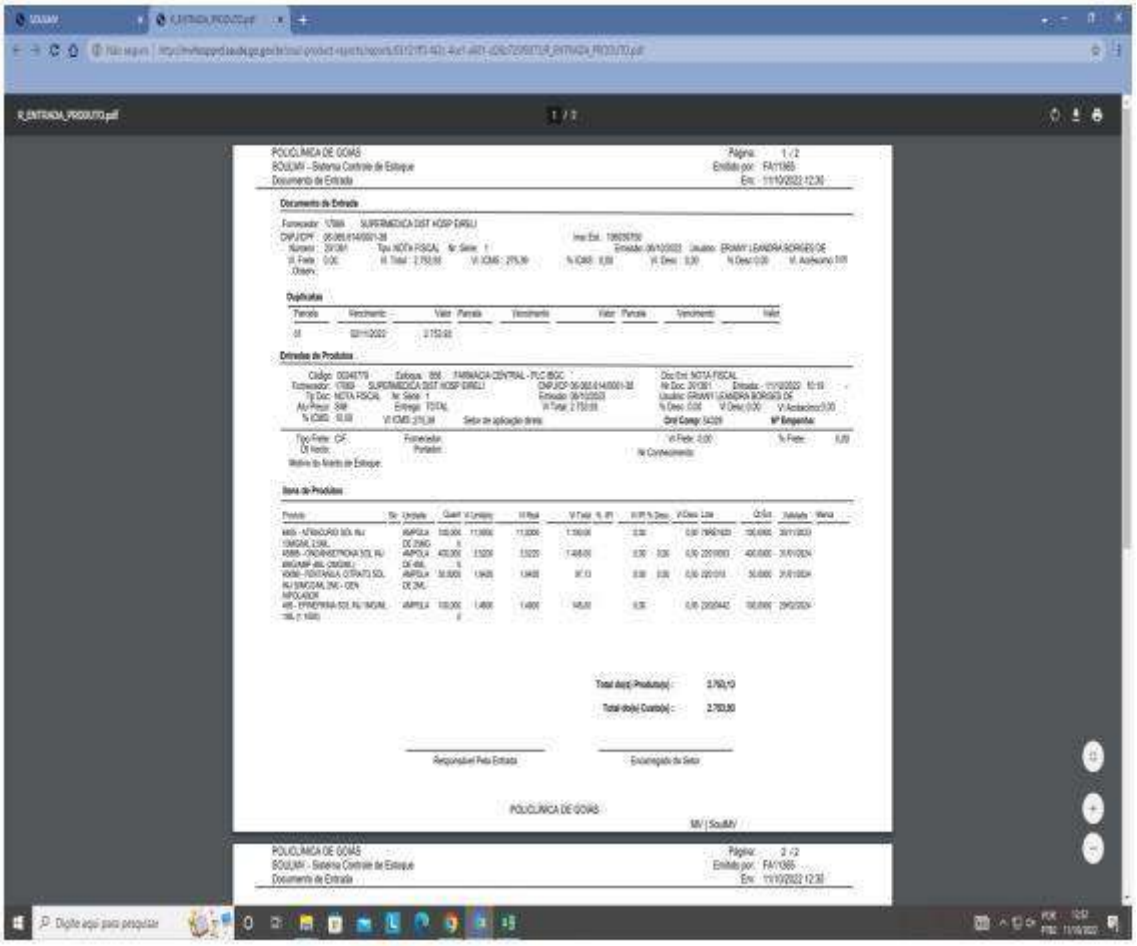


CONCLUIR E AVALIAR – Para concluir o lançamento da Nota Fiscal, clique no campo “Fechamento” o botão “Concluir e Avaliar” (o sistema as vezes pede para avaliar o fornecedor;

depois de avaliar o fornecedor aperte em salvar na figura de um disquete na parte superior do lado esquerdo da tela do computador e feche a aba. O sistema sempre vai mostrar uma caixa de diálogo perguntado se deseja concluir a nota).

Logo após é só imprimir o espelho de entrada no sistema MV SOUL clicando no botão "ENTRADA DE PRODUTO" no campo "IMPRESSÃO DOS DOCUMENTOS DE ENTRADA"





Pegar o documento de entrada impresso, carimbar e assinar; entregar o documento de entrada para o assistente administrativo para fazer a segunda conferência e armazenar; receber de volta o documento de entrada e fazer a conferência dos dados de número da nota fiscal, data de emissão e série; separar os empenhos em completos e incompletos, agrupar as notas por fornecedor. Atenção para garantir que a entrada da Nota Fiscal esteja correta; Atenção para conferência dos dados de número de nota, data de emissão e série; Atenção para a descrição das pendências a serem entregues.

IV. Siglas e Definições

- CFOP - Código Fiscal de Operações e Prestações.
- NF – Nota Fiscal.
- MV SOUL – Sistema

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Registrar todas as etapas do processo de entrada dos materiais doados no sistema SOULMV a partir da nota fiscal ou termo emitida pelo doador.

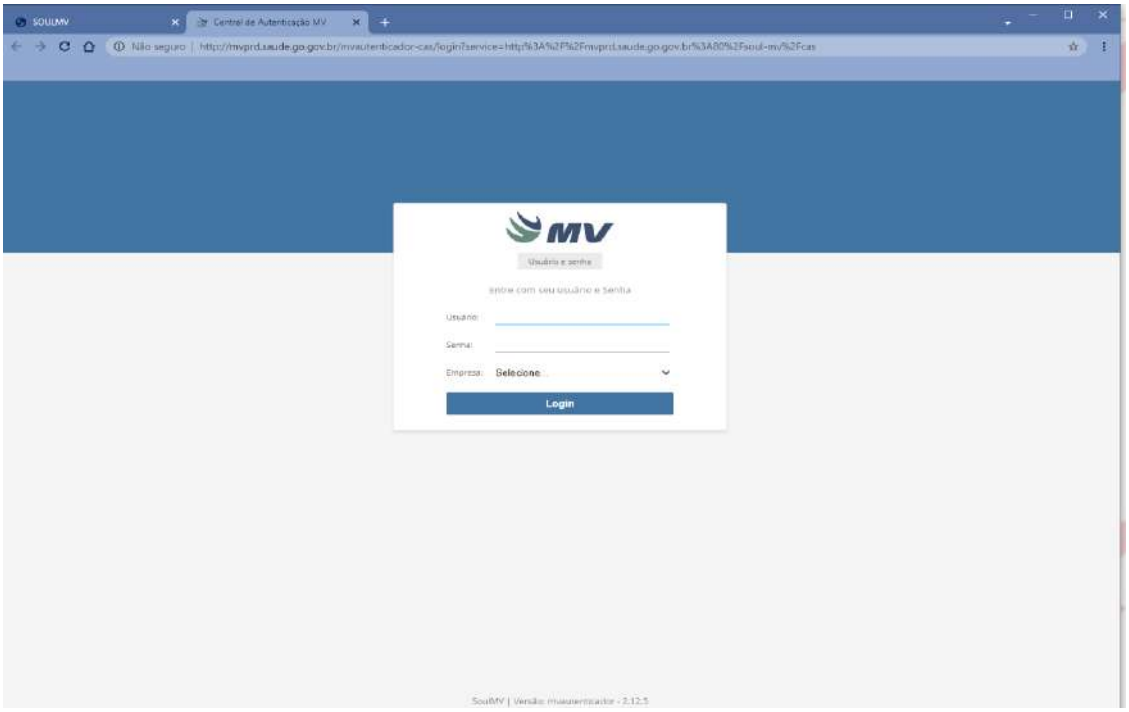
II. Materiais

- **Computador;**
- **Documentos fiscais;**
- **Material de escritório.**

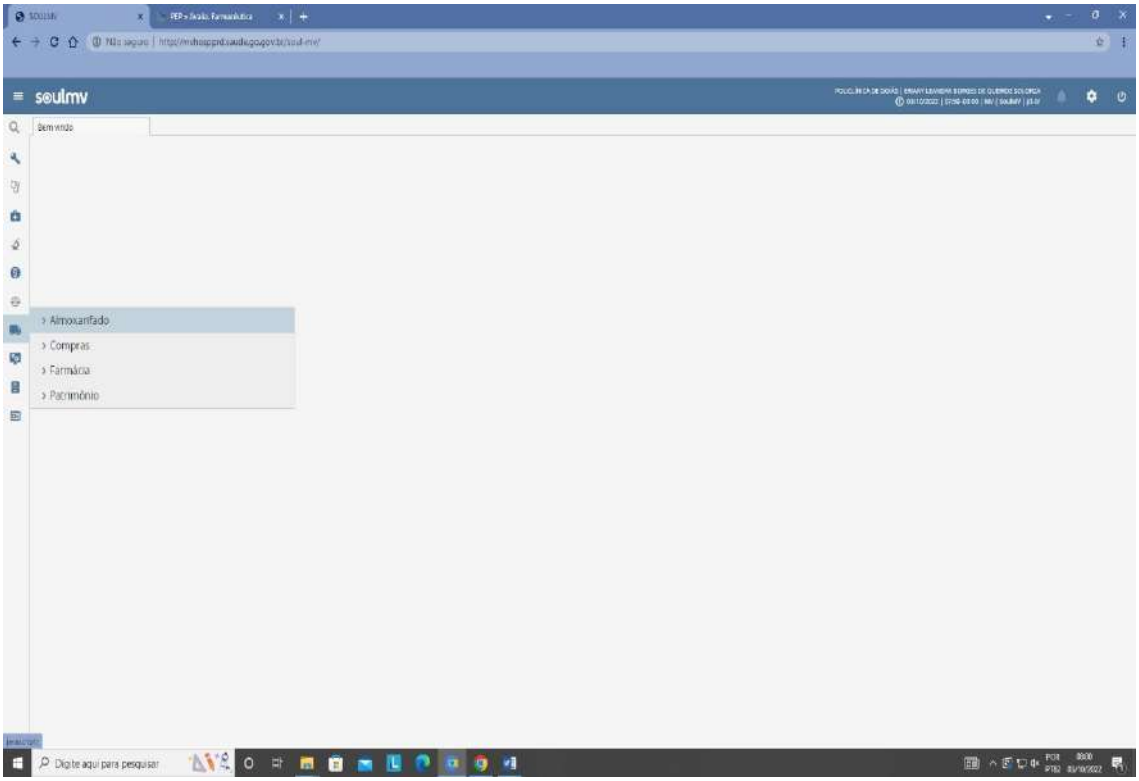
III. Descrição dos passos da atividade

Conferir se a nota fiscal está devidamente carimbada e assinada pelo responsável que recebeu o material;

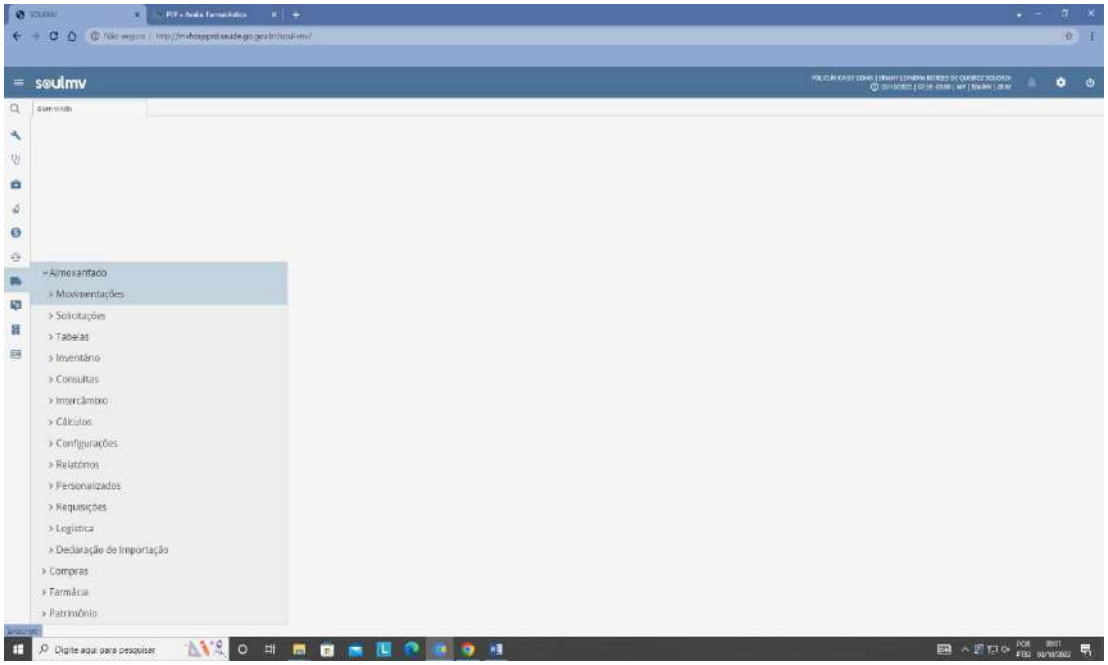
Fazer o login no sistema Soulmv;



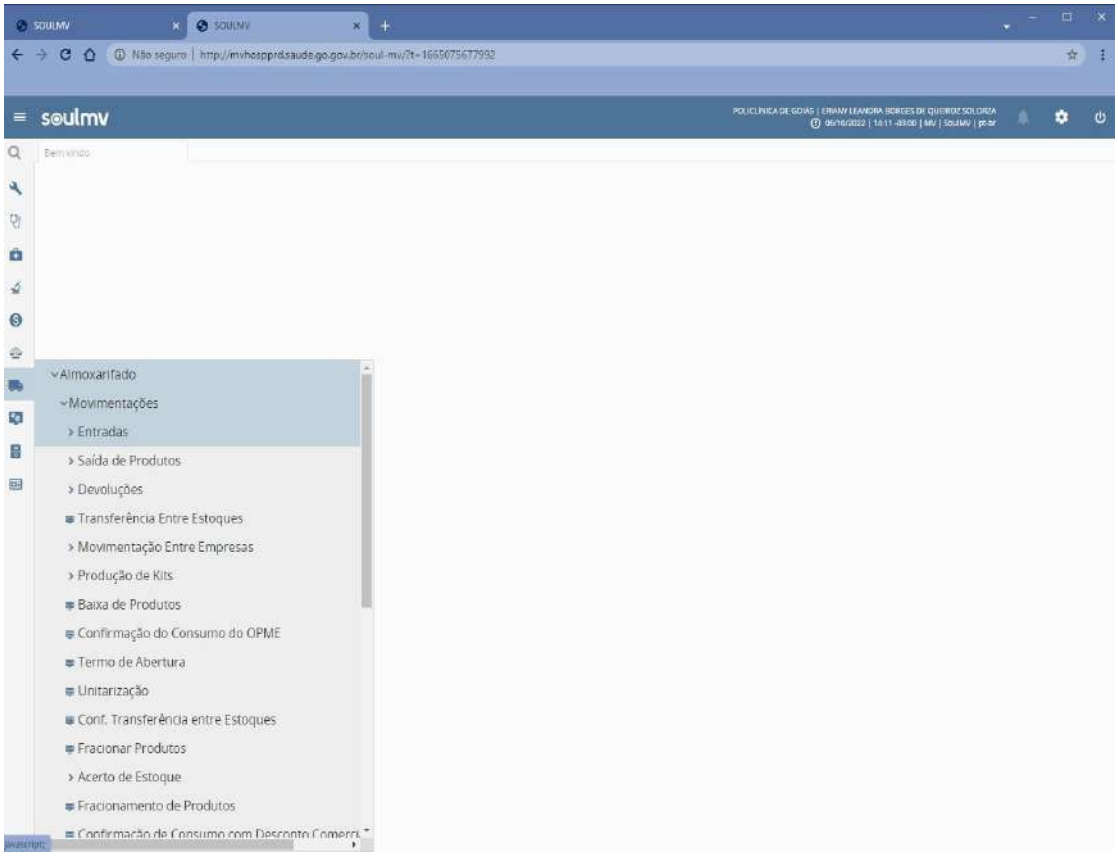
Acessar a aba almoxarifado;



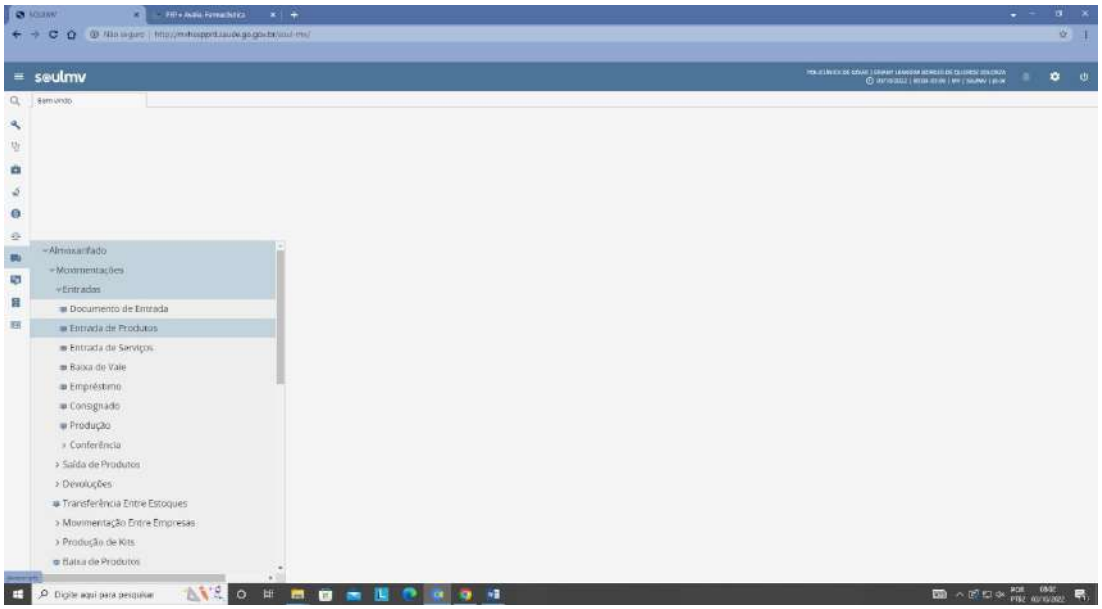
Acessar a aba movimentações;



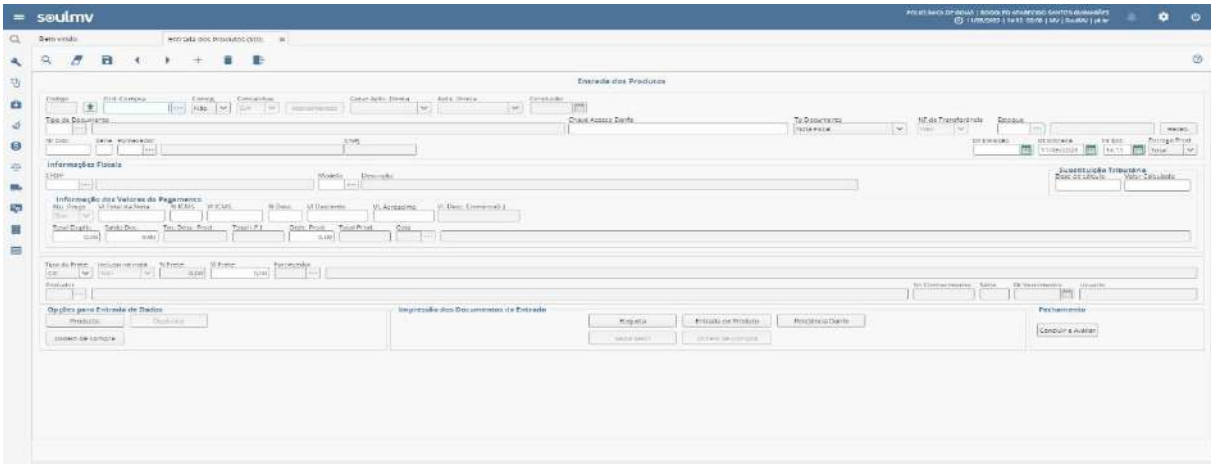
Acessar a aba entradas;

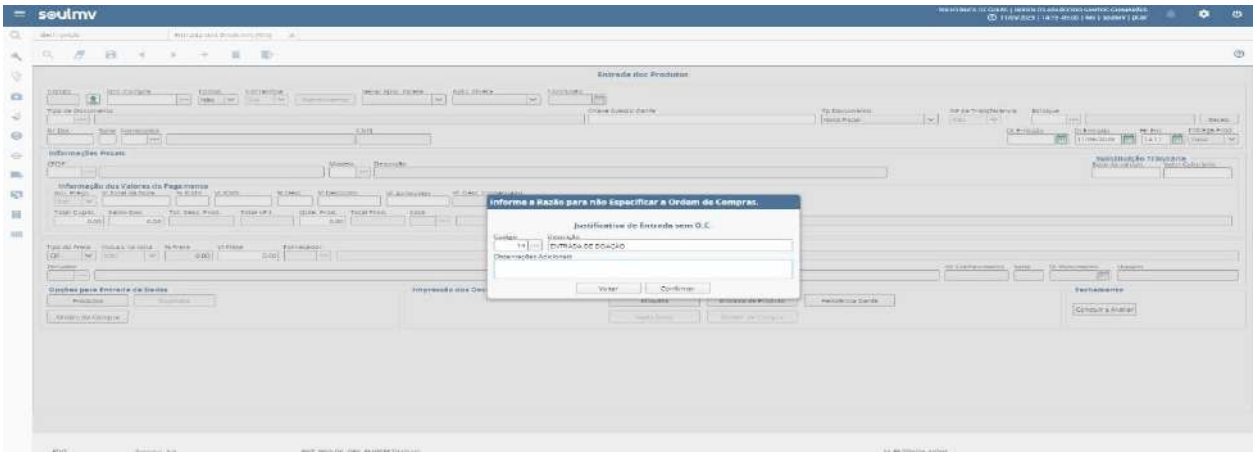


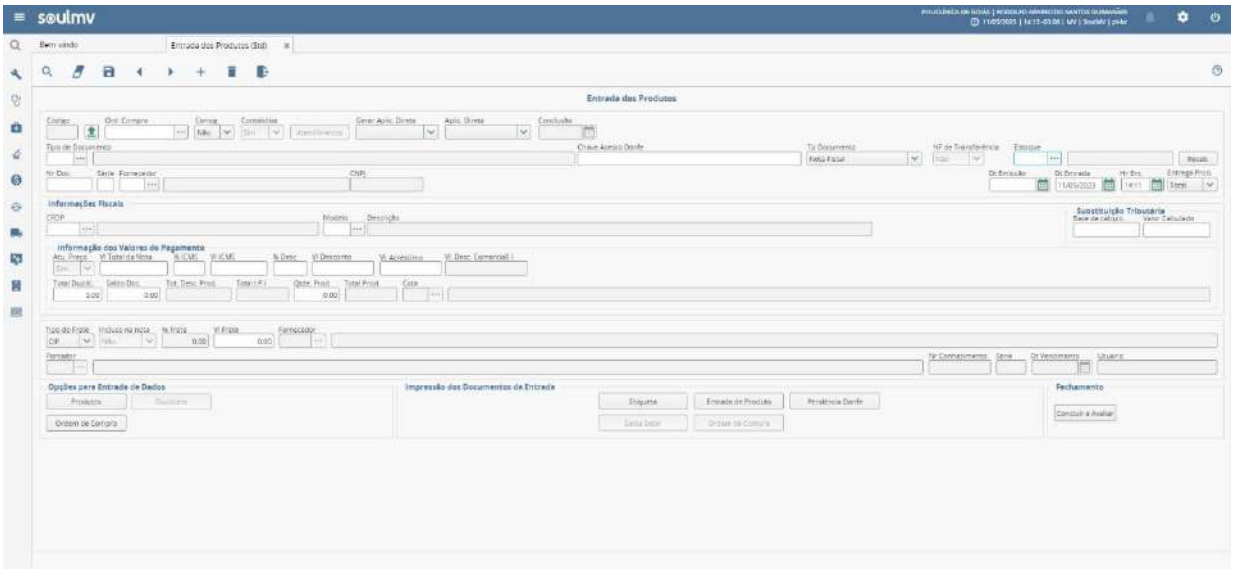
Acessar a aba entrada de produtos

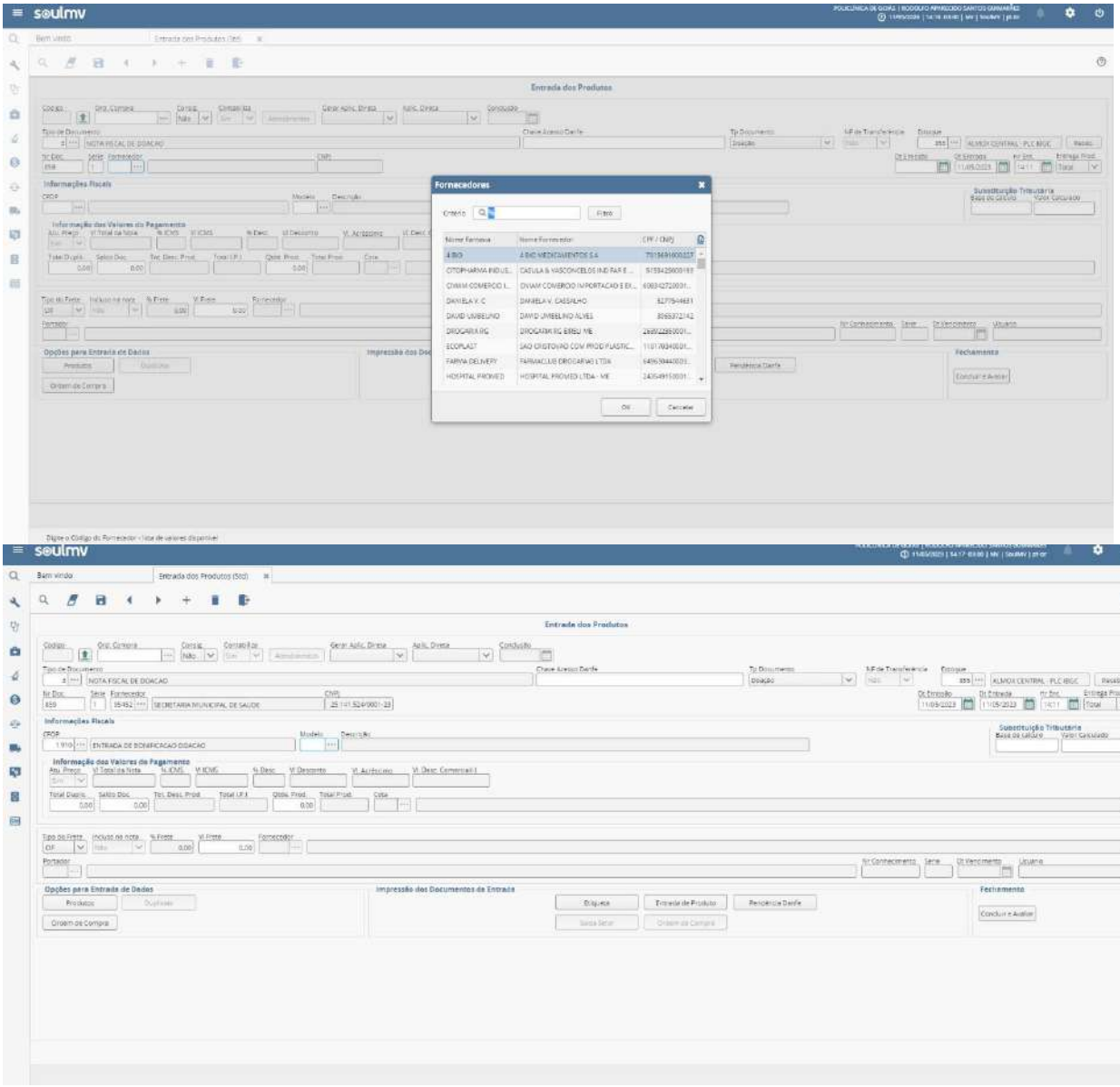


Preencher os campos referente a nota fiscal: Tipo de documento; Estoque; Número da Nota; Série; Fornecedor; Data de emissão; CFOP; Valor total da nota;

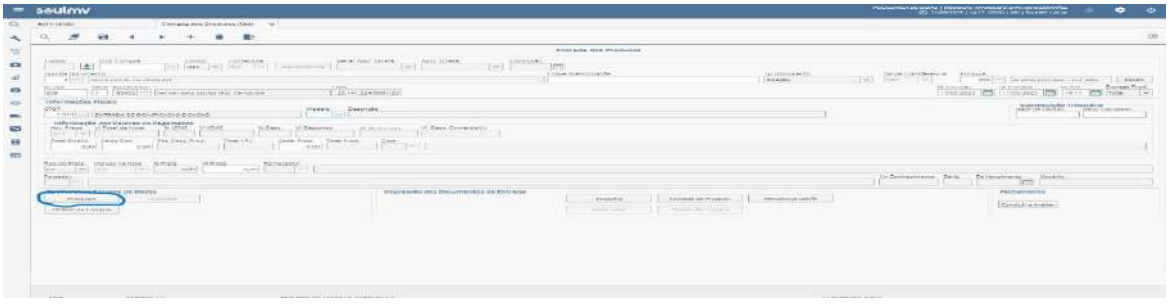


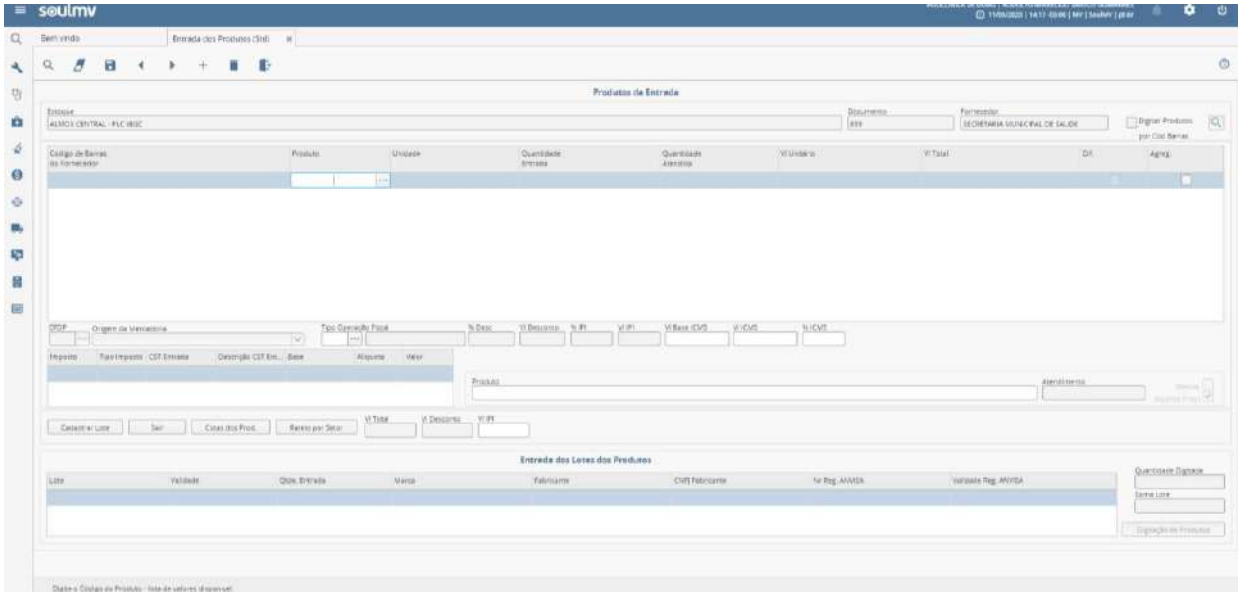


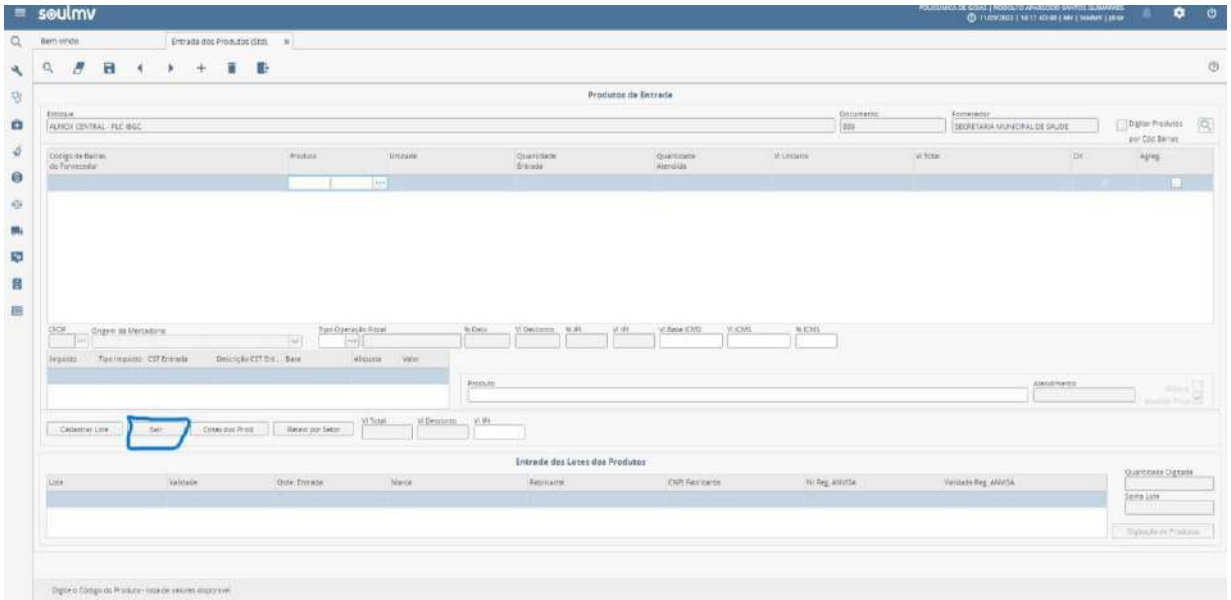




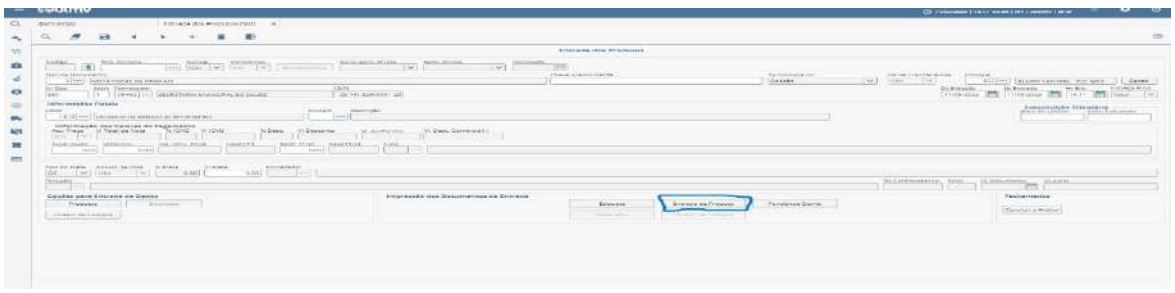
Na área de opções para entrada de Dados, clicar em Produtos;
Preencher o Produto; Unidade; Quantidade de Entrada; Quantidade Atendida; Vl Unitário; Vl Total e Preenchimento do lote quando solicitado; retornar para a página de Entrada de Produtos clicando em Sair;

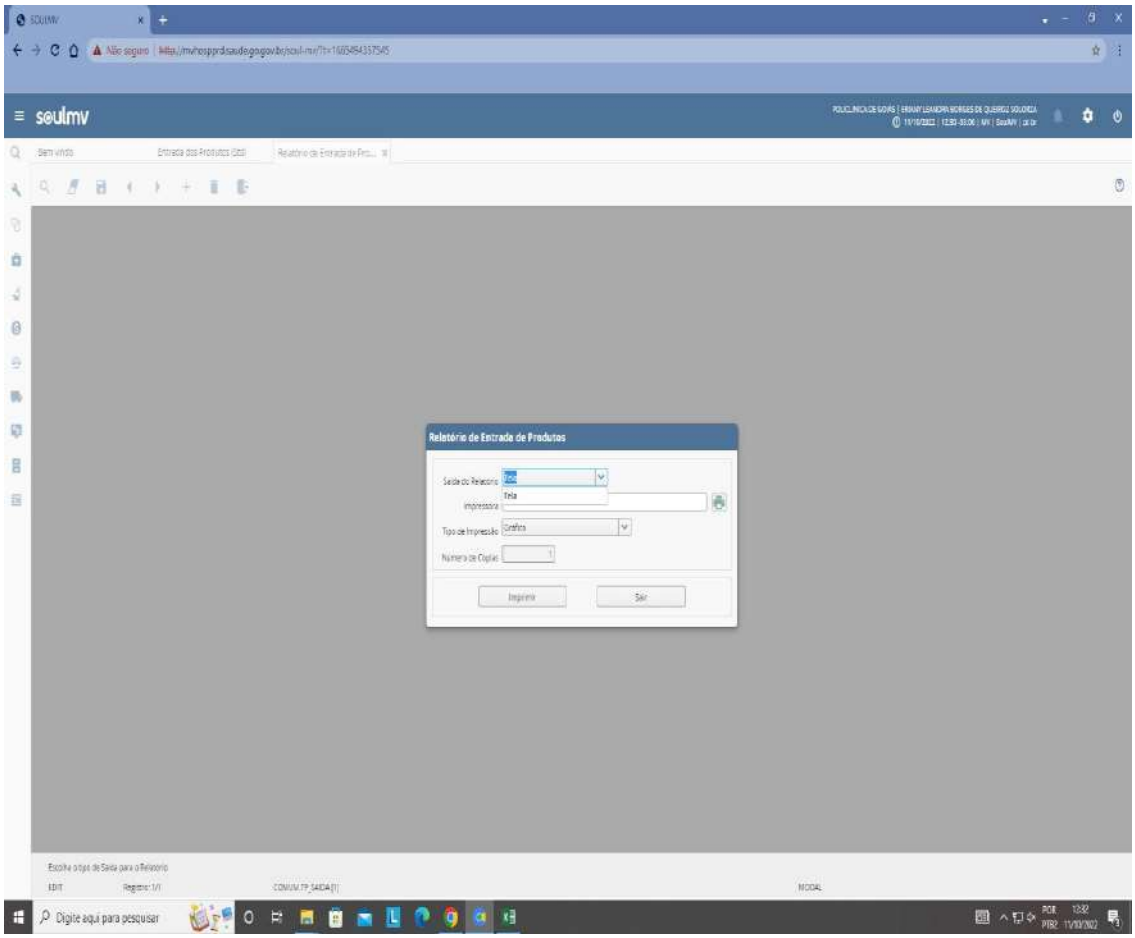


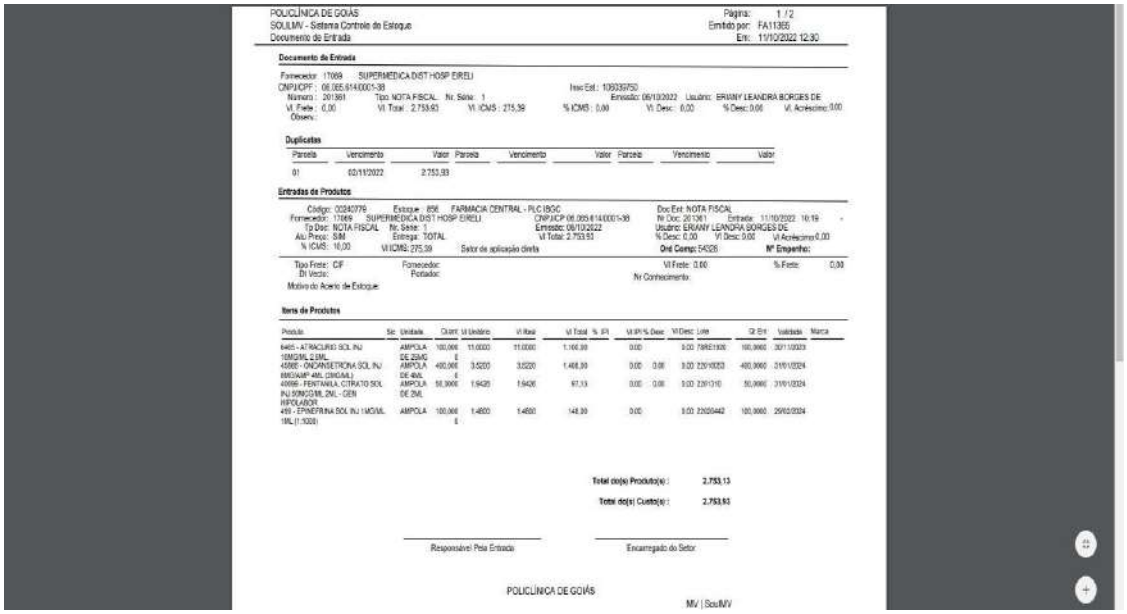




Clicar na opção concluir e avaliar e em seguida clicar em entrada de produtos; e imprimir o espelho de entrada da doação.







POLICLÍNICA DE GOIÁS
SOULMV - Sistema Controle de Estoque
Documento de Entrada

Página: 1 / 2
Emitido por: FA11365
Em: 11/10/2022 12:30

Documento de Entrada

Fornecedor: 17069 - SUPERMEDICA DIST HOSP EIRELI
CNPJ/CPF: 06.065.614/0001-38
Número: 261361 Tipo: NOTA FISCAL Nr. Série: 1
Vl. Frete: 0,00 Vl. Total: 2.753,93 Vl. ICMS: 275,39
Observ.:
Insc Est.: 109339750
Emissão: 06/10/2022 Usuário: ERIANY LEANDRA BORGES DE
% ICMS: 0,00 Vl. Desc: 0,00 % Desc: 0,00 Vl. Acréscimo: 0,00

Duplicatas

Parcela	Vencimento	Valor	Parcela	Vencimento	Valor	Parcela	Vencimento	Valor
01	02/11/2022	2.753,93						

Entradas de Produtos

Código: 00240776 Estoque: 856 FARMACIA CENTRAL - PLC IBGC
Fornecedor: 17069 SUPERMEDICA DIST HOSP EIRELI
Tp Doc: NOTA FISCAL Nr. Série: 1
Alt. Preço: SIM Entrega: TOTAL
% ICMS: 10,00 Vl ICMS: 275,39
CNPJ/CPF 06.065.614/0001-38
Emissão: 06/10/2022
Vl Total: 2.753,93
Setor de aplicação direta
Doc/Ent: NOTA FISCAL
Nr Doc: 261361 Entrada: 11/10/2022 10:19
Usuário: ERIANY LEANDRA BORGES DE
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl Acréscimo 0,00
Ord Comp: 54326 Nº Empenho:

Tipo Frete: CIF Fornecedor: Vl Frete: 0,00 % Frete: 0,00
Dt Vecto: Portador: Nr Conhecimento:
Motivo do Acerto de Estoque:

Itens de Produtos

Produto	Sit.	Unidade	Quant.	Vl Unitário	Vl Real	Vl Total	% IPI	Vl IPI	% Desc	Vl Desc	Lote	Qt Ent	Validade	Marca
6465 - ATRACURIO SOL INJ 10MG/ML 2,5ML		AMPOLA DE 25MG	100,000	11,0000	11,0000	1.100,00	0,00		0,00	0,00	79RE1930	100,0000	30/11/0023	
45995 - ONDANSETRONA SOL INJ 8MG/4MF 4ML (SINGULA)		AMPOLA DE 4ML	400,000	3,5200	3,5200	1.408,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220Y0033	400,0000	31/01/0024	
40899 - FENTANILA CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - GEN HIPOLABOR		AMPOLA DE 2ML	50,3000	1,9426	1,9426	97,73	0,00	0,00	0,00	0,00	22H1310	50,0000	31/01/0024	
469 - EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)		AMPOLA	100,000	1,4800	1,4800	148,00	0,00		0,00	0,00	22G0442	100,0000	29/02/0024	

Total do(s) Produto(s) : 2.753,13
Total do(s) Custo(s) : 2.753,93

Responsável Pela Entrada
Encarregado do Setor

POLICLÍNICA DE GOIÁS
MV | SoulMV

Pegar o documento de entrada impresso, carimbar e assinar; entregar o documento de entrada para o auxiliar de farmácia ou assistente administrativo para fazer a segunda conferência e armazenar; receber de volta o documento de entrada e fazer a conferência dos dados de número da nota fiscal, data de emissão e série; Atenção para garantir que a entrada da Nota Fiscal esteja correta; Atenção para conferência dos dados de número de nota, data de emissão e série; Atenção para a descrição das pendências a serem entregues.

IV. Siglas e Definições

- CFOP - Código Fiscal de Operações e Prestações.
- NF – Nota Fiscal.
- CAF- centro de abastecimento farmacêutico.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

- TODOS OS BENS MATERIAIS DEVEM ESTAR EM SEU DEVIDO LUGAR, TANTO NO FISICO COMO NO SISTEMA MV.

- INVENTARIO: VAO TIRAR TODOS TERMOS DE RESPONSABILIDADE E IR DE SALA EM SALA CONFERIR SE ESTAO NO DEVIDO LUGAR.

- SE OS BENS NÃO ESTIVER NO SEU DEVIDO LUGAR E HOUVER UMA TROCA SEM AVISAR E TE CONFIMAR QUE O MATERIAL FICARA LA NAQUELE SETOR, PODE ANOTAR NA FOLHA E DEPOIS ALTERAR NO SISTEMA MV.

- QUALQUER COLABORADOR QUE FOR MOVIMENTAR O BEM DE LUGAR DEVE COMUNICAR OS REPOSAVEL DE PATRIMONIO, POREM SE ESSA ORDEM FOR DESCUMPRIDA PODERA APLICAR A NOTIFICAÇÃO.

- O RESPONSAVEL PELO O PATRIMONIO DEVE ESTAR PRESENTE EM TODAS AS MUDANÇAS QUE ESTIVER DENTRO DA UNIDADE.

- EXISTE UMA PLANILHA ONDE FICA A ORGANIZAÇAO DE CADA MATERIAL, CASO HOUVER ALGUMA MUDANÇA OU DUVIDA, POREM, ESSA PLANILHA TEM QUE ESTA DE ACORDO COM O MV.

NA PLANILHA JÁ CONTEM O CODIGO DE CADA BEM CASE QUEIRA

PESQUISAR NO MV

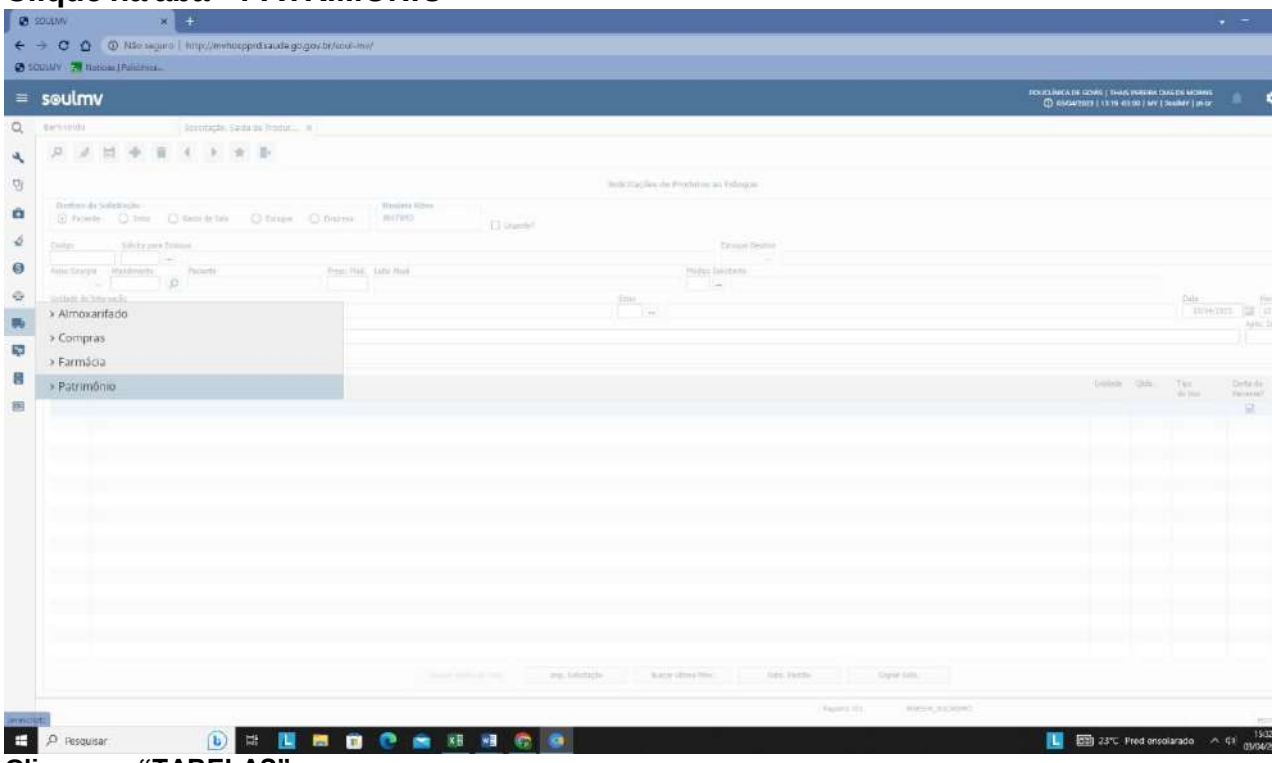
II. Materiais

Sistema MV

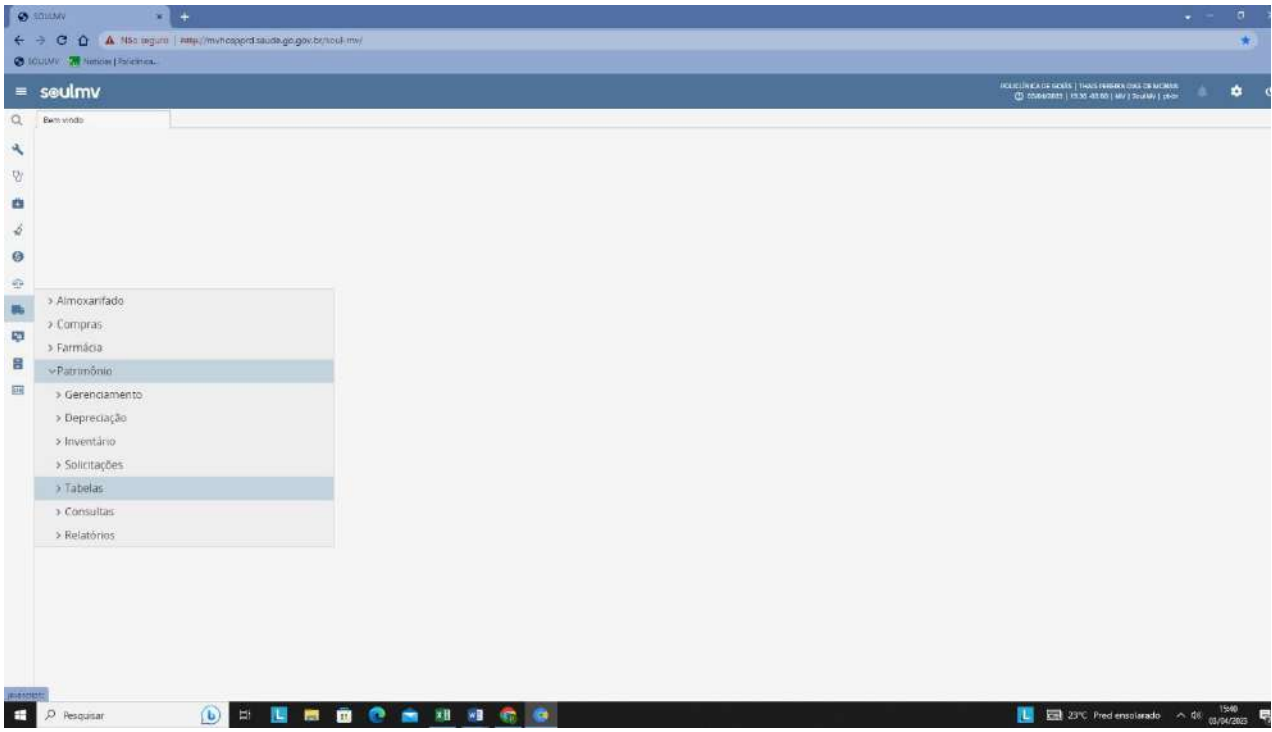
III. Descrição dos passos da atividade

CADASTRO DE LOCALIDADES

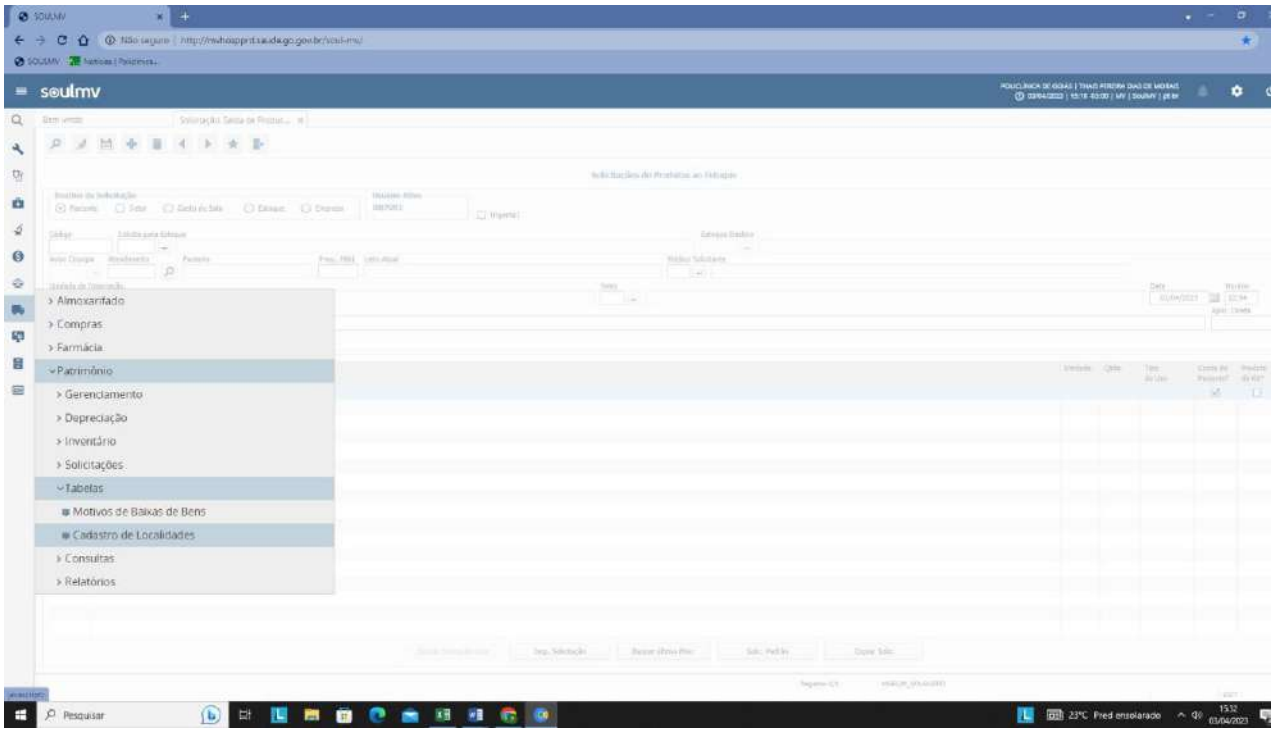
Clique na aba “ PATRIMONIO”



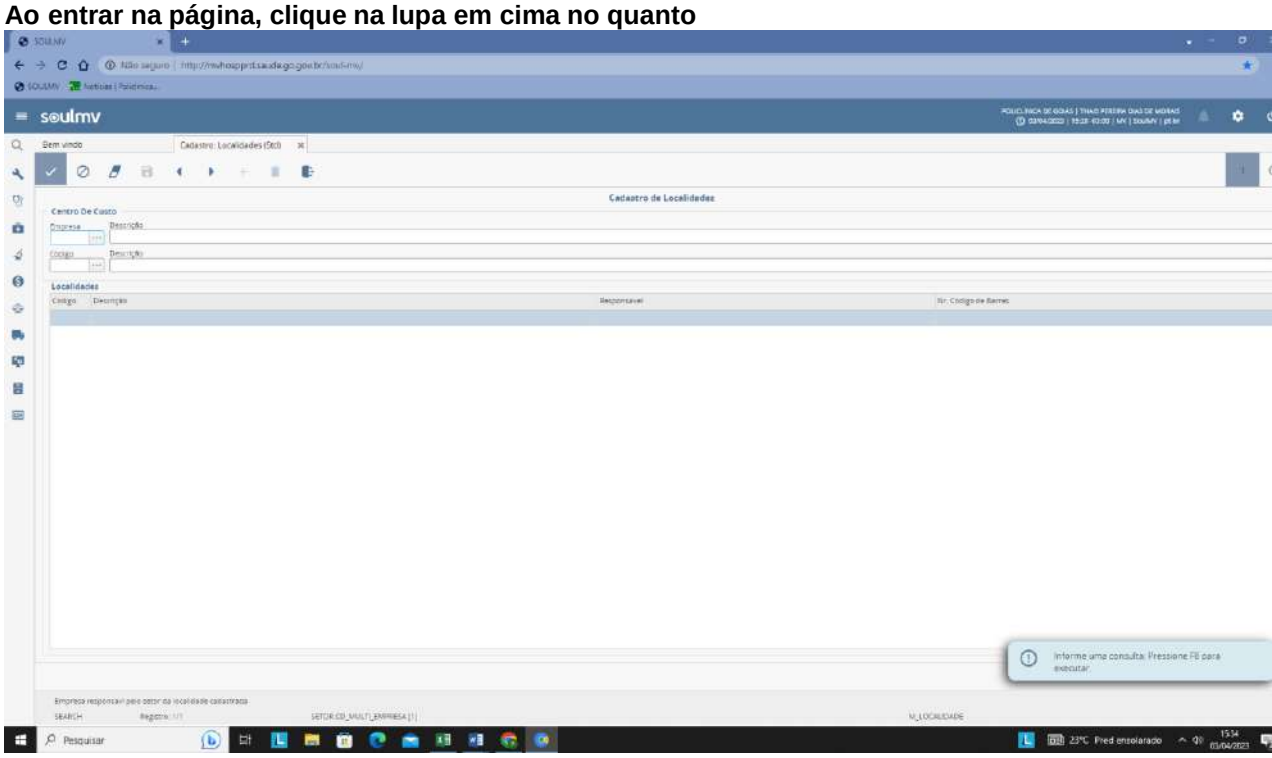
Clique em “TABELAS”



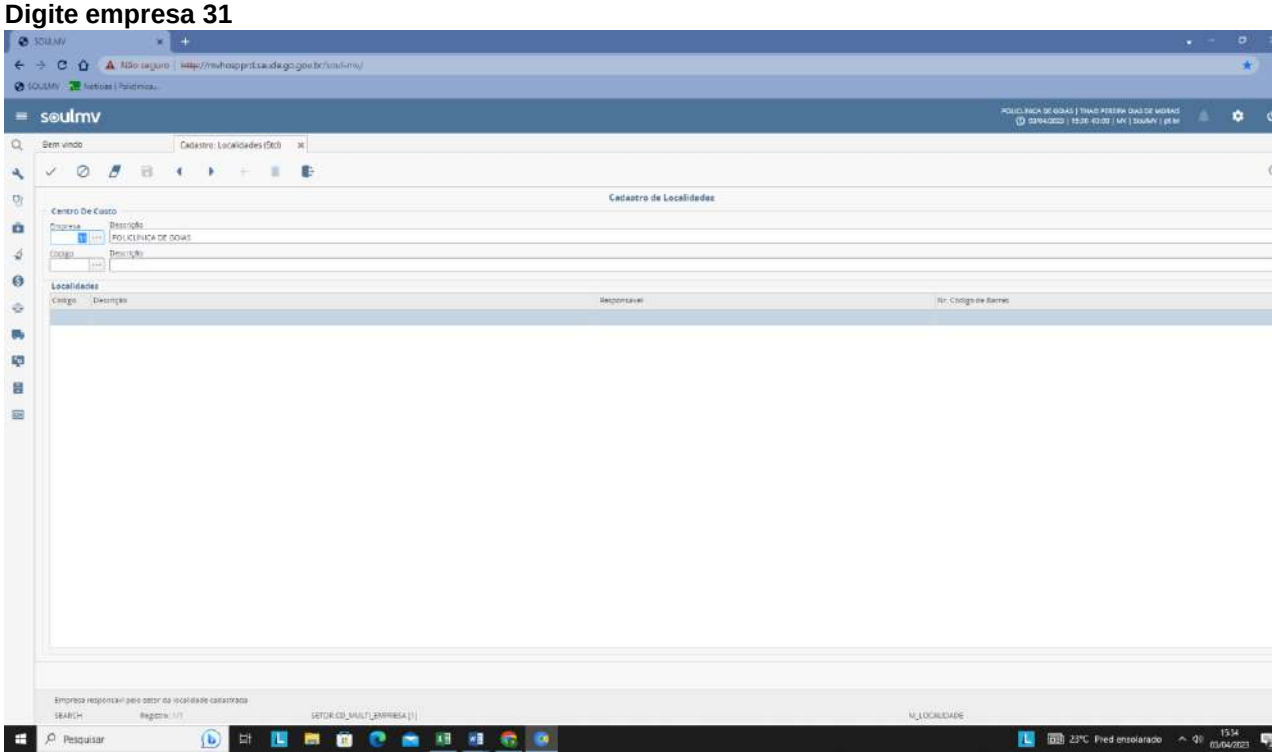
Entrar em “CADASTRO DE LOCALIDADES”



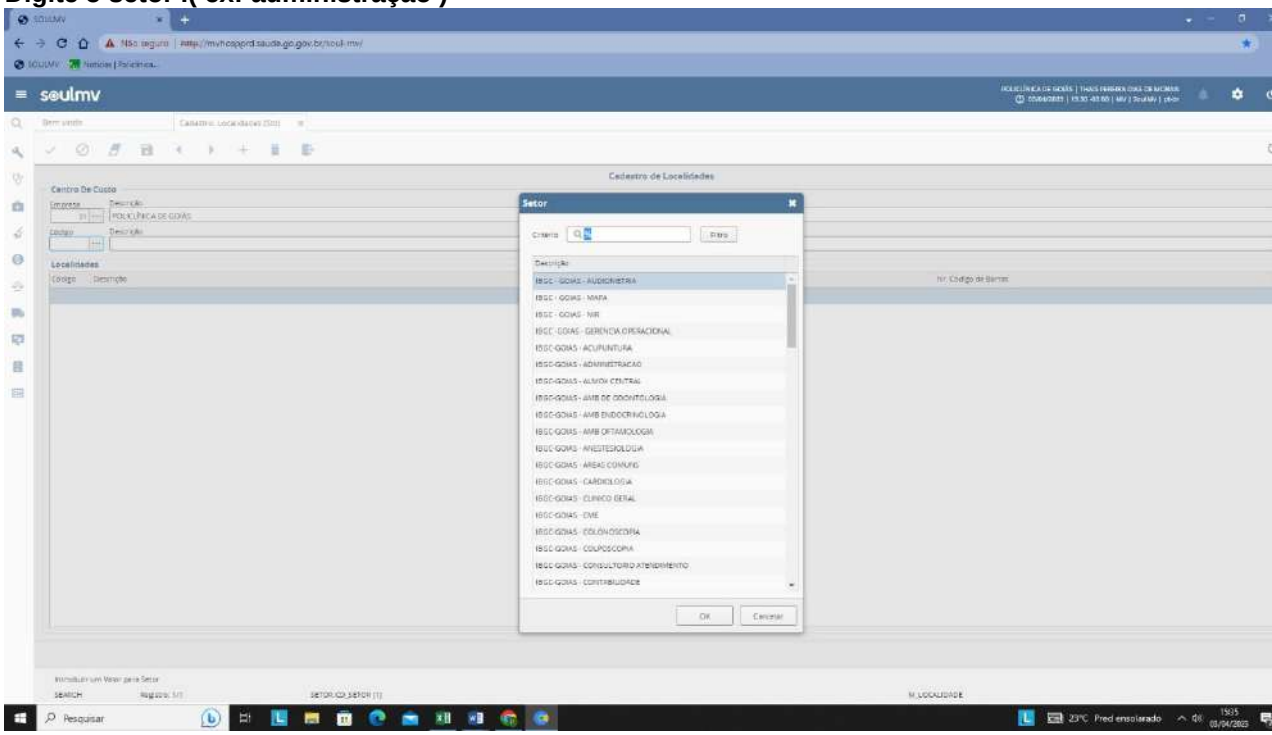
Ao entrar na página, clique na lupa em cima no quanto



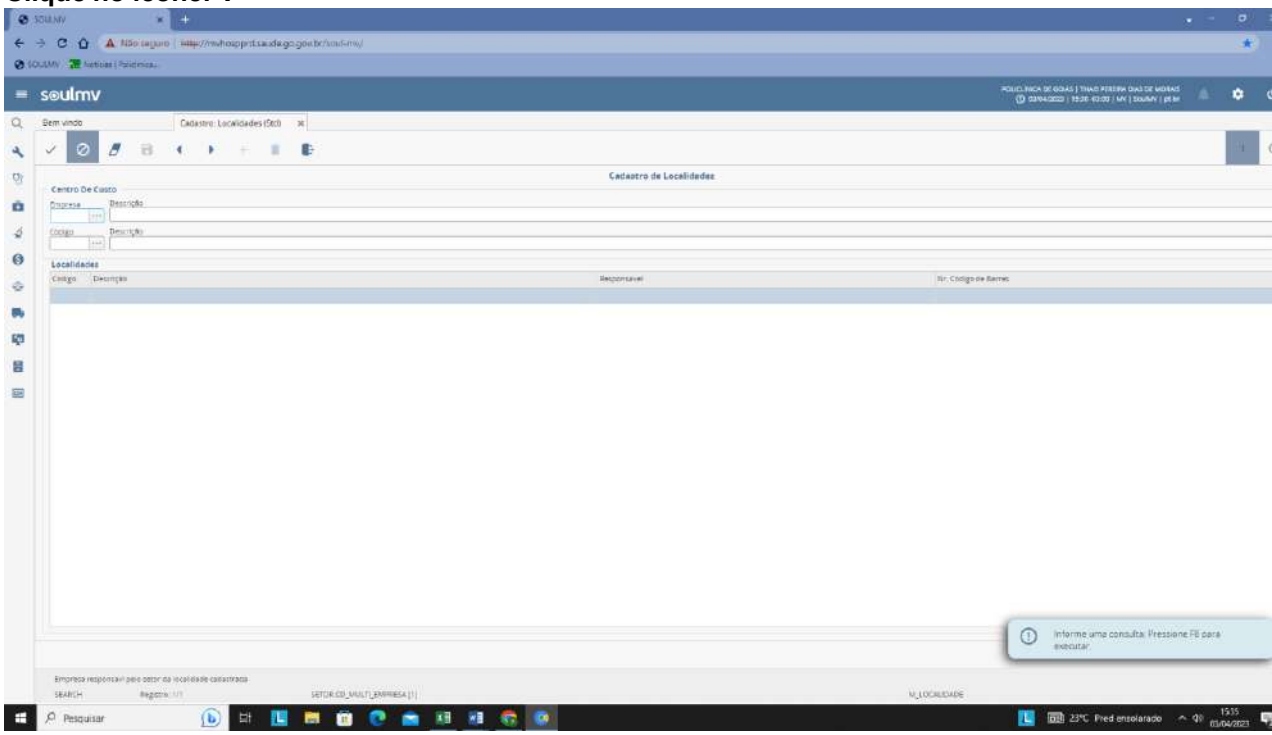
Digite empresa 31



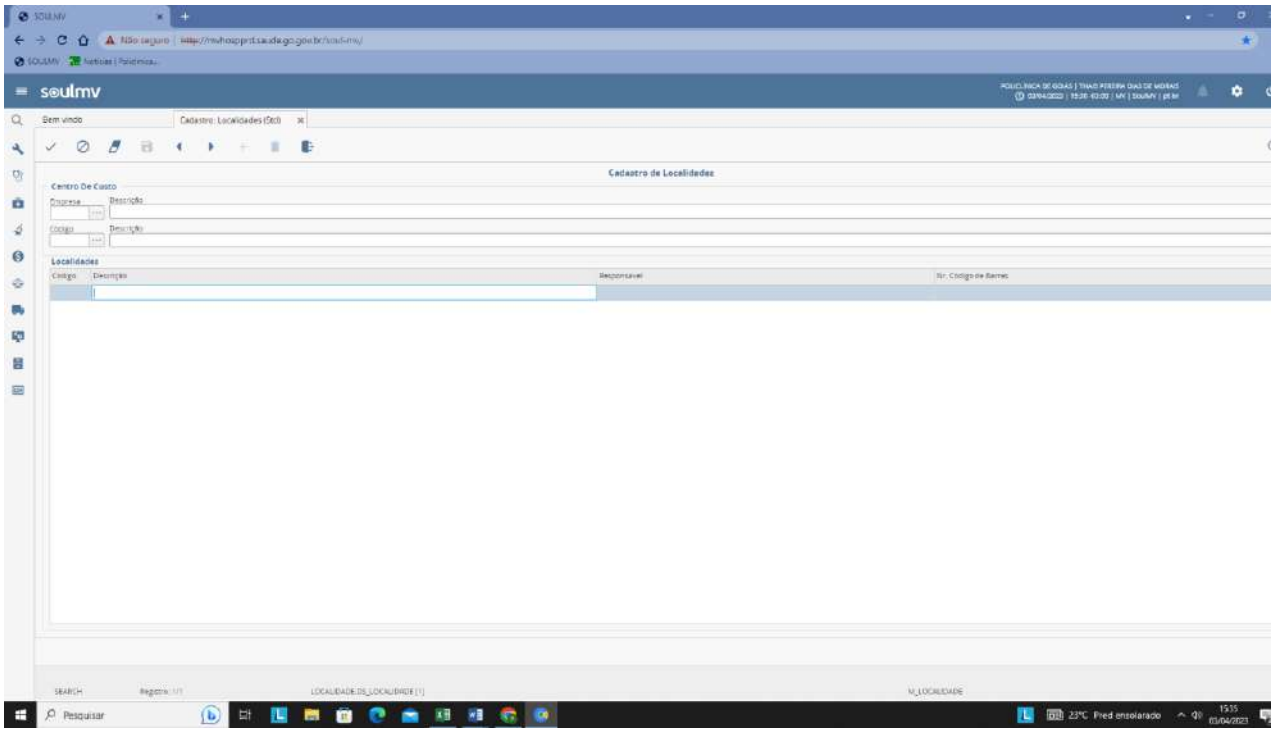
Digite o setor .(ex: administração)



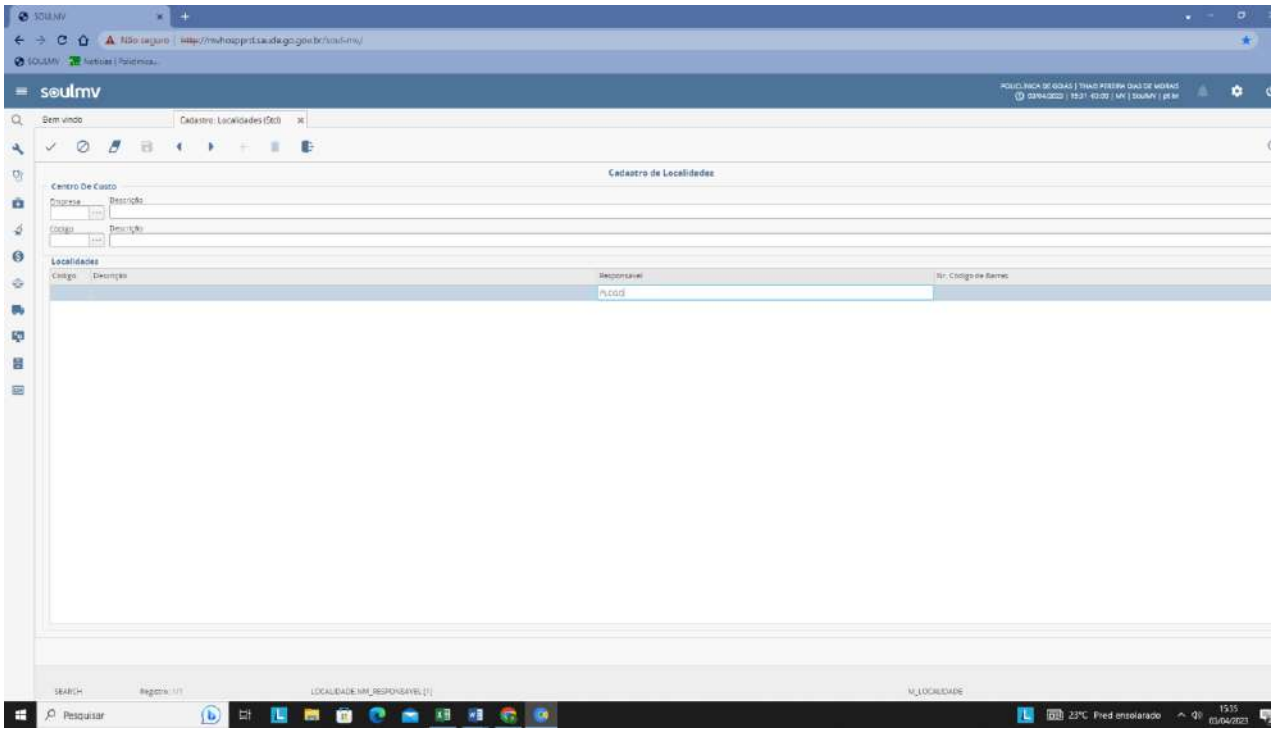
Clique no ícone: V



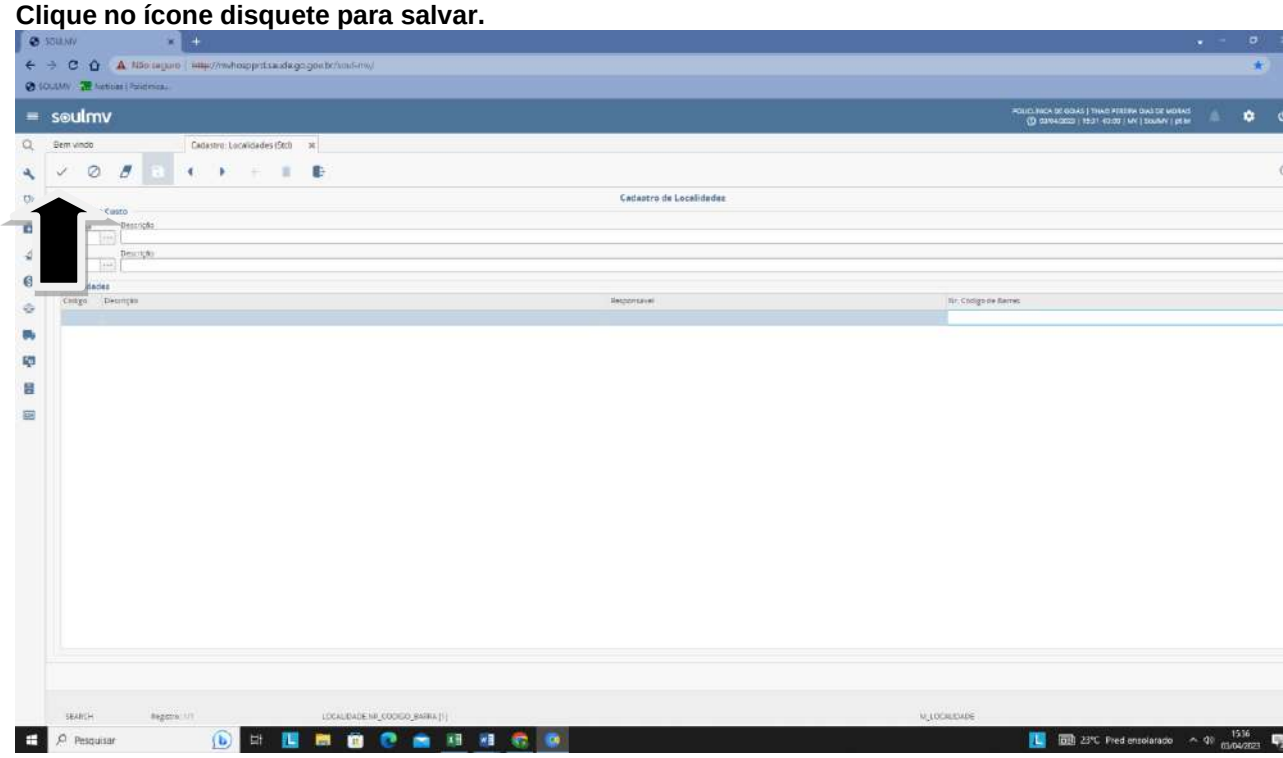
No campo descrição digite o nome da localidade



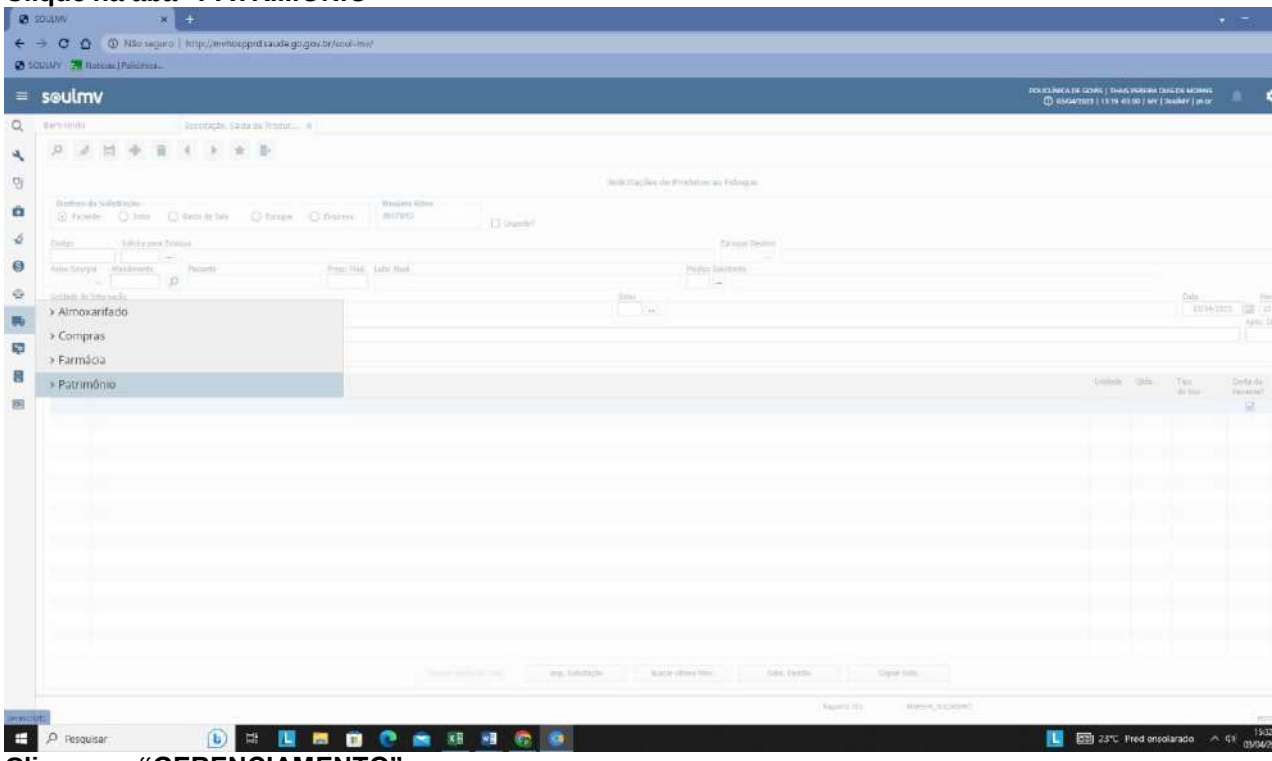
Depois responsável pelo o setor: PLCGO



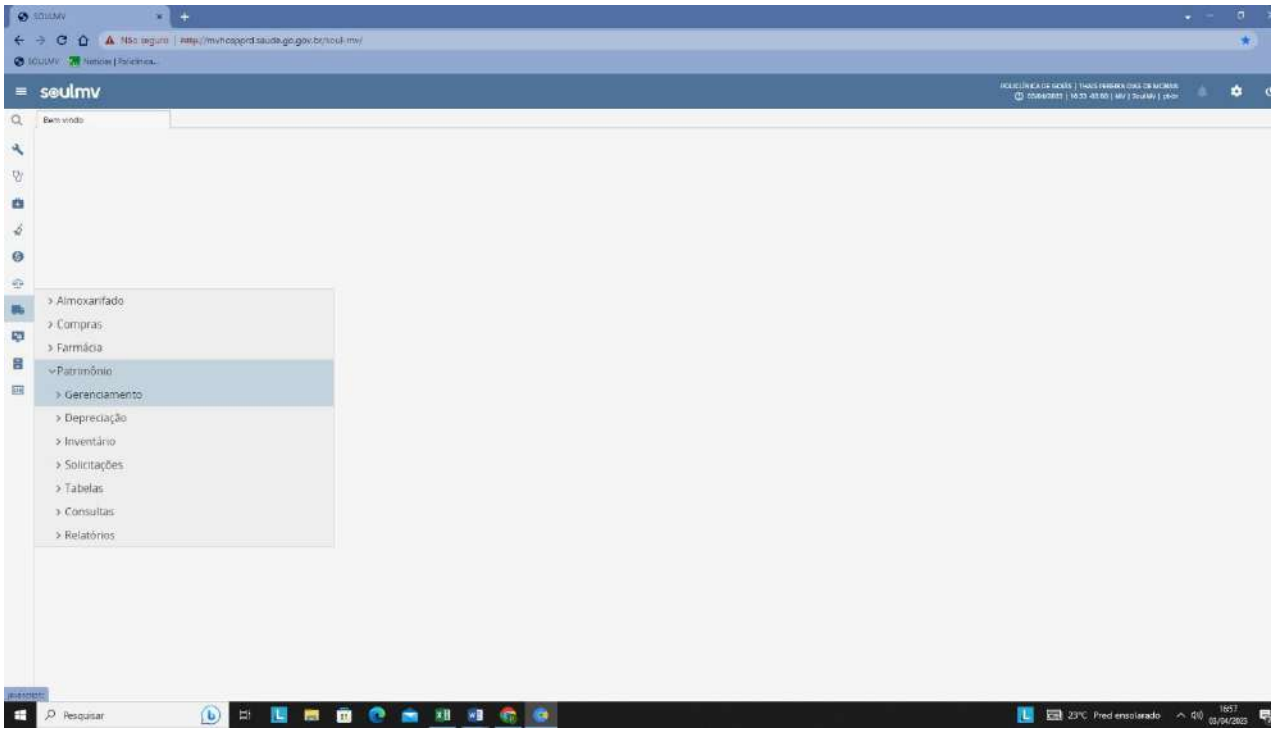
Clique no ícone disquete para salvar.



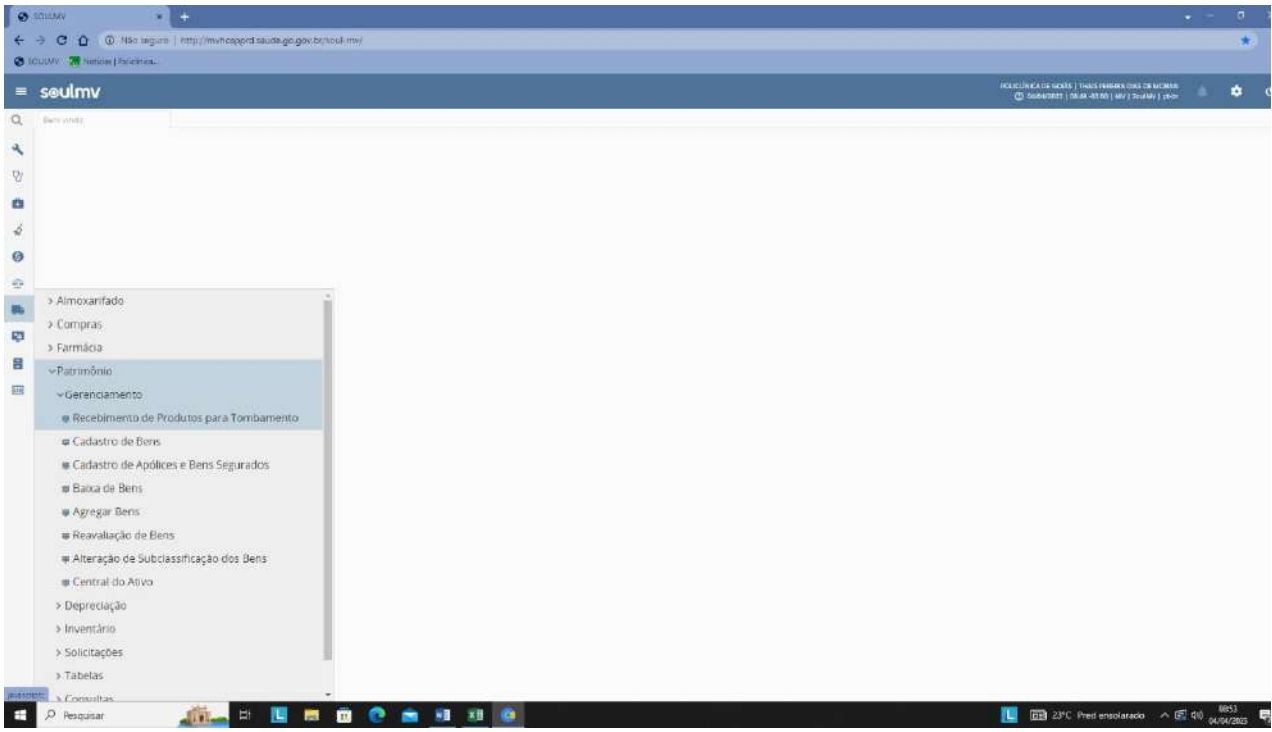
TOMBAMENTO DE BENS ADQUIRIDOS NO SISTEMA MV
Clique na aba “PATRIMONIO”



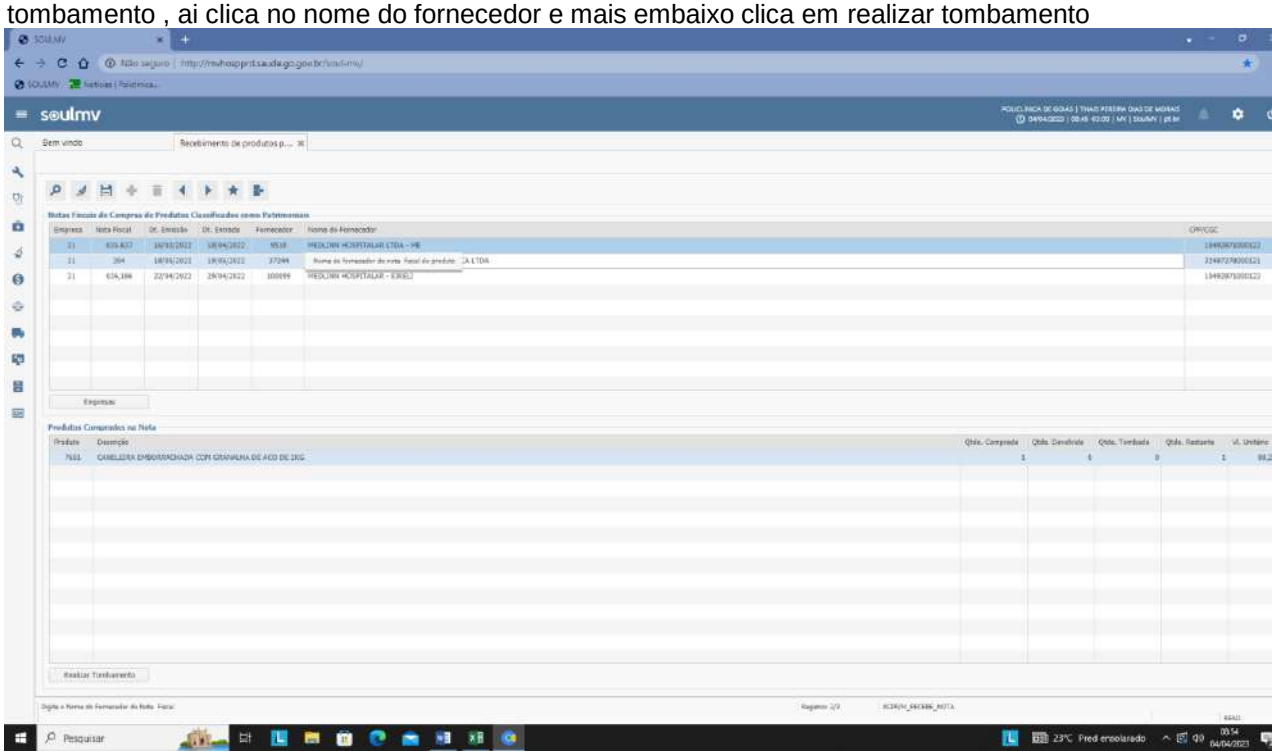
Clique em “GERENCIAMENTO”



Clicar em " RECEBIMENTO DE PRODUTOS PARA TOMBAMENTO



Assim que for lançada a nota fiscal pelo o almoxarifado, vai aparecer automaticamente na área de tombamento , ai clica no nome do fornecedor e mais embaixo clica em realizar tombamento



Assim que entrar na pagina para realizar o tombamento , tem os seguintes : 1ª descrição da plaqueta

2ª numero de serie

3ª marca

4ª modelo

5ª Especificação técnica pode ser o mesmo de que estar no Descrição do Bem

6ª Tipo de aquisição (sempre sera **COMPRA**)

7ª Classificaçao (ex: moveis e utensílios , maquinas e equipamentos)

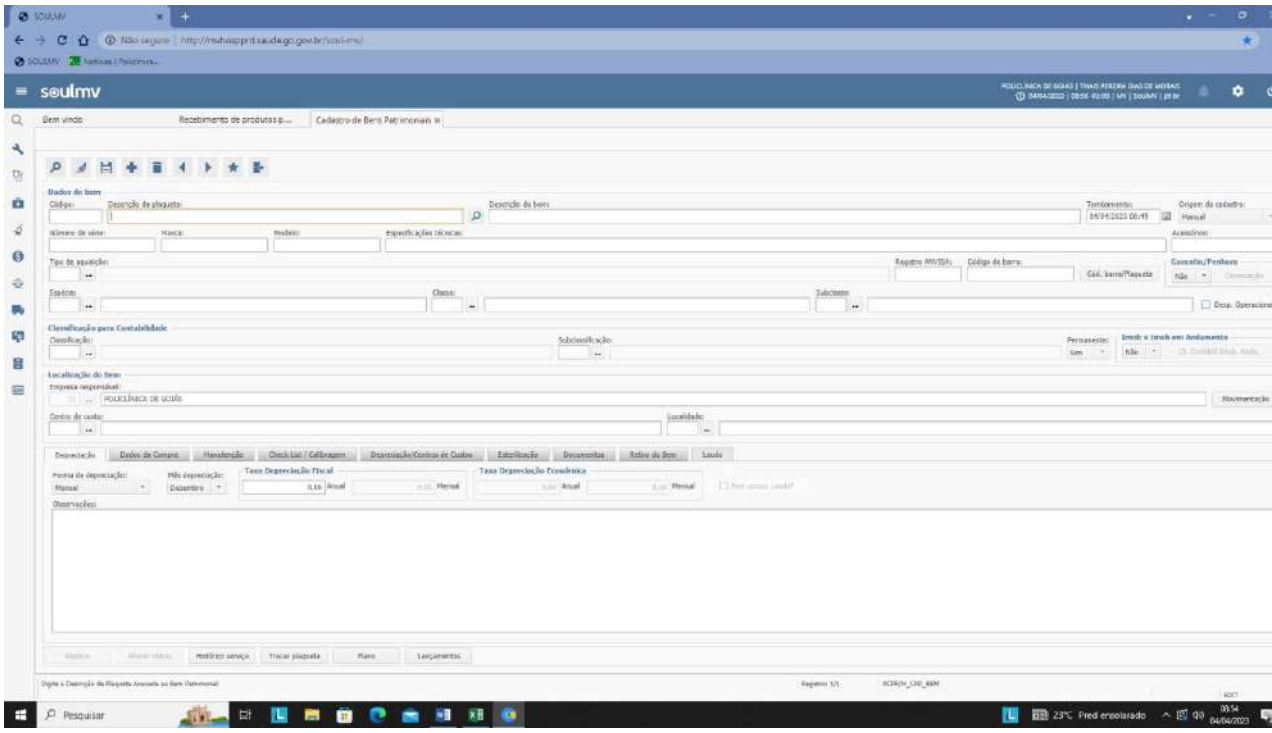
8ª Subclassificação : mesma característica de classificação

9ª centro de custo e a localidade que se encontra o bem(centro de custo : administração 3300 – localidade : diretoria 5655)

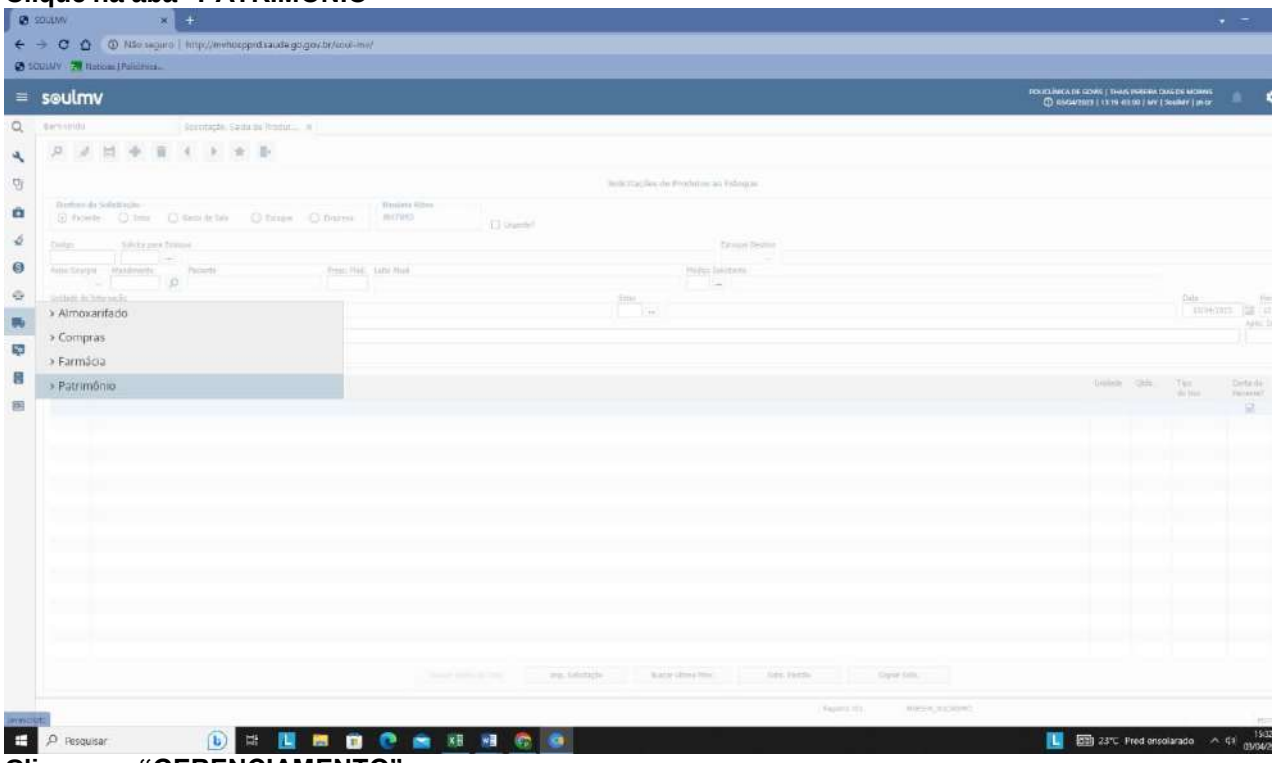
10ª depreciação – sempre vai colocar que não sofre depreciação

11ª manutenção – 365 dias

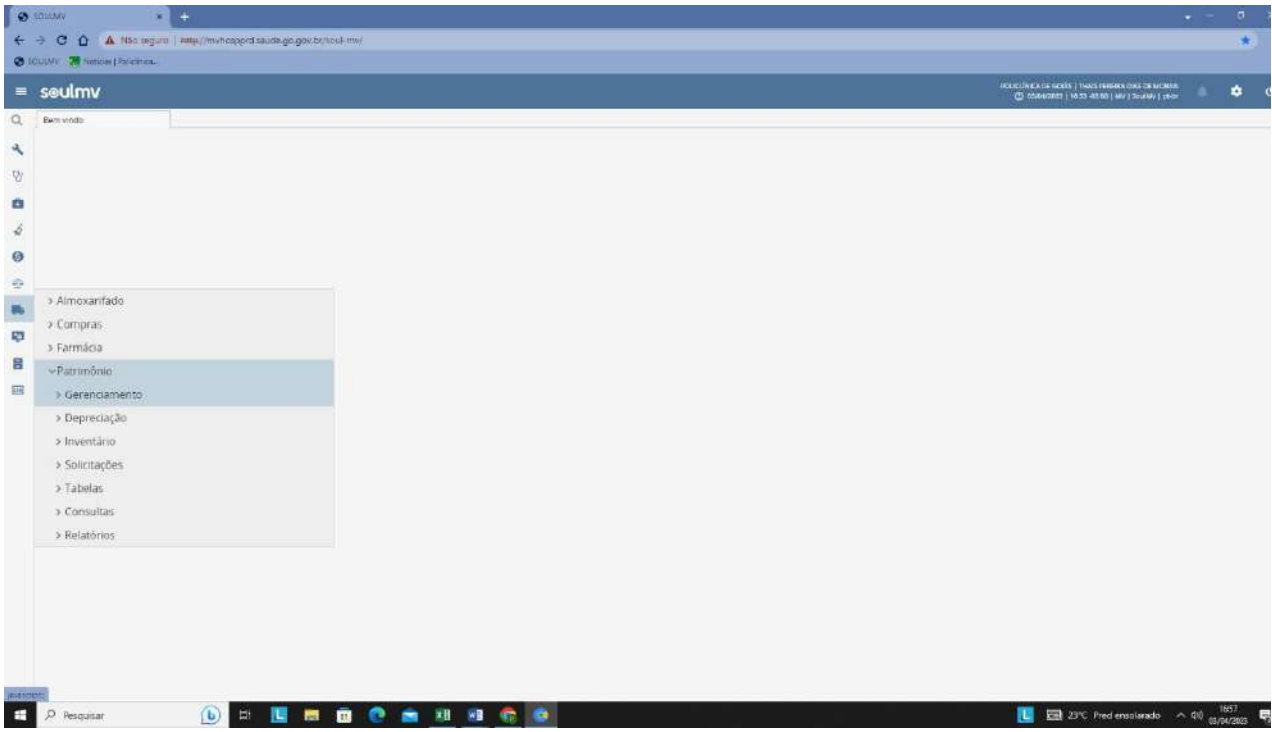
12ª vencimento e garantia da compra – sempre sera 1 ano depois da data que estiver cadastrando. E SALVAR.



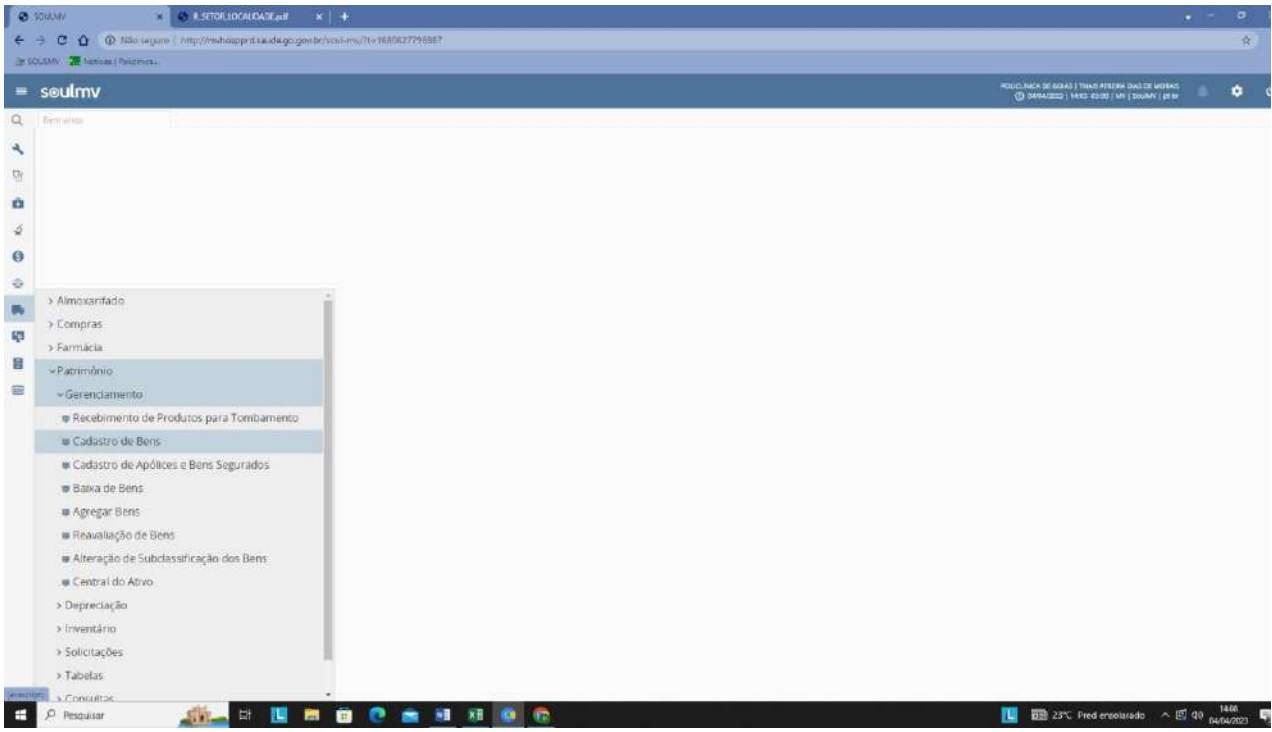
TOMBAMENTO DE BENS CEDIDOS NO SISTEMA MV
Clique na aba “PATRIMONIO”



Clique em “GERENCIAMENTO”



Clicar em cadastro de bens



Preencher os seguintes campos :

1ª descrição da plaqueta

2ª numero de serie (Se não estiver numero de serie , coloque S/N)

3ª marca

4ª modelo

5ª Especificação técnica pode ser o mesmo de que estar no Descrição do Bem

6ª Tipo de aquisição (sempre sera **DOAÇAO**)

7ª Classificaçao (ex: moveis e utensílios , maquinas e equipamentos)

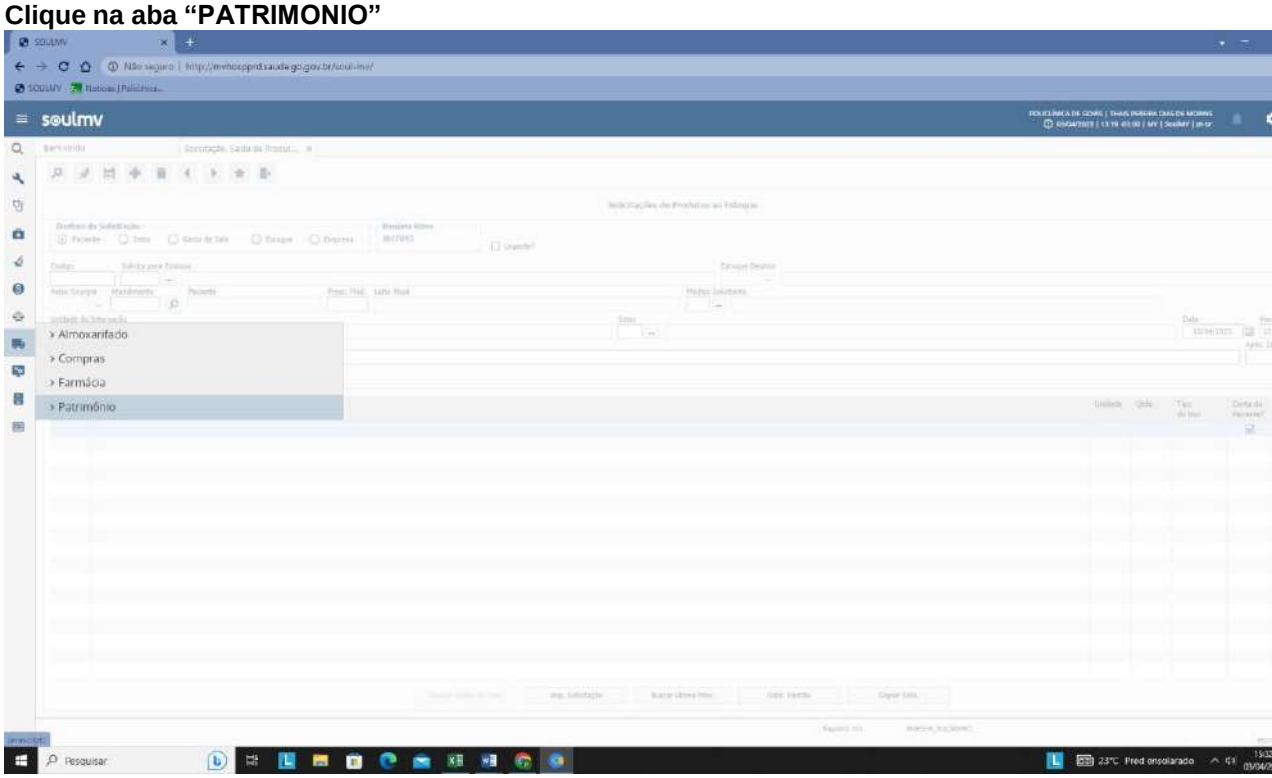
8ª Subclassificação : mesma característica de classificação

9ª centro de custo e a localidade que se encontra o bem(centro de custo : administração 3300 – localidade : diretoria 5655)

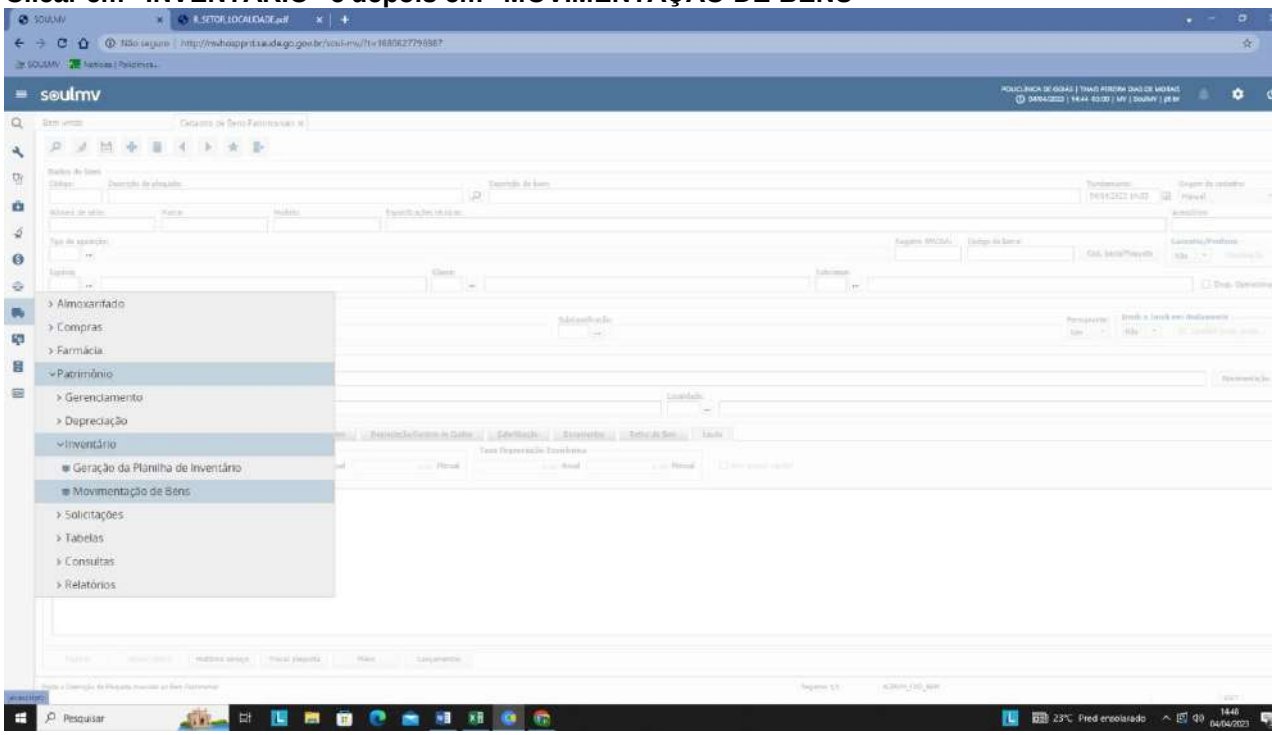
10ª depreciação – sempre vai colocar que não sofre depreciação

11ª manutenção – 365 dias , vencimento e garantia da compra – sempre sera 1 ano depois da data que estiver cadastrando. E SALVAR.

TRANSFERENCIA DE LOCALIZAÇAO
Clique na aba “PATRIMONIO”



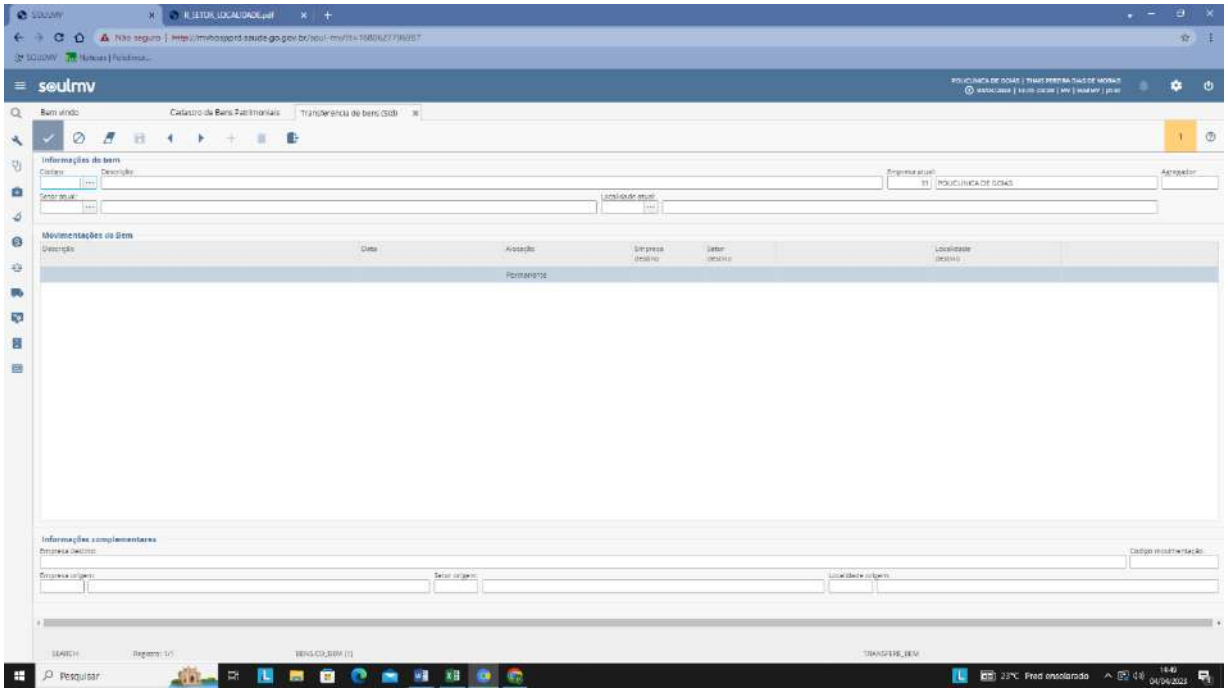
Clicar em “INVENTARIO” e depois em “MOVIMENTAÇAO DE BENS”



Assim que entrar na pagina de movimentação preencher os seguintes campos.

- Clique no ícone V
- Colocar o código do tombamento do MV
- Clicar novamente no V
- Na descrição coloca “ TRANSFERENCIA DE BEM”
- Empresa de destino coloca ‘31’
- No campo setor de destino digite o setor que ira colocar o bem

Salvar



IV. Siglas e Definições

Não atende

V. Anexos

Não atende.

VI. Referências

BARBOSA, Diego Duarte. Manual de Controle Patrimonial nas Entidades Públicas. 1ª ed. Brasília: Editora Gestão Pública, 2013. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, de 1988. DECRETO Nº 9.373, de 2018. INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 205, de 1988, da Secretaria de Administração Pública da Presidência da República (SEDAP/PR). LEI Nº 4.320, de 1964. LEI Nº 8.666, de 1993

I. Objetivos

Garantir a dispensação de medicamentos, materiais médico hospitalares, papelaria e produtos químicos que não permita ser fornecida pelo sistema de dispensação individualizado. Processo para normatizar o atendimento de solicitações eletrônicas via sistema MV para dispensação de produtos para consumo interno de acordo com a demanda.

II. Materiais

- **Computador;**
- **Documentos fiscais;**
- **Material de escritório.**

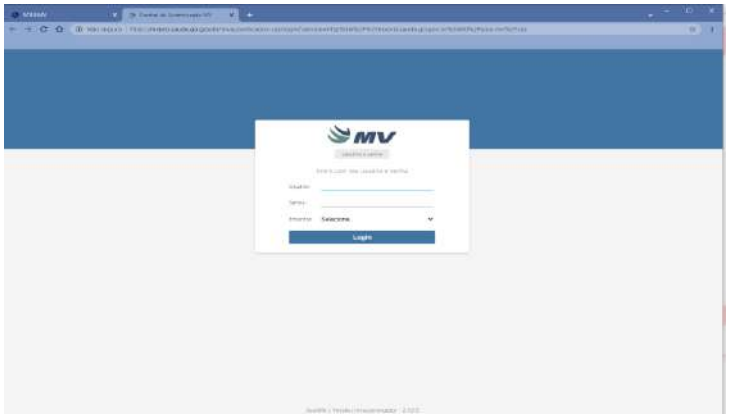
III. Descrição dos passos da atividade

CAF - 1082 ALMOXARIFADO - 855

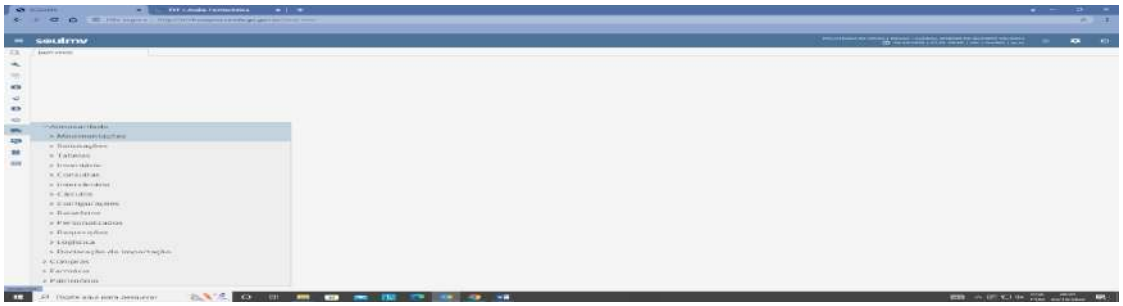
CAF- Todos os materiais que são hospitalares ex: agulha, máscara, avental,EPI etc.

ALMOXARIFADO- Todos os materiais que fazem parte de papelaria ex: lápis, caneta, tesoura, resma de papel A4 etc…

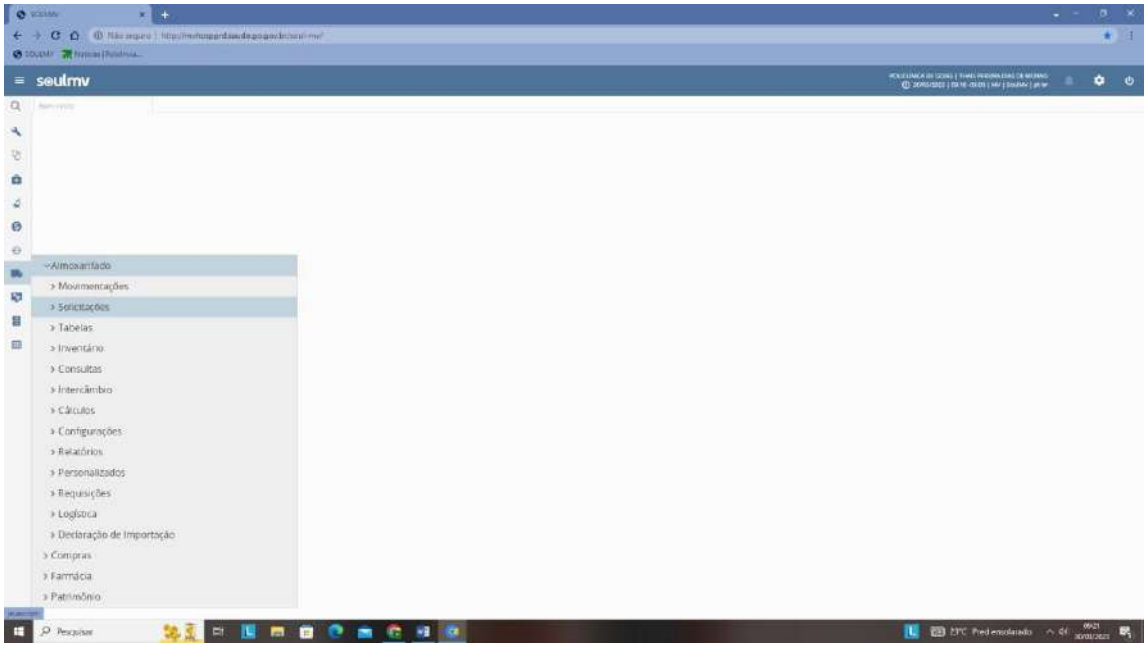
Fazer o login no sistema Soulmv;



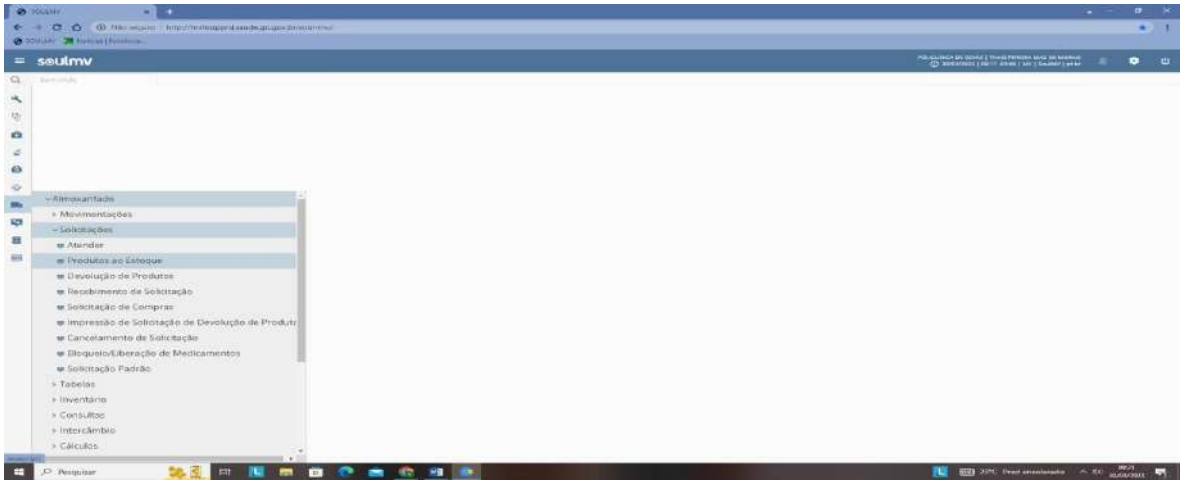
Acessar a aba almoxarifado;



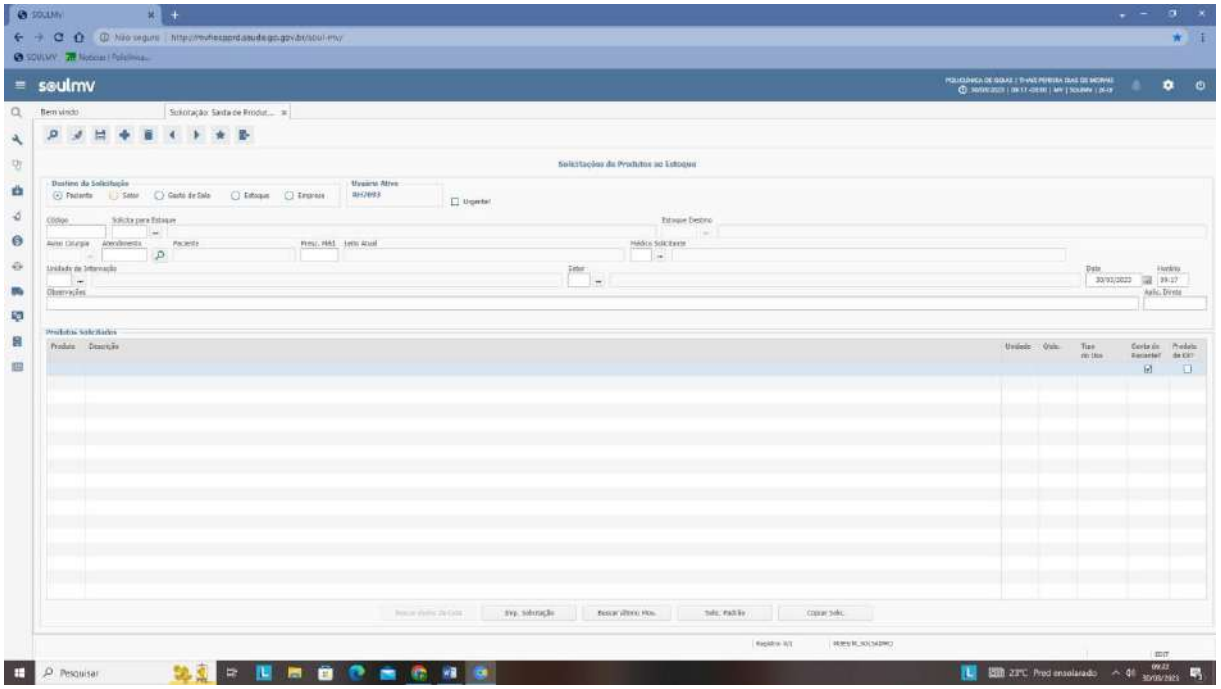
Acessar a aba solicitação



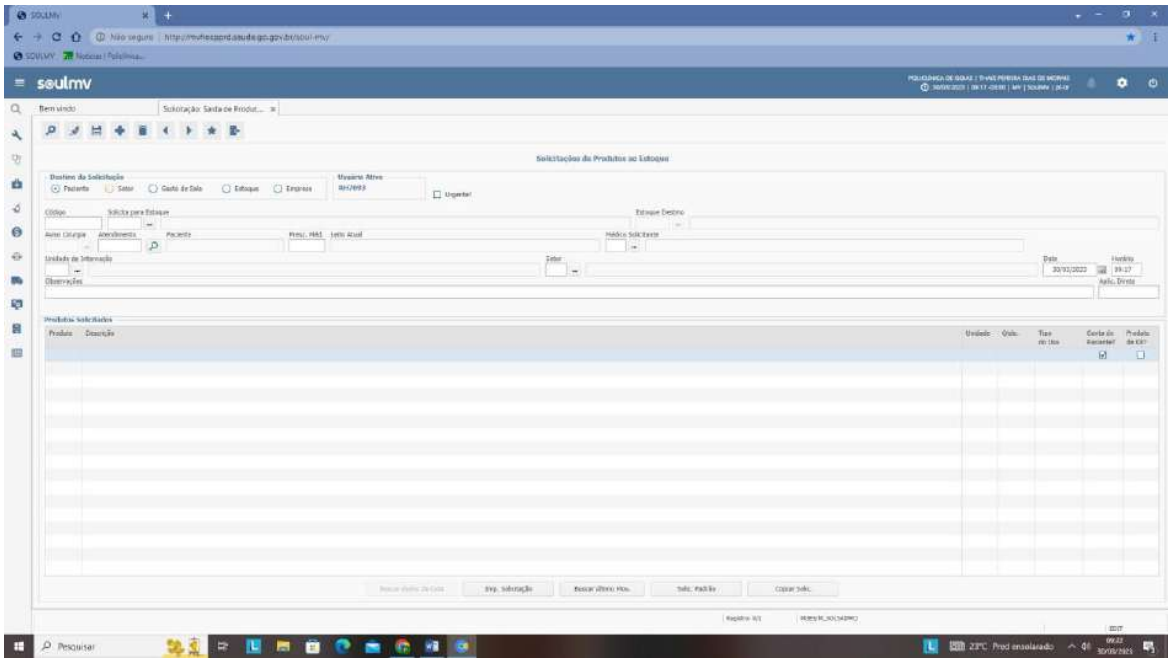
Acessar a aba produtos ao estoque



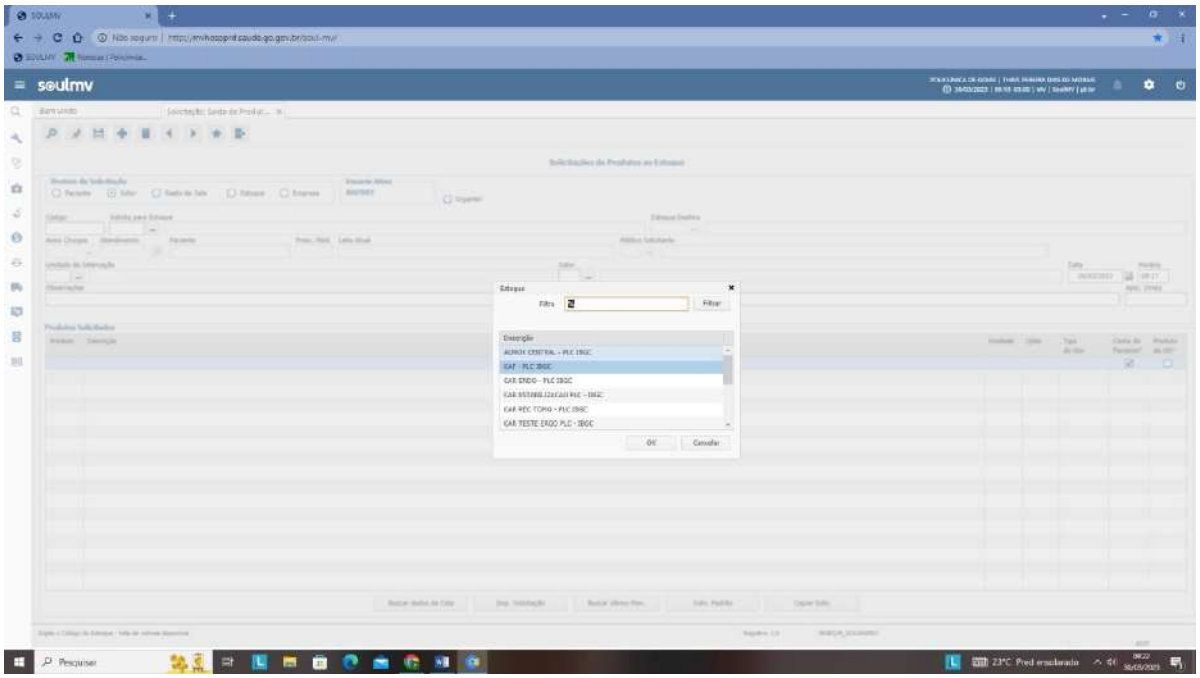
Vai clicar em setor



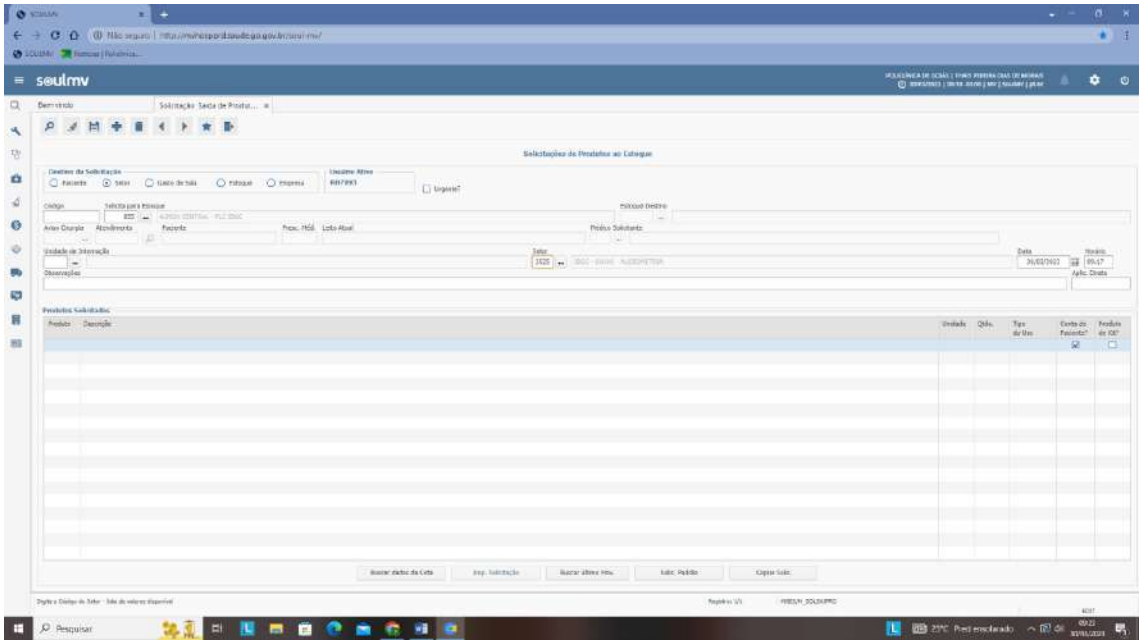
Depois em solicita para estoque



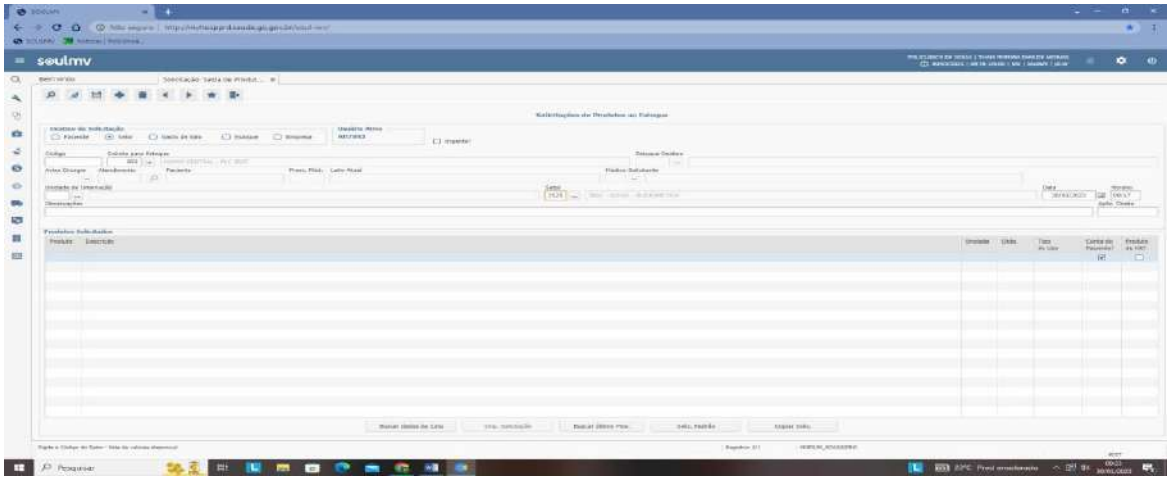
Mais em baixo clica em setor e coloca para onde vai o material.



Mais em baixo colocar o código do material e quantidade.



No rodapé da página clicar em imprimir solicitação



IV. Siglas e Definições

- CAF – Central De Abastecimento Farmacêutico;
- MV – Sistema de Gestão.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Este procedimento operacional padrão, tem como objetivo fixar procedimentos para assegurar o correto recebimento de materiais médico hospitalares e insumos pela Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, tanto em quantidade quanto em qualidade dos medicamentos.

II. Materiais

- **Caneta;**
- **Documentos fiscais.**

III. Descrição dos passos da atividade

Na chegada da transportadora à Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, o assistenteadministrativo deverá proceder da seguinte maneira:

1. Verificar no DANFE e na etiqueta dos volumes se os materiais médicos hospitalares são faturados para o Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa em questão;
2. Conferir minuciosamente a quantidade total do (s) materiais com a Nota Fiscal do fornecedor com a ordem de compra da Instituição;
3. Verificar se as condições de transporte dos materiais atendem às exigências de transporte:
   a) Realizado em caminhão baú;
   b) Temperatura e umidade adequadas no interior do veículo;
   c) Carga organizada no interior do veículo;
   d) Não concomitante com produtos químicos, solventes, inseticidas ou agrotóxicos, saneantes, tintas, óleos, perfumes e materiais com odor forte que possam impregnar no produto, alimentos in natura, e outros materiais que possam causar contaminação ou alteração na integridade e/ou nas características físico-químicas dos medicamentos.
4. Se o quantitativo de 2 itens ou mais não conferir com o DANFE, ou se for detectada avaria em grande parte da carga ou na sua totalidade, o funcionário responsável pelo recebimento deverá: Relatar o problema no verso do conhecimento da transportadora, avisar o comprador e anotando os materiais e quantidade faltante/avariada; recusar a entrega e devolver a mercadoria;
5. Verificar no ato do recebimento, além dos quantitativos:
   a) A integridade das embalagens, isto é, se há embalagens com sinais de violação e/ou danificadas (caixas amassadas, frascos trincados, quebrados, vazamentos, etc). No caso de entrega de frascos sujeitos à quebra, todas as caixas deverão ser abertas para verificar se há quebra do produto;
   b) Se há sinais de violação nos volumes. Quando a empresa é o próprio fabricante, os volumes são embalados com fita adesiva que possui a logomarca da empresa. Caso os volumes estejam com fita adesiva diferente da fita da empresa, verificar minuciosamente se as caixas não foram violadas;
   c) Se a validade do (s) lote (s) corresponde a no mínimo 75% do prazo de validade total do produto;
   d) Se tudo estiver em ordem carimbar, datar e dar continuidade no procedimento de entrada de mercadoria.

IV. Siglas e Definições

DANFE: documento auxiliar de nota fiscal eletrônica.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Este documento tem por objetivo normatizar os procedimentos para armazenamento dos materiais médicos hospitalares em local seguro, protegido da luz, do calor, da umidade, distante da parede e sem contato com o chão. Manter o setor de almoxarifado organizado de modo a otimizar o trabalho e garantir uma dispensação de materiais segura.

II. Materiais

- **Prateleiras;**
- **Etiquetas;**
- **Impressora Zebrada;**
- **Paletes;**
- **Armários.**

III. Descrição dos passos da atividade

1. Após a entrada da nota no Sistema MV Soul dos materiais, deve-se armazená-los nas prateleiras e armários organizando-os de acordo com o catalogo de endereço próprio (código de numeração), sob condições seguras preservando a qualidade e permitindo o uso do sistema PEPS (Primeiro a entrar, Primeiro a sair e considerando o prazo de validade) para movimentação dos materiais;
2. No ato do armazenamento deverá estocar os materiais nas prateleiras e armários de maneira a conservá-los em condições seguras prevenindo quedas;
3. Ao reabastecer prateleiras e armários, os mesmos deverão ser limpos com álcool 70%;
4. Grandes volumes deverão ser armazenados em área reservada para este fim sobre pallets de acordo com o tipo de materiais, volume, lote e validade. Observar o empilhamento máximo determinado pelo fabricante. As pilhas devem ser formadas de maneira que fiquem estáveis e que facilitem a contagem do estoque.

IV. Siglas e Definições

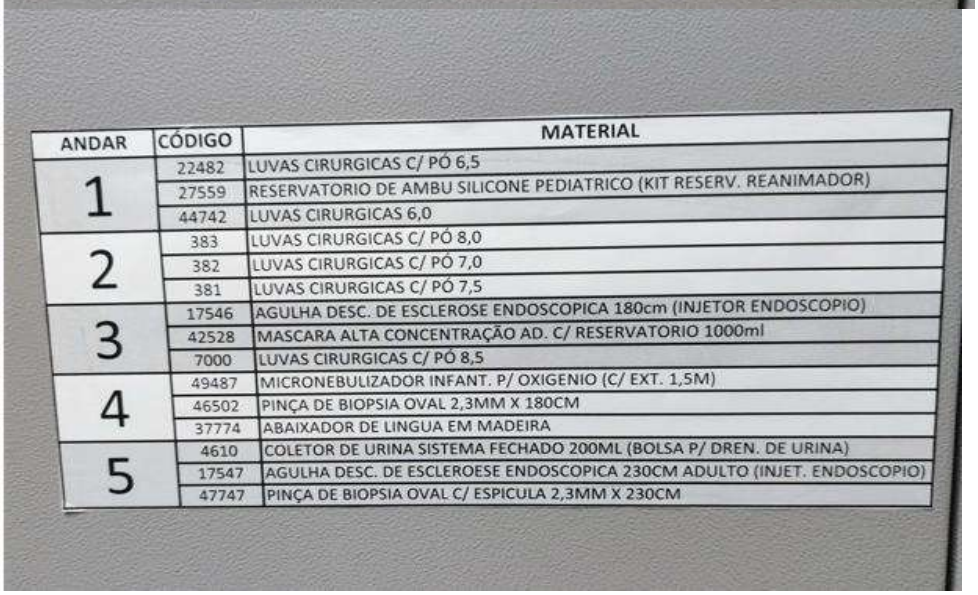
MV SOUL: Sistema de gestão.

MV PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente no MV.

V. Anexos

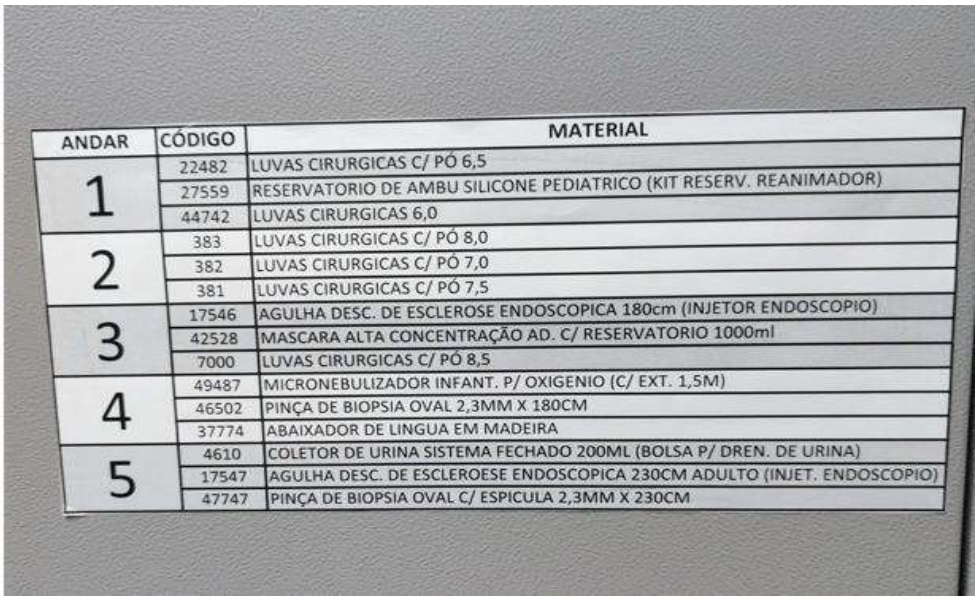
- Identificação dos itens

ANDAR	CÓDIGO	MATERIAL
1	22482	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 6,5
	27559	RESERVATORIO DE AMBU SILICONE PEDIATRICO (KIT RESERV. REANIMADOR)
	44742	LUVAS CIRURGICAS 6,0
2	383	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 8,0
	382	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 7,0
	381	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 7,5
3	17546	AGULHA DESC. DE ESCLEROSE ENDOSCOPICA 180cm (INJETOR ENDOSCOPIO)
	42528	MASCARA ALTA CONCENTRAÇÃO AD. C/ RESERVATORIO 1000ml
	7000	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 8,5
4	49487	MICRONEBULIZADOR INFANT. P/ OXIGENIO (C/ EXT. 1,5M)
	46502	PINÇA DE BIOPSIA OVAL 2,3MM X 180CM
	37774	ABAIXADOR DE LINGUA EM MADEIRA
5	4610	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 200ML (BOLSA P/ DREN. DE URINA)
	17547	AGULHA DESC. DE ESCLEROESE ENDOSCOPICA 230CM ADULTO (INJET. ENDOSCOPIO)
	47747	PINÇA DE BIOPSIA OVAL C/ ESPICULA 2,3MM X 230CM



ANDAR	CÓDIGO	MATERIAL
1	22482	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 6,5
	27559	RESERVATORIO DE AMBU SILICONE PEDIATRICO (KIT RESERV. REANIMADOR)
	44742	LUVAS CIRURGICAS 6,0
2	383	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 8,0
	382	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 7,0
	381	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 7,5
3	17546	AGULHA DESC. DE ESCLEROSE ENDOSCOPICA 180cm (INJETOR ENDOSCOPIO)
	42528	MASCARA ALTA CONCENTRAÇÃO AD. C/ RESERVATORIO 1000ml
	7000	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 8,5
4	49487	MICRONEBULIZADOR INFANT. P/ OXIGENIO (C/ EXT. 1,5M)
	46502	PINÇA DE BIOPSIA OVAL 2,3MM X 180CM
	37774	ABAIXADOR DE LINGUA EM MADEIRA
5	4610	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 200ML (BOLSA P/ DREN. DE URINA)
	17547	AGULHA DESC. DE ESCLEROESE ENDOSCOPICA 230CM ADULTO (INJET. ENDOSCOPIO)
	47747	PINÇA DE BIOPSIA OVAL C/ ESPICULA 2,3MM X 230CM

- Estocagem



ANDAR	CÓDIGO	MATERIAL
1	22482	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 6,5
	27559	RESERVATORIO DE AMBU SILICONE PEDIATRICO (KIT RESERV. REANIMADOR)
	44742	LUVAS CIRURGICAS 6,0
2	383	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 8,0
	382	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 7,0
	381	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 7,5
3	17546	AGULHA DESC. DE ESCLEROSE ENDOSCOPICA 180cm (INJETOR ENDOSCOPIO)
	42528	MASCARA ALTA CONCENTRAÇÃO AD. C/ RESERVATORIO 1000ml
	7000	LUVAS CIRURGICAS C/ PÓ 8,5
4	49487	MICRONEBULIZADOR INFANT. P/ OXIGENIO (C/ EXT. 1,5M)
	46502	PINÇA DE BIOPSIA OVAL 2,3MM X 180CM
	37774	ABAIXADOR DE LINGUA EM MADEIRA
5	4610	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 200ML (BOLSA P/ DREN. DE URINA)
	17547	AGULHA DESC. DE ESCLEROESE ENDOSCOPICA 230CM ADULTO (INJET. ENDOSCOPIO)
	47747	PINÇA DE BIOPSIA OVAL C/ ESPICULA 2,3MM X 230CM

VI. Referências

N.A.

ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial

CRITERIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS

Os serviços devem ser executados e contratados, atendendo às premissas do **REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS,** disponibilizados no sitio da Instituição (http://osshmtj.org.br) .

VISITA PRÉVIA

Torna-se opcional a visita prévia ao Hospital para melhor entendimento das condições de realização dos serviços, esta deve ser agendada com a OSS HMTJ, através do telefone 32 - 4009-2336, 32-4009 - 2337 ou 32 – 4009-2338, contato Leandro Bonoto.

A visita pode ocorrer em qualquer dia e horário, desde que informado previamente para que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus possa destinar uma pessoa para acompanhar a visita e tirar as dúvidas.

Não será aceito como justificativa para solicitação de aditivos ao valor da proposta o desconhecimento de quaisquer condições relativas à referida unidade de saúde, por parte do Proponente.

DA HABILITAÇÃO:

Os proponentes deverão apresentar a documentação abaixo relacionada, tendo pleno conhecimento de que a não regularização da apresentação da documentação no prazo estipulado implicará em sua desclassificação e na impossibilidade de ser efetivada a contratação, sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços da OSS HMTJ.

Caso a empresa seja escolhida para prestar o serviço, deverá manter tal documentação atualizada mensalmente, sendo essa atualização fator determinante para a realização do pagamento mensal.

1	Cópia do RG, CPF ou CNH do responsável da empresa
2	Cópia da Certidão de Regularidade Técnica da empresa vigente de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
3	Cópia da Certidão de Regularidade Técnica vigente do profissional especializado de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
4	Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual

5	Cópia do Cartão CNPJ
6	Cópia do Alvará de Localização vigente (se aplicável)
7	Cópia do Alvará de Vigilância Sanitária vigente (se aplicável)
8	Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata
9	Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
10	Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
11	Cópia da Certidão Negativa do FGTS
12	Dados Bancários PJ

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Vigia e Vigilância

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Apresentar Licença/ Certificado emitido pela Polícia Federal para funcionamento;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aosfuncionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Certificado de Curso de Formação de Vigilantes e referências no ramo específico daequipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo Acordo, Convenção ou Dissídio Coletivo de Trabalho: Uniforme masculino Calça / Camisa de mangas compridas e curtas / Cinto / Sapatos
  / Meias / Quepe com emblema Jaqueta de frio ou Japona / Capa de chuva / Coletebalístico nível 2 / Crachá / Cinto com coldre e baleiro / Munição calibre 38 / Distintivo tipo Broche / Cassetete / Porta Cassetete / Apito / Cordão de Apito / Lanterna para 3 pilhas grandes / Pilhas para lanterna; Uniforme feminino Calça e Saia / Camisa de mangas compridas e curtas / Cinto / Sapatos / Meias / Casaco defrio Distintivo tipo Broche / Crachá;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniformee equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos, nosregimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra

oferecidapara atuar nas instalações da Administração;

Serviço de Vigilância em unidades de saúde

A vigilância em unidades de saúde é essencial para que as pessoas que chegam ao local possam ter toda atenção na recuperação de sua saúde ou a um familiar que está recebendo cuidados médicos.

O serviço de vigilância é importante para a proteção e ordem nesses ambientes, onde há uma grande ocupação e transição contínua de pacientes, visitantes e funcionários.

A vigilância patrimonial é indispensável para manter a ordem em um ambiente de saúde.

As providências mais comuns são a proteção de entrada permitida e não permitida, o controle de acesso, o controle de acesso de veículos e de materiais.

Além dessas existem outras práticas, como:

- Supervisão e rondas 24 horas;
- Precaução de roubos e furtos;
- Avaliação de risco e insegurança dos pacientes e funcionários do ambiente protegigo;
- Controle de acessos (mercadorias, pedestres).

A segurança patrimonial em unidades de saúde visa proteger, combater ou diminuir as infrações que possam acontecer. Como o movimento dentro de uma unidade acontece a partir de um número grande de pessoas, o controle de acesso é uma medida que deve ser brevemente implantada, para uma maior segurança e tranquilidade entre médicos, enfermeiros, pacientes, acompanhantes e outros funcionários.

O monitoramento por imagens também é uma importante ação, com ele é possível minimizar ações de violência, furtos e roubos no ambiente hospitalar. Através da captação e gravação de imagens, é viável um conforto maior para a equipe que trabalha no hospital e para os pacientes.

Outro fator relevante é que o volume de mercadorias como remédios, equipamentos e materiais cirúrgicos nos hospitais também é grande, e é preciso que eles sejam armazenados de forma segura. A partir do controle de estoque com o auxílio da segurança é possível proteger esses materiais evitando roubos.

OBS 1: Para os serviços de Limpeza e Manutenção Predial não iremos terceirizar. Contratação será Primarizada via CLT. Seguirá os critérios do RH de Contratação.

REGULAMENTO INTERNO PARA A AQUISIÇÃO DE BENS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E PESSOAL FO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras, serviços e pessoal, bem como, aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público, repassados no âmbito de contratos de gestão celebrados entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, doravante simplesmente "HMTJ" ou "OSS", e o Poder Público.

Parágrafo único. Este Regulamento é de observância obrigatória para a celebração de negócios jurídicos com a utilização de repasses, recursos e bens públicos, no âmbito do cumprimento de obrigações assumidas em Contratos de Gestão firmados entre o HMTJ e o Poder Público

Art. 2º O cumprimento das normas do presente Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, para a OSS, no desempenho de suas atividades.

Art. 3º Todo o processo de compras, contratações de obras, serviços e pessoal, locações e demais despesas que se fizerem necessárias, deverá ser instruído e registrado na forma deste Regulamento, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

Art. 4º As contratações e o processo de seleção de fornecedores, prestadores de serviços e pessoal reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade administrativa, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade, plausibilidade e celeridade.

Art. 5º É garantido ao HMTJ, em qualquer fase do processo de seleção, desde que antes à celebração do contrato, o direito de revogar o procedimento de escolha, ou recusar-se a proceder à contratação do vencedor.

Parágrafo Único. O exercício do direito definido no *caput* não se condiciona a prévia motivação e não gera aos concorrentes qualquer espécie de direito de preferência ou à indenização.

Art. 6º Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I - Serviço: o trabalho locado de qualquer natureza por pessoas físicas ou

jurídicas, necessário ao funcionamento da OSS e ao cumprimento das obrigações assumidas nos Contratos de Gestão;

II - Obra: os trabalhos de engenharia e de arquitetura destinados à construção, reparos e modificações de bens imóveis;

III - Compra: toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

IV - Contrato: instrumento que estabelece os deveres e as obrigações das partes contratantes;

V - Elementos Técnicos: informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas, especificações e normas técnicas, padrões de qualidade, durabilidade e desempenho, marcas ou modelos de componentes e equipamento;

VI - Notória Especialização: título detido por profissional ou empresa cujo conceito, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, se destaca no respectivo campo de atuação;

VII - Edital de Seleção: ato destinado a dar publicidade ao processo seletivo do HMTJ, ao seu objeto, condições e regras;

VIII - Seguro-Garantia: seguro a ser firmado pelo concorrente com instituição financeira de primeira linha, dentro de 15 dias a contar da celebração do contrato, destinado a assegurar o integral cumprimento das obrigações assumidas pelo contratado;

IX - Sistema de Registro de Preços: conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras;

X - Ata de Registro de Preços: documento vinculativo, obrigacional, com características de compromisso para futura contratação, em que se registram os preços, fornecedores e condições a serem praticadas, conforme as disposições contidas no instrumento convocatório e propostas apresentadas;

XI - Pregão Eletrônico: modalidade de escolha para aquisição de bens ou serviços cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos, por meio de especificações usuais no mercado, em portal eletrônico revestido de segurança e transparência;

XII - Projeto básico: conjunto de elementos necessários e suficientes com nível de precisão adequado para caracterizar a obra ou o complexo de obras, elaborado com

base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, e que possibilite a avaliação do custo da obra e a definição dos métodos e do prazo de execução;

XIII - Projeto executivo: conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;

XIV - Cronograma físico-financeiro: documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO

Seção I – Da Fase Interna

Art. 6º O procedimento interno para aquisição de bens e contratação de obras ou serviços será iniciado com a abertura de termo formalizado e numerado, pelo Departamento de Compras, contendo:

I Solicitação com a indicação de seu objeto;
II Autorização da despesa pelo responsável;
III Relatório do Departamento de Compras; e
IV Parecer do Departamento Financeiro.

Parágrafo único. Em todas as modalidades previstas neste Regulamento, a empresa vencedora deve comprovar sua regularidade jurídico-fiscal para prestação do objeto contratado.

Art.7º Quando for necessário, a solicitação deverá conter elementos técnicos, projeto básico ou projeto executivo do objeto a ser contratado.

Art.8º Considera-se autorizada a despesa com a manifestação positiva do Departamento Financeiro, contendo indicação do valor estimado para a futura operação.

Art. 9º O relatório que trata o Art. 6º, inciso III, deve ser aprovado pelo responsável do Departamento de Compras, indicando de maneira fundamentada:

I o modelo de certame que melhor se coadune com o objeto, considerando os objetivos fundamentais e princípios norteadores deste Regulamento; ou

II a Dispensa ou inexigibilidade de processo de seleção, nos termos do art.

10, deste Regulamento.

Art. 10 O Processo de Seleção poderá ser dispensado nos seguintes casos:

I - Aquisição de bens ou contratação de serviços ou obras que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a R$ 10.000,00 (dez mil reais), que deverão, necessariamente, ser adquiridos/contratados através de empresas mediante apresentação de Nota Fiscal;

II - Nos casos de grave perturbação da ordem, calamidade pública, epidemias ou alertas emitidos pela Agência Nacional de Saúde;

III - Quando a operação envolver concessionário de serviço público e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;

IV - Para aquisição de hortifrutigranjeiros e gêneros perecíveis, com base no preço do dia;

V - Para a compra de materiais, equipamentos ou gêneros padronizados, quando não for possível estabelecer critério objetivo para o julgamento das propostas;

VI - Na aquisição de componentes ou peças necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de vigência da garantia técnica, junto a fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição for indispensável para a vigência da garantia;

VII - Para a locação de bem imóvel destinado à prestação de serviços do HMTJ, cujas características de instalação ou localização condicionem a sua escolha;

VIII - Quando não acudirem interessados ao procedimento anterior, e esta não puder ser repetida sem prejuízo à OSS, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas; e

IX - Nos casos de comprovada urgência/emergência, caracterizados pela necessidade imediata do bem a adquirir ou serviço a contratar, sob pena de descumprimento do contrato de gestão firmado com o Poder Público ou de prejuízo ao adequado atendimento dos pacientes.

Art. 11 É inexigível o Processo de Seleção quando houver inviabilidade de competição, em especial nos casos de:

I- Aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;

II - Contratação de serviços técnicos, de natureza singular, a serem prestados por profissionais ou empresas de notória especialização, tais como:

a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
c) Assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras, jurídica ou tributárias;
d) Patrocínio ou defesa em causas judiciais ou administrativas;
e) Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal; e
f) Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços.

III - Para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública;

IV - Para a obtenção de licenciamento de uso de software com o detentor de sua titularidade autoral, sem distribuidores, representantes comerciais, ou com um destes na hipótese de exclusividade, comprovada por documento hábil; e

V - Para a formação de parcerias, convênios, consórcios e outras formas associativas, objetivando o melhor desempenho de atividades da OSS.

Art. 12 Nos casos em que o objeto não se adequar às hipóteses descritas nos artigos 10 e 11 deste Regulamento, será necessário que o Departamento de Compras especifique, fundamentadamente:

I - A espécie do Ato Convocatório para os interessados no certame, levando em conta as peculiaridades do caso e os interesses do Serviço Público prestado pela OSS;

II - Os critérios objetivos para o julgamento da melhor proposta; e

III - A forma de julgamento.

Parágrafo único. A critério da OSS, procedimentos poderão ser suprimidos quando a urgência na contratação demandar maior celeridade, sempre de forma motivada e justificada.

Seção II – Da Fase Externa

Art. 14 O Departamento de Compras da OSS deverá escolher pela modalidade de convocação que melhor se adeque às particularidades do caso concreto, utilizando-se, por exemplo, do Pedido de Cotação, Edital de Seleção ou Ata para Registro de Preços.

Art. 15 O procedimento de Pedido de Cotação poderá ser adotado para aquisição de bens ou contratação de obras e serviços que, individualmente consideradas, representem o dispêndio anual de, até, R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais), mediante solicitação direta de propostas, contendo detalhamento do objeto contratado, para 3 (três), ou mais, empresas especializadas, objetivando melhor economicidade à OSS.

Parágrafo único. Além da economicidade financeira imediata, representam peso relativo para a avaliação das propostas recebidas, dentre outros, os seguintes fatores:

I - Custos de transporte e seguro até o local da entrega;

II - Forma e prazo de pagamento;

III - Prazo de entrega;

IV - Custos para a utilização do produto ou bem adquirido/locado, eficiência e compatibilidade;

V - Durabilidade do produto ou bem;

VI - Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

VII - Qualidade do produto; e

VIII - Assistência técnica e garantia.

Art. 16 A OSS poderá optar pela modalidade Edital de Seleção, obrigatório para a aquisição de bens ou contratação de obras e serviços que, individualmente consideradas, representem o dispêndio anual superior a R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais), que deverá ser integralmente publicado no seu sítio eletrônico, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias corridos da data designada para entrega das propostas.

Parágrafo único. Com o objetivo de aumentar a competitividade e assegurar a presença do maior número possível de interessados, poderá a OSS enviar o Edital de Seleção e/ou o respectivo Termo de Referência, por meio eletrônico, para as principais empresas do ramo, com antecedência adequada.

Art. 17 São requisitos do Edital de Processo Seletivo:

I - Conter o detalhamento do seu objeto, com o respectivo projeto, quando exigível, normas e elementos técnicos pertinentes;

II - Conter a informação expressa de que as disposições deste Regulamento são consideradas parte integrante do Edital e respetivo processo seletivo;

III - Fornecer a discriminação da natureza e o valor da garantia a ser apresentada em conjunto com a proposta, quando aplicável;

IV - Fornecer as condições para a habilitação dos interessados, tais como as exigências necessárias de natureza técnica, jurídica e fiscal;

V - Informar o critério objetivo para julgamento das propostas apresentadas;

VI - Indicar o prazo de validade das propostas dos interessados;

VII - Fornecer as Condições de envio das propostas;

VIII - Conter a exigência de declaração de concordância dos concorrentes com as condições estabelecidas em contrato, cuja minuta acompanhará o edital;

IX - Conter previsão expressa de que a OSS poderá revogar o processo de seleção a qualquer tempo, desde que antes da celebração do contrato respectivo, sem que disso resulte, para os concorrentes, direito a reclamação, preferência ou indenização; e

X - Outras exigências que o Departamento de Compras julgar necessárias ao regular desenvolvimento do procedimento.

Art. 18 O resultado do certame será formalizado através de Relatório do Departamento de Compras (Relatório de Resultado de Processo Seletivo), devidamente fundamentado, narrando todos os aspectos importantes do procedimento e apresentando a classificação final e o respectivo vencedor.

Parágrafo único. São requisitos do Relatório de Resultado de Processo Seletivo:

I - os nomes do vencedor e demais concorrentes;

II - objeto da contratação;

III - os valores unitários e totais das propostas; e

IV - a vigência da contratação.

Art. 19 É garantido aos participantes do certame o direito de interpor recurso, no prazo de 3 (três) dias corridos a contar da publicação do resultado, a ocorrer no sítio eletrônico do HMTJ, no endereço disponibilizado no edital.

§ 1.º Será aberto igual prazo para os interessados apresentarem contrarrazões ao recurso.

§ 2.º A decisão final deverá ser publicada em até 5 (cinco) dias úteis, no sítio da OSS.

Art. 20 A OSS poderá formar Ata de Registro de Preço, quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes para abastecimento regular.

Art. 21 O Procedimento de Registro de Preços poderá ser adotado nas seguintes hipóteses:

I - Quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes;

II - Quando for conveniente a aquisição de bens com previsão de entregas parceladas ou contratação de serviços remunerados por unidade de medida ou em regime de tarefa; e

III - Quando, pela natureza do objeto, não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela OSS.

Art. 22 Para formação da Ata de Registro de Preços será adotado, preferencialmente, o pregão e será precedida de ampla pesquisa de mercado, devendo conter no instrumento convocatório:

I - A especificação ou descrição do objeto, que explicitará o conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para a caracterização do bem ou serviço;

II - Estimativa de quantidades a serem adquiridas;

III - Condições quanto ao local, prazo de entrega, forma de pagamento, e nos casos de serviços, quando cabível, frequência, periodicidade, características do pessoal, materiais e equipamentos a serem utilizados, procedimentos, cuidados, deveres, disciplina e controles a serem adotados;

IV - Prazo de validade do registro de preço, que não poderá superar 12 (doze) meses, garantida renovação por igual período;

V - Penalidades por descumprimento das condições;

VI - Minuta da ata de registro de preços como anexo; e

VII - Realização periódica de pesquisa de mercado para comprovação da manutenção da economicidade do procedimento.

Art. 23 Desde que devidamente justificada a economicidade, a OSS poderá aderir a qualquer ata de registro de preços feita por Órgão Público integrante da Administração Pública.

Seção III – Da Aquisição de Medicamentos, Materiais e Demais Insumos Médico-Hospitalares.

Art. 24 A aquisição de Medicamentos, Materiais e Demais Insumos Médico-Hospitalares será realizada através de plataforma web (www.apoiocotacoes.com.br), ou através de plataforma congênere, que congrega todos os principais fornecedores de insumos médico-hospitalares do país.

Art. 25 Os pedidos de cotações e as aquisições de Medicamentos, Materiais e Demais Insumos Médico-Hospitalares serão feitos em bases mensais, com discriminação de itens e quantitativos condizentes com a demanda também mensal do HMTJ, e serão dirigidas às unidades de saúde por ele geridas, segundo as suas demandas individuais.

Art. 26 É indispensável, à validade das aquisições efetuadas por intermédio da plataforma mencionada no art. 24, deste Regulamento, a apresentação, por item requisitado, de ao menos 3 (três) propostas apresentadas por 3 (três) fornecedores distintos.

Seção IV – Da contratação de obras

Art. 27 Para a realização de obras deverão ser elaborados, previamente, os projetos básicos e executivos, bem como o cronograma físico –financeiro.

Art. 28 Na elaboração dos projetos básicos e executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos: segurança, funcionalidade e adequação, facilidade na execução, conservação e operação, acessibilidade, adoção das normas técnicas adequadas, avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.

Parágrafo único. O início da execução da obra contratada por intermédio deste regulamento, será obrigatoriamente precedido da conclusão e aprovação do parceiro público.

Art. 29 Poderá a OSS, para resguardar o interesse público da operação, exigir garantias financeiras do responsável pela execução da obra, tais como caução em dinheiro e seguro-garantia.

Seção V- Da Contratação de Pessoal

Art. 30 Os procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal serão realizados pela área de Recursos Humanos do HMTJ, por meio de técnicas e pessoal capacitado, facultada a realização por terceiro interposto, total ou parcialmente, obedecidos em quaisquer casos os procedimentos estabelecidos neste regulamento, bem como as disposições da Lei nº 13.429/2017.

Art. 31 A Gerência de Recursos Humanos do HMTJ será a responsável por orientar os procedimentos para o recrutamento e seleção de pessoal.

Parágrafo Único: A abertura do processo de recrutamento e seleção se dará mediante autorização expressa do Diretor Presidente.

Art. 32 A contratação de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser interna, externa ou mista.

Art. 33 O comunicado do recrutamento ocorrerá por meio de divulgação do Edital de Seleção respectivo, observadas as normas dos arts. 17 a 19, deste Regulamento.

Art. 34 São requisitos específicos do Edital de Seleção de Pessoal:

I - a indicação dos cargos disponíveis e respectivos números de cagas;

II - a carga horária, o salário e eventuais benefícios, individualizados por cargo;

III - o perfil básico exigido para o cargo; e

IV - as etapas do processo seletivo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, bem como a indicação do formato, local, data e horários de sua realização.

Art. 35 A seleção dos candidatos se dará obedecendo os critérios e exigências tecnicamente admitidos, por meio de entrevista e análise curricular, podendo ser conjugada a outros instrumentos, como avaliação psicológica comportamental, comprovação de experiência e/ou habilidade técnica-operacional, provas situacionais, entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previsto e divulgado no edital.

Art. 36 A prova escrita é a etapa da seleção que consistirá em avaliar o candidato nas disciplinas de conhecimento geral e/ou específicos referentes à função que exercerá.

Art. 37 A análise curricular é a etapa de seleção que consistirá na verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido.

Art. 38 A avaliação psicológica e comportamental é a etapa da seleção que consistirá em entrevista e/ou aplicação de testes comportamentais.

Art. 39 A entrevista técnica é a etapa de seleção que tem por objetivo verificar as informações contidas no currículo, as habilidades do candidato, domínio na área pretendida, disponibilidade para atuar em conformidade com as exigências do cargo e determinações legais, bem como disponibilidade para início das atividades e condições de cumprimento dos horários estabelecidos.

Art. 40 O remanejamento de empregados e critérios de preenchimento de cargos poderá ocorrer mediante avaliação de desempenho, recrutamento interno, necessidade, oportunidade e conveniência do HMTJ, desde que autorizado pela Direção do HMTJ e obtida a concordância do empregado a remanejar.

Parágrafo Único - O remanejamento só poderá ser autorizado com a condição de não acarretar prejuízos e/ou transtornos à área de origem, nem ao empregado remanejado, ressalvado o disposto na CLT e legislação esparsa.

Art. 41 A contratação de empregados para ocupar os cargos de chefia, direção e assessoramento, previstos nos organogramas da Unidade Gestora e Unidades Geridas, montada com fito exclusivo de gerenciar o contrato de gestão, por se tratarem de cargos de confiança, serão livremente escolhidos pela Direção do HMTJ, sempre observadas as boas práticas de combate ao nepotismo, e em atendimento às exigências quanto as especificidades das atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da OSS, em conformidade com os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

Art. 42 Os cargos que forem divulgados em processo seletivo mediante edital e que por duas vezes não tiverem candidatos inscritos e/ou aprovados, sendo verificada a urgência da contratação pelo departamento responsável, também serão de livre escolha da Direção do HMTJ, observados os critérios da qualificação técnica para o desempenho da função e ouvida a Gerência de Recursos Humanos.

Art. 43 Para os casos do art. 42 e 43, deste Regulamento, fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e Municípios, especificamente do Estado de Goiás, bem como dos Diretores das Unidades de Saúde geridas pelo HMTJ.

Art. 44 O HMTJ manterá atualizadas, para fins de divulgação das vagas de seus processos seletivos, as informações respectivas em seu site institucional (www.hmtj.org.br), que poderão ser acessadas por todos os interessados.

$1º Após a publicação do Edital de Seleção, o endereço eletrônico do HMTJ corresponderá ao canal de comunicação com os candidatos, para fins de divulgação de informações relacionadas às etapas do processo seletivo, informações gerais, divulgação de erratas, comunicações de datas, horários e locais da realização de cada etapa do processo seletivo e suas eventuais alterações, bem como da divulgação dos resultados e convocação para cada uma das etapas.

$2º O HMTJ poderá, a seu critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado final tenha sido publicado há menos de 01 (um) ano para o mesmo cargo.

§3º A convocação de que trata o parágrafo anterior obedecerá a ordem de classificação, sendo automaticamente desclassificado o candidato que, devidamente convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação.

Art. 45 Os candidatos classificados que, por critério de seleção, não tenham sido convocados para a assunção do cargo, constituirão cadastro de reserva com validade de 01 (um) ano, a contar da data de publicação do resultado do processo seletivo, prorrogável por mais 01 (um) ano, em conformidade com o $3º, do Artigo 44, deste Regulamento, não configurando, o cadastro de reserva, uma garantia de contratação, mas mera expectativa de direito.

Parágrafo Único - A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do HMTJ, que poderá, sem qualquer espécie de obrigação correlata, dela abrir mão, optando por realizar novo processo seletivo, sem que disso resulte para os candidatos integrantes do cadastro de reserva qualquer espécie de direito.

Art. 46 Todas as informações qualitativas e quantitativas inerentes aos requisitos para o preenchimento das vagas deverão ser comprovadas pelos candidatos, por meio de documentos hábeis, que deverão ser encaminhados no dia, horário e local indicado em Edital ou em comunicado posterior, na forma deste Regulamento.

Art. 47 É vedada a inscrição do candidato para concorrer em mais de uma vaga ou em dois ou mais processos seletivos concomitantemente.

Art. 48 A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

I - Conveniência administrativa ou operacional;

II - Disponibilidade financeira;

III - Entrega da documentação completa, conforme requisitos descritos no respectivo edital; e

IV Apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas.

CAPÍTULO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 49 Todos os procedimentos estipulados neste Regulamento poderão ser suprimidos ou ampliados, sempre de forma motivada, objetivando melhor adequação às particularidades do caso e garantia do interesse público.

Art. 50 Os casos omissos serão solucionados pela Direção da OSS, em observância aos princípios constitucionais que regem a matéria e a preservação dos melhores interesses da entidade filantrópica, seus associados e empregados.

Art. 51 O presente regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, sendo, posteriormente, divulgado e mantido atualizado no *site* do HMTJ na internet (www.hmtj.org.br).

Juiz de Fora, 21 de junho de 2024.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

Desenvolvimento Humano e Clima Organizacional

O processo de desenvolvimento humano e organizacional compartilhado pelo HMTJ tem como objetivo contribuir com a valorização dos colaboradores e o aperfeiçoamento das suas competências individuais, através de uma abordagem humanizada que, além de considerar os aspectos organizacionais nos processos, considera também as qualidades psicossociais e emocionais de cada indivíduo, promovendo:

- Melhoria do clima organizacional;
- Processos de treinamento e capacitação mais eficientes;
- Diminuição do turnover versus maior retenção de profissionais;
- Atração de talentos cada vez mais qualificados;
- Aumento dos níveis de satisfação dos colaboradores;
- Mais qualidade na assistência, na operação e na administração da unidade e melhoria da imagem da empresa junto a sociedade que está inserida.

Estudos sobre o clima organizacional são fundamentais para o diagnóstico do ambiente interno das organizações, possibilitando o planejamento de intervenções e mudanças, independentemente da organização ser pública ou privada.

O estudo de clima organizacional abre uma nova dimensão na busca de explicações sobre o comportamento organizacional, especialmente quando voltado para a identificação dos aspectos que mais influenciam na percepção dos problemas institucionais.

Um dos parâmetros para a análise do ambiente de trabalho é a determinação do grau de satisfação com que o trabalhador executa suas tarefas e de que forma esse índice de satisfação pode interferir na qualidade das atividades realizadas e na eficácia esperada pela instituição.

O trabalhador, ao ingressar profissionalmente em uma instituição, busca, supostamente, a satisfação de suas necessidades de realização pessoal tanto quanto de realização profissional, e o alcance desses objetivos está atrelado diretamente à importância que a empresa dá à gestão de pessoas e ao alcance da eficácia de seus resultados. Logo, o bom desempenho destes trabalhadores é consequência de uma estratégia eficiente de desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados, ou dos bens produzidos, associada ao desenvolvimento eficiente das pessoas colaboradoras.

O clima organizacional se reflete não só a nível individual, mas também a nível coletivo, influenciando a satisfação do trabalhador e sua performance, assim como a performance de toda a organização.

A justificativa para esta pesquisa está relacionada com a seguinte questão: como a pesquisa de clima organizacional pode ser uma ferramenta eficaz para diagnosticar o grau de motivação dos colaboradores e melhorar o desempenho da gestão.

Desenvolvimento de Pessoas

Com o objetivo de desenvolver constantemente os colaboradores, apresentaremos as políticas de Desenvolvimento de Pessoas, aumentando assim os conhecimentos, habilidades e competência da sua força de trabalho, melhorando o desempenho geral da organização.

Este processo inicia-se desde o primeiro dia de trabalho, na integração institucional/setorial. Na sequência acompanhamos sua adaptação e construção dos conhecimentos internos nas avaliações de experiência e desempenho, bem como nos treinamentos pontuais internos ou externos viabilizados pelo NEP.

I. Objetivo

Identificar os aspectos que possa contribuir no engajamento das pessoas frente aos objetivos e estratégias da instituição bem como propiciar um clima de trabalho harmônico e satisfatório. Mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na entidade têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas que permeiam estas interações sejam elas setoriais oi intersetoriais. Orientar a priorização das ações de melhoria pós-pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente que possam ser desenvolvidos.

II. Materiais

Computador, Sistema SIGQUALI, FLUIG, Formulários padronizados.

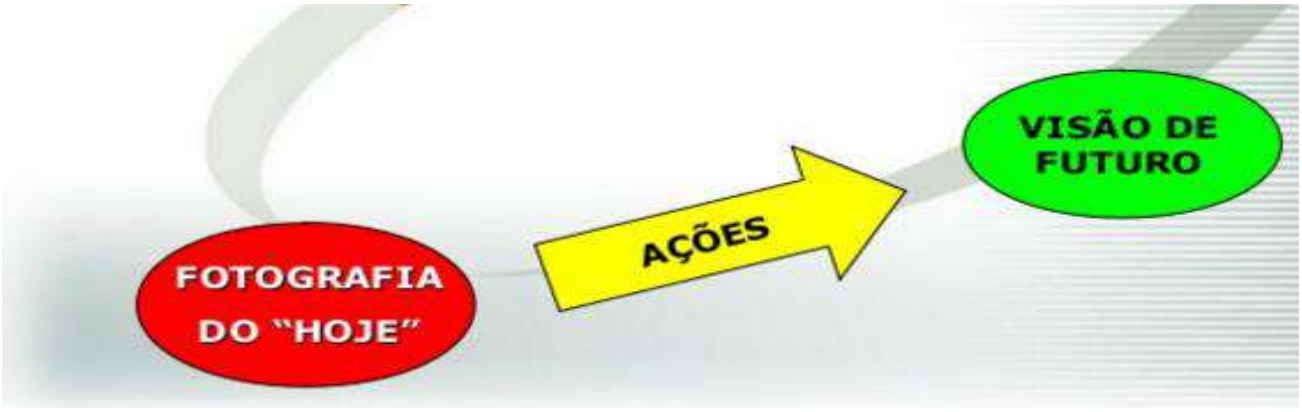
III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

- **Princípios**
  - Comprometimento
  - Transparência e ética
  - Participação minima de 30%
  - Segurança e confiabilidade

Figura I



- **Custos do projeto**
  - Tratando-se de projeto elaborado dentro da instituição e disponibilizado por meios eletrônicos, não há necessidade de investimento material para sua execução. Somente quando esta for terceirizada ao qual contará com orçamente de empresas que prestam este tipo de seriço no mercado. Todavia algumas ações de decoração e brindes de participação poderão ser obtidos por meio de valor de caixa da unidade, com autorização da Direção.

- **Cronogarama**

São as etapas necessárias para a execução de uma pesquisa de clima organizacional.

É extremamente importante o planejamento da pesquisa de clima, sua divulgação com pelo menos 15 dias antes de início da pesquisa, o engajamento dos gestores como facilitadores e incentivadores dos colaboradores na participação do projeto e principalmente o retorno a todos os funcionários sobre o resultado da pesquisa bem como das ações cabíveis e até mesmo das não cabíveis.

Estrutura Analítica do Projeto (EAP)		**Cronograma**		**Área interveniente**
		Início	**Término**	
Etapa I – Diagnóstico do Clima Organizacional				
1	obtenção de apoio e aprovação para a realização da pesquisa;	mar	mar	RH / Diretoria/ Administração
2	definir objetivos da empresa e o seu planejamento;	mar	/mar	RH / Diretoria/ Administração
3	escolher e desenvolver a metodologia de aplicação da pesquisa;	mar	mar	RH
4	teste piloto;			
5	parametrização;			
6	divulgação da pesquisa;	mar	mar	RH / Comunicação
7	aplicação do questionário e coleta dos dados;	abr	abr	RH
8	tabulação e análise dos resultados;	abr	abr	RH
Etapa II – Análise e Planejamento de Ações de Melhoria (opcional)				
1	gerar relatórios e feedback para todos os membros da organização;	mai	mai	RH
2	desenvolvimento de planos de ações que contemple soluções possíveis; Priorização de ações segundo grau de importância estratégica (opcional)	mai	mai	RH / Demais Deptos
3	assessorar a implantação e gerenciamento do plano de ação;	mai	mai	RH
4	aplicar nova pesquisa de clima para analisar os resultados do plano de ação;	Julho ano seguinte		RH / Comunicação
5	comparar resultados com a pesquisa anterior.	Junho ano seguinte		RH / Lideranças e Diretoria

- **Modelo Divulgação Resultado por Unidade**

RESULTADO PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL	
META MÍNIMA DE SATISFAÇÃO	**85%**
PERIODO DE REALIZAÇÃO	**jul/201x**
FILIAL	**xxxx**
EMPREGADOS ATIVOS NA FILIAL	**xxx**
ABSTENÇÕES	**xxx**
EMPREGADOS DE FÉRIAS NO PERÍODO	**xx**
RECEM ADMITIDOS	**xx**
LICENÇA INSS	**xx**
RETORNO RESPOSTAS	**xx**
PERCENTUAL PARTICIPAÇÃO	**xx%**
VARIÁVEIS CORPORATIVAS	
1 A EMPRESA	
2 COMUNICAÇÃO	
3 ESPIRITO DE EQUIPE	
4 HIGIENE E SEGURANÇA	
5 RECONHECIMENTO E RECOMPENSA	
6 LIDERANÇA	
7 TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	
8 BENEFICIOS	
9 RELAÇÃO COM O TRABALHO	
10 MOTIVAÇÃO	
MEDIA DE SATISFAÇÃO GERAL	
IMPORTANCIA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	

As pontuações obtidas se dividem de acordo com a seguinte escala:	
	de 90 a 100 é considerada como uma pontuação excelente só requerendo reforço.
	de 70 a 89 é considerada como uma pontuação boa, apesar de não agregar muitos valor. Nesse faixa há uma maior dispersão das respostas (maior desvio padrão) - ABERTURA DE PROCESSOS PREVENTIVOS
	de 0 a 69 é considerada como uma pontuação que requer ações imediatas - ABERTURA DE PROCESSOS CORRETIVOS

- **Questionário**

VARIÁVEIS		PERGUNTAS
A Empresa	1	Sinto-me satisfeito em participar do quadro de colaboradores da entidade.
	2	Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria o HMTJ para um amigo/parente como um bom lugar para trabalhar.
	3	Eu conheço a missão, a visão e dos valores do HMTJ.
Comunicação	4	Os informativos utilizados pela Empresa apresentam com clareza as notícias e informações.
	5	No meu setor existem reuniões frequentes entre coordenação e equipe.
	6	As decisões que afetam meu trabalho são comunicadas e explicadas previamente.
	7	O meio de comunicação que considero mais eficiente na entidade é: (**Colocar as opções de escolha para esta questão**: quadro de avisos, jornal interno, tela do computador, e-mail, livro de ocorrência)
Espírito de Equipe	8	No meu setor existe cooperação para o alcance das metas e resultados esperados pela instituição.
	9	No meu setor as pessoas se relacionam de forma educada, respeitosa e existe entre a equipe uma relação de confiança.
Higiene e Segurança	10	A organização e limpeza das áreas são adequadas.
	11	No meu local de trabalho existem recursos materiais e equipamentos necessários para realização do trabalho de forma produtiva, com conforto e bem-estar físico (temperatura ambiente, nível de ruído, lay-out, mobiliário etc.).
Reconhecimento	12	Sinto que meu trabalho é reconhecido.
	13	Participo da minha avaliação de desempenho, recebendo como feedback meus pontos fortes e meus pontos de melhoria, para que eu possa crescer profissionalmente.
Liderança	14	A Coordenação do meu setor me motiva e incentiva meu crescimento profissional.
	15	A Coordenação do meu setor divulga e discuti com a equipe o planejamento de trabalho e os objetivos traçados para a área.
	16	A Coordenação do meu setor está sempre acessível à equipe e aberta a nos ouvir. Aceita bem sugestões para melhoria do trabalho e desenvolvimento setorial.

	17	A Coordenação do meu setor me dá autonomia necessária para realização das tarefas.
	18	A Coordenação do meu setor possui as competências necessárias para conduzir, desenvolver e gerenciar a equipe, usando medidas e regras claras.
Treinamento e Desenvolvimento	19	Durante meu período de experiência (45 e 90 dias) recebi treinamentos e orientações que foram fundamentais para as atividades que exerço.
	20	Mensalmente no meu setor existe uma programação de treinamentos
	21	Os conteúdos dos treinamentos realizados são relevantes para o bom desempenho das atividades e crescimento profissional.
	22	Fui capacitado em todos os POP's e PRS's referentes ao meu setor.
Benefícios	23	Os benefícios oferecidos pela Instituição atendem as minhas necessidades.
	24	Os benefícios oferecidos estão dentro das possibilidades da instituição.
	25	As informações sobre os benefícios oferecidos são comunicadas de forma clara.
Relação com o Trabalho	26	As atividades que devo desempenhar em meu setor, estão bem definidas.
	27	O trabalho em meu setor é distribuído adequadamente entre os demais colaboradores evitando sobrecarga.
Motivação	28	Sou incentivado a realizar meu trabalho com entusiasmo.
	29	Me sinto motivado em realizar as minhas atividades no meu setor.
	30	Gosto do trabalho que realizo.
Sistema de Gestão da Qualidade	31	Acho importante o Sistema de Gestão da Qualidade da empresa e reconhecimento certificações/ prêmios recebidos.
	32	Tenho acesso a todas as ferramentas da qualidade, POP's e documentos com informações pertinentes ao funcionamento do meu setor e de orientação das minhas atividades.
	33	Todos os POP's e PRS's do meu setor estão de acordo com o trabalho desenvolvido.

SUGESTÂO: Aqui é um espaço só seu! Deixe aqui suas sugestões de melhorias ou algum comentário que acredita ser importante (Campo livre para escrita)

- **Convites**

Figura I

- **Convite E-MAIL para o Geral com período**

Participe de nossa Pesquisa!
Defina o clima na ENTIDADE.
A ENTIDADE preparou, no período de xx a xx de abril de 201x, uma pesquisa de clima organizacional e conta com a sua participação.
Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial. Caso você não tenha acesso a um e-mail, não se preocupe, o RH irá disponibilizar um computador para você acessar a pesquisa e responder.
Sua opinião faz toda diferença!
O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Convite CARTAZ para os colaboradores.**

Entre no clima você também!
Convidamos você para contribuir com a construção da história da UPA/do Hospital/da ENTIDADE, dando a sua opinião sobre seu dia a dia na instituição.
Para isto você tem uma importante tarefa nas próximas semanas, **de xx a xx de julho de 201x**: responder a pesquisa de clima organizacional.
O objetivo do questionário é avaliar a opinião dos colaboradores em relação ao ambiente de trabalho e a maneira como as pessoas interagem umas com as outras.

Para participar:
Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Caso você não tenha acesso a um e-mail, não se preocupe, o RH irá disponibilizar um computador para você acessar a pesquisa e responder.

Sua participação é importante!

Se você tiver dúvidas, entre em contato com a equipe de Recursos Humanos de sua unidade!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Convite para os Gestores**

Senhores Coordenadores,

Em Abril, convidaremos suas equipes para participarem da nova edição da Pesquisa de Clima Organizacional e contamos com sua colaboração para incentivá-los a responderem as questões que trarão informações importantes para a UPA/ o Hospital/ entidade, inclusive para os processos de sua área.

Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Para os colaboradores que não tem e-mail, precisamos de sua ajuda, disponibilizando um computador em local de fácil acesso onde estes poderão responder a pesquisa.

Sua participação é muito importante neste processo.

Temos como meta alcançar o índice de 30% de respostas por unidade, motive sua equipe a responder!

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato conosco aqui na Sede.

- **Texto que vai junto com o Link de acesso ao Questionário**

Senhores Colaboradores,

Convidamos você para contribuir com a construção da história da UPA/do Hospital/da entidade, dando a sua opinião sobre seu dia a dia na instituição.

Para isto você tem uma importante tarefa, responder a este questionário. Basta acessar o link abaixo e ele abrirá nosso formulário on line. Não precisa ficar preocupado, pois trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Sua participação é importante!

Se você tiver dúvidas, entre em contato com a equipe de Recursos Humanos de sua unidade!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Realização da Pesquisa de clima:**

Após realização do cronograma de organização para realização da pesquisa de clima, o RH local deverá fazer reunião com as lideranças afim de informar as ações que se sucederão do projeto e conscientizar sobre a importância do apoio e incentivo doa líderes aos colaboradores para boa adesão no uso da ferramenta. Lembrando que a meta atribuída ao mínimo de participação é de 30%.

Em seguida, após ampla divulgação realizada nos períodos já mencionados em tópico anterior, o RH ao realizar a pesquisa de clima deverá ir comunicando as lideranças o percentual atingido na pesquisa por meio de chamadas telefônicas ou em grupos de telecomunicação móvel afim de fomentar maior adesão e movimentação por parte das lideranças com os liderados.

As pontuações obtidas se dividem de acordo com a seguinte escala:

ESCALA DE PONTUAÇÃO DA PESQUISA DE CLIMA	
	de 90 a 100 é considerada como uma pontuação excelente só requerendo reforço.
	de 70 a 89 é considerada como uma pontuação boa, apesar de não agregar muitos valor. Nesse faixa há uma maior dispersão das respostas (maior desvio padrão) - ABERTURA DE PROCESSOS PREVENTIVOS
	de 0 a 69 é considerada como uma pontuação que requer ações imediatas - ABERTURA DE PROCESSOS CORRETIVOS

Ao final do período programado para a ação, o RH deverá fazer o compilado e preparar documento para apresentação à Direção para verificação dos pontos a serem abordados com as liderança e colaboradores.

Após esta validação, deverá ser programado a forma de apresentação as lideranças dos resultados da pesquisa, normalmente situado por meio de uma reunião, ao qual neste mesmo momento, e proposto aos líderes a montagem do plano de ação e tratativas dos pontos abordados.

Logo em seguida é feita a apresentação dos resultados aos colaboradores, seja por meio de reunião, seja por meio de divulgação dos resultados pelos canais de comunicação da instituição: quadro de aviso, grupo de telecomunicação móvel, quadro setoriais, mesas do refeitório.

Ao final do período programado das ações é feito um balanço do que foi possível finalizar e os planos de ação que deverão serem mantidos.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

- INDICADOR DE RESULTADO DO PROJETO: Índice de respostas
  - ✓ LINHA DE BASE: Nº de questionários respondidos / Nº de colaboradores ativos no período
  - ✓ META: 30%

- Satisfação do clima Interno Global – RH – Anual:
  - ✓ LINHA DE BASE: Classificação conforme pontuação obtida nos resultados.
  - ✓ META: 90%

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTIGÊNCIA:

O ideal é que seja feito por uma empresa terceirizada ou pelos menos um revezamento onde um ano seja feita de modo interno e no outro por um terceiro especializado neste processo.

O pedido deverá ser feito à Direção que analisará conforme orçamento financeiro da entidade para delinear qual forma de aplicação será adotada.

O ano em que não puder ser realizado a PCO, por alguma questão financeira ou organizacional, verificar com a Alta Direção um retorno aos colaboradores e realizar no ano seguinte em tempo hábil e planejado.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

Pesquisa de Clima Organizacional (PCO): a pesquisa de clima visa em um primeiro momento, proporcionar a análise da organização com o seu ambiente, bem como o conjunto de condições que caracterizam o estado de satisfação e/ou insatisfação dos colaboradores na intituição e das demais pessoas que com eles interagem.

VI.Anexos

N.A

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

I. Objetivo

Atualizar o conhecimento do indivíduo ou equipe acerca de um tema. Suprir as habilidades requeridas, os conhecimentos específicos para o desempenho eficaz das tarefas do cargo, motivando a sensibilidade nas relações interpessoais, na condução das equipes e otimizando os processos e resultados organizacionais, bem como, promover qualificação continuada dos colaboradores por meio da implantação de Programas de Educação Permanente da equipe de saúde em acordo com os princípios da integralidade e humanização (Portaria nº 1.600, de 07 de novembro de 2011).

II. Materiais

Computador, Sistema RM Vitae, SIGQUALI, Fluig e GCPEC, Espaço Físico, Recursos Tecnológicos (Data Show, Computador, Pen Drive), Formulários padronizados.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

1. DEFINIÇÃO:

A política de treinamento tem por objetivo desenvolver e aprimorar as competências e os conhecimentos necessários para que os colaboradores possam aprimorar seus hábitos, atitudes e processo internos, que resultará na qualidade de seu trabalho. A política de desenvolvimento de pessoas tem por objetivo incentivar o aprimoramento educacional dos profissionais, por meio de subsídios total ou parcial de bolsas de estudo em cursos.

2. MODALIDADES:

Os treinamentos são oferecidos para equipes e/ou individualmente. Podem ocorrer treinamentos internos, externos ou online.

Os aprimoramentos educacionais são realizados em Instituições de Ensinos reconhecidas pelo MEC, através de convênios e/ou parcerias.

Estas modalidades aplicam-se a todos os colaboradores da entidade, sendo eles celetistas ou prestadores de serviço ao qual atuas na gestão setorial.

3. CLASSIFICAÇÃO

Podem ser classificada quanto à sua natureza, forma de realização/execução e público-alvo.

Quanto à sua natureza

- Técnico: ações de capacitação que estejam diretamente relacionadas às atividades profissionais, ao negócio e/ou à estratégia da instituição.
- Comportamental: ações voltadas para o aprimoramento de competências comportamentais que são relevantes para o desempenho profissional.

Quanto à forma de realização/execução

- Presencial: são treinamentos realizados com a presença de um instrutor ou facilitador, podendo ser realizados tanto nas dependências da organização (interno) quanto externamente.
- EAD – Ensino à Distância: são treinamentos realizados *on line*, via *chats*, conferências, vídeos e outros.
- *On-the-job*: são treinamentos realizados durante as atividades laborativas no seu ambiente de trabalho, sob orientação de profissional que possua domínio sobre o conteúdo abordado, nosso Multiplicador.

Quanto ao público-alvo:

- Individual: inscrição em atividade com o objetivo educacional de atender à demanda individual de capacitação.
- Equipe: inscrição em atividade com objetivo educacional de atender à demanda de um grupo específico da organização.
- Corporativo: inscrição em atividade com o objetivo educacional de atender à demanda de diversas áreas da organização ou de toda a organização.

4. AUTORIZAÇÃO

Cada solicitação será analisada individualmente pelos coordenadores e pela direção da instituição. Será requisito para aprovação:

Treinamentos/Capacitações Internas ou Externas/In company:

- Confirmação de que existe de fato a necessidade do treinamento;
- Comprovação de que o treinamento agregará habilidades e conhecimentos à pessoa ou equipe e à instituição;
- Avaliação de desempenho do solicitante ou equipe (assiduidade, disciplina, responsabilidade);
- Disponibilidade de verba para investimento.

5. SOLICITAÇÕES

Para os treinamentos/capacitações das equipes, o coordenador da área deverá preencher o formulário LNTD – “Levantamento de Necessidade de Treinamento e Desenvolvimento”, conforme ***PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD,*** e encaminhar ao setor de Recursos Humanos via Sigquali para controle. Em caso de solicitarem treinamento a setores terceiros, estes deverão ser acordados anteriormente, de forma detalhada e antecipada a data de interesse para aplicação do treinamento, o motivo de estar solicitando essa capacitação, a quantidade de participantes previsto e o objetivo que pretende atingir com esta aplicação. Após este consenso e publicação da LNTD no Sigquali, a coordenação deverá solicitar por e-mail ao setor terceiro, com pelo menos 30 dias prévio a preparação do treinamento conforme acordado.

6. PRAZOS

Treinamentos/ Capacitações Internas:

Os coordenadores deverão encaminhar ao Setor de Recursos Humanos, o LNTD levantado a partir das necessidades existentes, podendo ser elaborado de forma anual ou semestral de acordo com a necessidade de cada setor. O processo representa uma oportunidade para que seja construído com base nas reais necessidades das equipes de trabalho, objetivando o crescimento dos profissionais e da nossa instituição.

A emissão deste novo documento no Sigquali deverá cumprir o prazo, preferencialmente, de um mês de antecedência do início da vigência do próximo LNTD e no caso da impossibilidade por motivo plausivel, apresentar via fluig a justificativa da não realização do novo LNTD em tempo.

Treinamentos Externos/ In company:

Os colaboradores e coordenadores deverão encaminhar ao Setor Recursos Humanos no mínimo de 30 (trinta) dias antes do início, para análise a aprovação junto à diretoria o formulário **PRS HMTJ 045_Anexo 16_Análise Avaliativa de Congresso, Seminário ou Simpósio.**

7. INVESTIMENTO

Treinamentos Externos/In company:

- A pós-graduação na faculdade SUPREMA/JF terá o valor 70% pago pela instituição, em caso de disponibilidade de verba, **PRS HMTJ 189 - Concessão e Manutenção Bolsa de Estudo**. Para cursos fora do horário de trabalho, as horas adicionais serão computadas como banco de horas.
- Nos casos de colaboradores que custeiam **sua especialização/ pós graduação na mesma área de atuação**, poderão combinar previamente com suas Coordenações, uma troca de plantão extra visando valorizar política de capacitação de profissionais e retenção de talentos na entidade. Lembrando que nestas trocas devem se atentar para o fato que nenhum colaborador fique sem o descanso de pelo menos um domingo ao mês.

8. TREINAMENTOS / CAPACITAÇÕES

Treinamentos/ Capacitações Internas

Planejamento:

Cabem aos setores, ao final de cada ano, montar um projeto especificando, os treinamentos comportamentais previstos para desenvolvimento profissional de seus colaboradores no ano seguinte, podendo este estudo ser realizado juntamente com o RH.

Ainda assim, é importante ressaltar que as ações planejadas que não puderem ser realizadas em virtude de variáveis como: decisões organizacionais, surgimento de novos treinamentos, entre outras, podem ser reagendadas/ programadas por meio de abertura do FLUIG de justificativas no intuito de redirecionar as ações planejadas.

Quanto aos Treinamentos Técnicos, cabe a cada coordenador de área efetuar e definir o Levantamento de Necessidades de Treinamento do seu setor. A equipe poderá ser consultada quanto à identificação destas

necessidades, que deverão ser analisadas para verificação de viabilidade.

As demandas de Treinamento e Desenvolvimento devem abranger os seguintes critérios, sempre que aplicável ao setor:

I. Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que são aplicáveis a toda organização, quando elaboradas e revisadas

II. Comportamentais (identificar e solicitar ao RH para que ministre, caso necessário)

- **Demandas identificadas nas Avaliações Individuais de Desempenho**
- **Treinamentos obrigatórios por Lei**
- **Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.**

O LNTD, **PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD**, deverá contemplar os seguintes dados:

Anexo I – Questionário

1. No intuito de facilitar o desenvolvimento do plano de capacitação e desenvolvimento de sua equipe e também ajudarmos na orientação da criação de sua LNTD, deverá ser preenchido um questionário que direcionará o que deve contemplar seu cronograma de Capacitação do período.
2. No questionário será contemplado itens relativos a se foi identificado algum GAP de competência nas avaliações de 45, 90 ou anuais, se houve troca de materiais ou equipamentos críticos, se existe algum conhecimento que seja proveitoso ao setor, se o setor realiza a utilização de materiais ou euipamentos críticos, alem de outros pontos relativos as RNC's, LEG ou matriz de risco, ou mesmo de competências técnicas ou treinamentos não realizados.

Anexo II - LNTD

1. Método de Identificação da Necessidade do Treinamento – preencher com a situação que ocasionou a necessidade de treinamento: Aquisição de novo material ou equipamento; Capacitação de material e equipamento crítico; Capacitação de novo colaborador; Comportamento de colaborador (es); Demanda Legal (Legislação); Desenvolvimento de gaps de Competência; Desenvolvimento Técnico; Evento Adverso; Indicador; Matriz de Risco; Não Conformidades recebidas; Reunião Setorial; Treinamento da última LNTD;
2. Data final para Realização do treinamento: Período de acordo com a previsão definida quando programado o treinamento;
3. Tipo de Treinamento – Conhecimentos (Assuntos técnicos não relacionados ao setor e sim a formação), Habilidades (Assuntos técnicos relacionados ao setor e função) ou Atitudes (Assuntos de desenvolvimento comportamental);
4. Tema do Treinamento - Descrever o título do treinamento de maneira sucinta, a ideia central do que será treinado;

5. Objetivo – resultado esperado com o treinamento realizado. O preenchimento deste campo deverá sempre começar com um verbo no infinitivo devido ser uma ação a ser realizada, como exemplo: Fazer/ Realizar/ Capacitar.
6. Instrutor - Setor ou funcionário responsável por ministrar o treinamento;
7. Total de Participantes Previstos - número total de funcionários do setor, quando para mais setores somar o número de funcionários.
8. Setores a serem treinados - Identificar quais serão os setores participantes;
9. Data Final para Realização da Avaliação do Treinamento - Após a avaliação o palestrante terá 30 dias para a avaliação de eficácia do treinamento e os cinco dias restantes para preenchimento do formulário e a entrega no setor de RH;
10. Status do treinamento - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Será preenchido com uma das seguintes opções: Realizado; Realizado além do programado; Realizado abaixo do programado; Pendente; Pendente e justificado;
11. Reprogramação - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Informar quando cabível a data que o coordenador informou da nova aplicação do treinamento/avaliação;
12. Observação - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Será informado quando tiver uma informação atípica.

NOTA[1]: Em caso de preenchimento do modelo Sistêmica, a planilha LNTD (anexo 2), terá mais um campo a ser preenchido, “9. Público-alvo” que deverá ser prenchido além do setor, as funções especificas dos setores que receberam treinamentos.

Para a elaboração da LNTD deve-se atentar as seguintes orientações:

1) É obrigatória a elaboração para setores que tenham 5 ou mais colaboradores.

Observação: Aos setores com o número inferior a 5 colaboradores será necessário a aplicação de treinamentos de peridiocidade quadrimestral, ou seja, contendo os tipos de treinamento – conhecimento/ habilidade/ atitude ao longo do ano. Tornando obrigatório também uma planilha de LNTD para a capacitação e desenvolvimento de seu corpo técnico funcional, mesmo que abaixo deste quantitativo.

2) Caso seja elaborada semestralmente ou anualmente, deve ser conter, ao menos, um treinamento de cada tipo (conhecimento, habilidade e atitude), sendo o mínimo de três treinamentos por semestre e seis anuais;

3) Só poderá ser publicada a próxima LNTD os setores que se encontram sem pendências anteriores de treinamento programados, caso o setor encontre-se em débito, deve buscar a resolução antes da nova publicação.

Observação: Esta resolução se faz necessária para que o RH possa conferir na nova LNTD se acrescido os treinamentos faltosos ou justificados, ou ainda para que não haja cobrança de capacitações que não tenham necessidade de estarem presentes na nova programação dos setores.

Os dados acima deverão ser preenchidos na Planilha LNTD - Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento. O LNTD deverá ser elaborado e encaminhado para o setor Recursos Humanos para análise e aprovação.

Todo treinamento realizado, estando ou não programado na LNTD, deve ser registrado para que possa ser computado nos lançamentos do mês e entregue ao RH com suas devidas evidências, as demandas que forem identificadas após a elaboração nos períodos acima definidos poderão ser acrescentados como treinamentos adicionais, com o mesmo registro, sempre encaminhado para o setor Recursos Humanos para análise e lançamento.

Periodicidade:

- A periodicidade dos treinamentos será definida pelos gestores de acordo com a rotina de cada setor, com a exigência de capacitar 100% dos colaboradores programados.

NOTA[2]: Em caso de férias do gestor responsável, o mesmo deverá antecipar a programação do treinamento e realizar a avaliação de eficácia assim que retornar do gozo desses dias. Nos casos de afastamento não programados, o responsável interino deverá realizar o treinamento conforme programado.

Após a elaboração do planejamento é necessário organizar os recursos necessários dos treinamentos:

- Produção de slides e/ou material didático para servir de apoio,
- Reserva de salas/auditórios com recursos audiovisuais necessários

Controle:

A execução dos treinamentos deverá ser realizada de acordo com o Levantamento de Necessidades e Treinamento e deverão ser registrados na "Lista de Presença para Treinamentos", conforme ***PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento (Lista presença treinamento/ capacitação).***

As coordenações deverão entregar ao Setor de Recursos Humanos (que tem a responsabilidade de gerir o controle de todos os treinamentos realizados em sua Unidade), até o quinto dia do mês seguinte a realização dos treinamentos, todos os documentos referentes a cada Treinamento realizado tais como:

- Registro de treinamento ***PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento****;*
- Anexo com o conteúdo abordado (caso necessário);
- Avaliação de reação ***PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa de Avaliação de Treinamento (Avaliação de Reação)*****;**

Avaliações:

A avaliação de reação, aplicada após a realização do treinamento, servirá para avaliar os aspectos relacionados a elaboração, conteúdo e aplicação do mesmo. Ela atuará como feedback e servirá para ajustes, se necessários, e melhor programação de futuras ações de treinamento que tragam retorno positivo para o profissional e, consequentemente, para a organização. Já a avaliação de eficácia tem como objetivo avaliar o nível de

conhecimento adquirido após o treinamento, por isso a mesma é aplicada 30 dias após a realização deste para verificar o conteúdo absorvido pelos colaboradores e não somente as informações retidas imediatamente após o treinamento.

Pesquisa de Avaliação do Treinamento - Avaliação de Reação:

O objetivo desta avaliação, **PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa de Avaliação de Treinamento (Avaliação de Reação)**, é verificar o nível de satisfação do treinando, no que se refere ao instrutor (conhecimento técnico, didática, cumprimento do conteúdo programático, pontualidade e forma de interação com o treinando) à infraestrutura (espaço físico e equipamentos), aplicabilidade do conteúdo em suas atividades profissionais, a carga horária, dentre outros.

Esta avaliação deve ser respondida pelo treinando ao término do treinamento, objetivando captar sua percepção imediata.

NOTA: Somente é obrigatória a aplicação desta avaliação nos treinamentos que alcancem número igual ou superior a 05 participantes, independente de estar planejado no LNTD ou não.

Avaliação de Eficácia Treinamento:

A finalidade desta avaliação é verificar se o treinamento atingiu os objetivos contribuindo, de fato, para melhorias comportamentais e técnicas. É a correlação entre os resultados e os objetivos esperados pelo treinamento.

Dentro do prazo mínimo de 30 (trinta) dias, a contar do término do treinamento, a coordenação deverá aplicar a Avaliação da Eficácia, conforme PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço), PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação de Eficácia (Prova) e PRS HMTJ 045_Anexo 5.1_Prova Avaliativa do Treinamento e PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de capacitação (no caso de colaboradores abaixo de 80%).

NOTA[3]: A avaliação de eficácia escolhida pelo setor deverá atender também ao critério de 80% de acerto nas avaliações por colaborador. O colaborador que não alcançar a média, deverá obrigatoriamente ser retreinado no mês subsequente.

A aplicação é de responsabilidade do instrutor do treinamento e/ ou da liderança imediata do colaborador, devendo esta ser entregue ao RH após o vencimento de no mínimo 30 e de máximo 60 dias, para que possa ser efetuada a mensuração dos indicadores para acompanhamento do desempenho. As avaliações aplicadas pela entidade são Observação em Serviço ou Prova Escrita, onde cabe ao coordenador, ao final de no mínimo 30 dias e de máximo 60 dias após a realização do treinamento, observar e avaliar o treinando em sua atividade relacionada ao tema treinado e verificar se houve mudanças técnicas e/ou comportamentais. Poderá ser realizada das seguintes formas:

- ***Prova Escrita*** - A prova escrita deve ser elaborada com questões relacionadas ao tema do treinamento. O percentual de acerto e a capacitação de cada treinando avaliado deverão ser registrados no ***PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação eficácia (prova).***

- ***Observação em Serviço –*** A observação em serviço deverá ser realizada através da verificação do treinando executando atividade relacionada ao tema treinado, quando for aplicável. O relatório do aproveitamento do

treinamento deverá ser registrado no ***PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço)***

- A observação em serviço ***dos setores sistêmicos*** deverá seguir a mesma premissa já descrita. Lembrando de levar em consideração o objetivo do treinamento. O relatório do aproveitamento do treinamento deverá ser registrado nos documentos ***PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação eficácia – Prova teórica*** ou ***PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço).***

Neste momento, alguns questionamentos devem ser feitos:

- O que os participantes aprenderam?
- Eles colocaram em prática no trabalho o conhecimento adquirido?
- Houve mudança de atitude ou aumento/desenvolvimento do conhecimento técnico?
- Aumentou a produtividade?
- Gerou impactos favoráveis para o profissional, equipe e organização?

NOTA[4]: Para o preenchimento dos tópicos descritos na avaliação de eficácia, cabe ao instrutor do treinamento e/ou a liderança imediata do colaborador levar em conta todos os participantes presentes (quando da elaboração de uma avaliação englobando todos os partipantes do setor) no momento da avaliação, sinalizando com a nota adequada para o grupo.

NOTA[5]: Para os colaboradores que não atingirem o percentual de 80% de capacitação deverá ser feita uma análise de capacitação do mesmo por meio do documento ***PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de capacitação*** e ser traçado um plano de ação visando atender ao seu desenvolvimento no treinamento ou mesmo alguma resolução que compreenda a justificativa de falta de capacitação.

Formulário de Justificativa de Ausência:

Este formulário deve ser preenchido pelo sistema FLUIG, para que o RH anexe junto com a lista de presença, nas seguintes situações:

1. Quando um ou mais funcionários do setor não participarem do treinamento.
2. Quando um treinamento programado não puder ser realizado.
3. Quando tiverem participantes além do programado na LNTD.
4. Quando não for entregue dentro do prazo a avaliação de eficácia e/ou a LNTD.

NOTA[6]: Diante da não realização de treinamentos da LNTD ou casos de colaboradores que não realizaram a capacitação no mês programado (repescagem), seja por qualquer motivo, o gestor deverá reprograma-ló e realiza-ló no período máximo de 3 meses (90 dias). Lembrando que este período deverá estar relacionado na justificativa do Fluig, salvo em casos omissos a serem analisados pelo RH, somente para os casos de afastamentos superiores a este periodo mencionado, poderá ser reprogramado para a próxima LNTD.

O formulário **PRS HMTJ 045_Anexo 8.1_Termo Justificativa de ausência no treinamento** deverá ser utilizado em casos ao qual o colaborador se recusar a realizar o treinamento.

Treinamento de Integração/Ambientação:

O RH junto com o Comitê de Recepção, PRS HMTJ 045_Anexo 9_Regimento Interno do Comitê de Recepção, formado pelos setores: RH, Qualidade, SCIH, SESMT, CSTI, Departamento de Pessoal, SND, Ouvidoria, Segurança do Paciente, Gestão de Segurança, Gestão Ambiental e Farmácia deverão realizar o treinamento inicial com todos os novos colaboradores. O comitê de recepção acontece na data de admissão do colaborador, antes deste iniciar suas atividades.

Cabe ressaltar que por ser política de instituição, é de responsabilidade do gestor acompanhar a participação do seu respectivo colaborador ao treinamento.

Casos especiais deverão ser analisados pelo RH e adequados conforme necessidades, podendo ser realizado até somente com um colaborador.

Programação do Treinamento de Integração / Ambientação (todos os cargos)

Comitê de Recepção (Data de admissão do colaborador)

Módulos:

- SESMT - Medicina do Trabalho e Segurança no Trabalho
- SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- NSP – Segurança do Paciente
- Políticas de RH
- Gestão Ambiental
- SND – Serviço de Nutrição e Dietética
- Políticas de DP
- Qualidade
- Gestão de Segurança
- Farmácia
- CSTI
- Ouvidoria
- Manutenção
- Apresentação da entidade
- Apresentação do novo colaborador ao setor de trabalho.
- Integração a equipe de trabalho e treinamento setorial desenvolvidos pelo gestor imediato **(PRS HMTJ 045_Anexo 1_TBI -Treinamento Basico Introdutorio).**

*Prazo máximo para cada palestrante: 15 a 30 minutos.

NOTA[7]: Para os Cargos Gerenciais/ Coordenações, estes deverão participar além do Programa de Treinamento de Integração/ Ambientação, do Programa de Treinamento de Gestão, sendo de responsabilidade do gestor as marcações da capacitação quando necessário a serem ministradas com outros setores.

NOTA[8] O TBI deverá contemplar treinamentos referentes a conhecimentos e habilidade dispostos no PEC (Ex: Integração, POP e PRS). Essas capacitações deverão ocorrer durante o período de experiência e ser entregue juntamente da 2ª avaliação de experiência (90 dias). Ao término dos 45 primeiros dias, será aplicada, pelo RH, uma prova institucional. ***PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 45 dias e o formulário de PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias.***

NOTA[9]: Quando não for possível os treinamentos de integração em uma só etapa, dividir a mesma em duas etapas sendo que a primeira deve ser realizada, impreterivelmente, no primeiro dia de trabalho do colaborador prioritariamente com os setores: RH, DP, SCIH, SESMT e os demais sendo realizados em uma segunda etapa, preferencialmente, nos primeiros 30 dias ou dentro do contrato de experiência.

Processo:

- Na Regional MG agendar na secretaria de SUPREMA (JF), a sala/ auditório para realizar a recepção dos novos colaboradores.
- Programar as palestras e passar por e-mail e/ou aplicativo de mensagens para membros do Comitê de recepção.

Capacitação para utilização de medicamentos, materiais e equipamentos considerados perigosos ou críticos.

Estipula que todo colaborador ao ingressar na instituição em função que seja necessária a utilização e/ou manipulação de medicamentos, materiais e equipamentos considerados perigosos ou críticos, deverá constar em seu TBI a capacitação inerente a esses itens.

Fica sob responsabilidade dos setores que fornecem e os que fazem uso desses, a definição de quais medicamentos, materiais ou equipamentos serão considerados críticos e portanto eletivos para essa capacitação.

Essas capacitações deverão acontecer não somente no ingresso do colaborador na instituição, mas também sempre que houver a entrada de novos itens que sejam elencados como perigosos ou críticos.

Para melhor alinhamento dessas capacitações, definiu-se com Críticos os materiais, medicamentos e equipamentos que possuem potencial risco para o cliente interno e/ou para o cliente externo, seja pela exposição ou pela falta desse item na instituição. (Ex: Bomba infusora; EPI).

Caberá ao SESMT o acompanhamento e fiscalização dos colaboradores diante do uso desses materiais, tanto nos já existentes na instituição quanto em novas aquisições.

A citação desses itens, contendo seus riscos e a forma de controle e conduta, está descrita em procedimentos sistêmicos dos setores envolvidos, bem como os treinamentos estão descritos em seus respectivos TBI's. A atualização desses itens nos documentos citados, deverá ser informada ao RH por meio de comprovação da

capacitação realizada ou da justificativa de ausência do treinamento.

Ações:

- Reunião com os setores de Farmácia, Suprimentos, Almoxarifado, CME, Radiologia, unidades de Internação e Engenharia Clínica; Registrar em Ata a apresentação do documento em que está registrado a lista onde consta quais são os materiais, medicamentos e equipamentos considerados perigosos ou críticos, a forma de controle do cumprimento das diretrizes estipuladas para uso;

- Definição do gestor sobre o levantamento de necessidade de recapacitação dos colaboradores sobre os materiais, medicamentos e equipamentos considerados perigosos ou críticos existentes na instituição, através de notificação dos setores envolvidos, RNC e/ ou expertise da liderança;

- Acrescimo do tópico de materiais e equipamentos críticos em utilização no treinamento básico introdutório (TBI) para os setores que tenham e/ou utilizam a fim de realizar capacitação já no período introdutório dos novos colaboradores;

- Acompanhamento dos treinamentos relativos a materiais e equipamentos críticos por meio da definição dos mesmo nos levantamentos de necessidades de treinamento e desenvolvimento (LNTD).

9. GESTÃO DE TALENTO PESSOAL

1. RETENÇÃO DE TALENTOS

A retenção de talentos deve ser planejada com uma perspectiva interada dos processos de gestão de pessoas. Sem essa integração, corre-se o risco de criar políticas e iniciativas que não fazem sentido para os funcionários.

O primeiro requisito para que a estratégia de retenção de talentos seja bem-sucedida é a adequada identificação dos talentos na organização. A Entidade adota as seguintes ferramentas como forma de identificar seus talentos:

- Avaliação de desempenho por competências
- Recrutamento Interno, conforme **PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal**, processo em que a empresa proporciona a seus colaboradores a oportunidade de movimentação entre áreas, processos e, consequentemente, de crescimento profissional
- PDL - Programas de Desenvolvimento de lideranças, conforme **PRS HMTJ 052_PDL Programa de Desenvolvimento de Liderancas**
- Convênios/Parcerias com: Universidades, Drogarias, Cursos de Idiomas, Academias de Ginástica, dentre outros
- Eventos Institucionais como: Campanha de Vacinação da Gripe e Febre Amarela para seus Colaboradores, Dias das Mães e dos Pais, Dia Internacional da Mulher, Semana da SIPAT, Natal, dentre outros;

- Programa de Trainee.

2. CULTURA DE APRENDIZAGEM:

A cultura de aprendizagem é percebida como a prática da disseminação constante do conhecimento entre os colaboradores da instituição, com o objetivo de pontencializar os pontos fortes e desenvolver as fragilidades identificadas na organização. Para o alcance desses objetivos é utilizado como base o aprimoramento das competências delineadas para cada função, desde formações formais como graduações e cursos de extensão como também demais metodologias estratégicas que tenham o conhecimento como ideia central. Dessa forma acredita-se que incentivando os colaboradores nessa busca incenssante pelo aprendizado, serão formadas equipes mais colaborativas, resilientes com con dições de atingir resultados excelentes.

Dentre as estratégias que possibilitem a implementação desta cultura na instituição, temos:

- Na captação de novos talentos no mercado de trabalho, além das comeptências definidas para cada PEC, inserir a verificação da capacidade que o potencial colaborador possui para compartilhar conhecimento, buscando entender sua habilidade para se comunica nos relacionamentos interpessoais, se possui atitude e interesse na troca de experiências, se sente confortável com essa condição. Trazer para insituição pessoas que estejam alinhadas a este objetivo, facilitará a fluidez desse processo.
- Incentivar que os colaboradores compartilhem conhecimento com os demais colegas de equipe, como por exemplo solicitar que um colaborador mais antigo contribua na capacitação do novo colaborador durante a aplicação de seu TBI no período de experiência. Ou ainda quando houver no setor algum colaborador que participou de alguma formação ou evento proporcionado pela instiuição, que este repasse os conhecimentos adquiridos para os demais colaboradores da equipe.
- Medidas internas de produzir conhecimento - Quando a instituição promove ações ou implementa processos que viabilizem a continuidade do aprendizado através de workshops, eventos, disponibilização de bolsa de estudos para cursos de pós graduação, execução da LNTD, Treinamentos situacionais, incentivo de Feedbacks de orientação, plação de ação na avaliação de desempenho, Biblioteca colaborativa, projeto “RH Indica” voltado a colaboradores e lideranças, dentre outros. Salienta ainda neste tópico, o uso da política de cultura justa, que visa dentre outras coisas, criar um ambiente sem culpa onde os colaboradores são capazes de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição, que falhas e incorreções sejam distinguidas de infrações intencionais, no intuito de aprendizado e capacitação das equipes diante de situações envolvendo segurança do paciente, fomentando assim o fortalecimento de barreiras diante de oportunidades de melhoria.
- Envolvimento das liderança na busca do desenvolvimento. Quando a liderança se faz de exemplo demonstrando a vontade que possui em aprender, participando e buscando novas oportunidades de aumentar seu conhecimento, aplicando os conhecimentos adquiridos na equipe sob sua gestão, e assim estimulando seus liderados a agirem da mesma forma.
- Incentivar o autodesenvolvimento dos colaboradores, para que busquem evoluir por fontes além das oferecidas na instituição, fazendo deles co-responsaveis pelo seu próprio desenvolvimento.

3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO PERÍODO DE EXPERIENCIA

A avaliação do desempenho, por meio de suas políticas e práticas, tem a capacidade de integrar todos os processos inerentes ao órgão de Pessoas e, quando instituído de forma séria, formal e eficaz é capaz de avaliar todo o programa de Gestão de Pessoas nos diversos processos que são realizados na organização. As ferramentas, os programas e os métodos que surgem para melhorar a administração organizacional, quando bem implantados e aplicados, trazem benefícios que podem ser enxergados a curto, médio e longo prazo para a organização, gerente e para os colaboradores.

É realizada no período de 90 dias do colaborador na instituição e é dividida em duas etapas:

Primeira etapa: (primeiros 45 dias)

- O Coordenador deverá: Fazer a gestão de seus colaboradores de forma a acompanhar o vencimento dos períodos de experiência, através da planilha de acompanhamento dos funcionários admitidos no período que será enviada pelo setor de RH.
- Realizar a avaliação via GCPEC (Avaliação de 45 dias). Os formulários **PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 45 dias e PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias** serão aplicados pelo Setor de RH, no dia agendado com a coordenação para o feedback juntamente com o funcionário. O gestor deve aplicar o feedback ao colaborador sobre o resultado apresentado, independente de prorrogar ou não o contrato de trabalho. O colaborador deverá atingir um percentual mínimo de 70% de acerto na prova institucional, em caso de não obtenção deste resultado, deverá ser aplicado uma nova prova ao colaborador para que o mesmo obtenha o percentual necessário, se não for obtida pela segunda vez a nota o funcionário deverá participar do Comitê de Recepção para que seja capacitado novamente e fazer uma terceira tentativa.
- Em caso de perda do prazo para realização da avaliação no sistema GCPEC, a coordenação deverá realizar uma justificativa de ausência no sistema FLUIG informando o motivo de não ter realizado dentro do prazo e fazer feedback ao colaborador para cada competência essencial do cargo.

O RH deverá:

- Enviar um e-mail até o último dia de cada mês com a Planilha de Acompanhamento do Colaborador que contém os dados referentes ao período de experiência dos colaboradores para auxiliar o acompanhamento dos gestores.

Segunda etapa: (demais 45 dias)

O Coordenador deverá:

- Fazer a gestão de seus colaboradores de forma a acompanhar o vencimento dos períodos de experiência, através da planilha de acompanhamento que será enviada pelo setor de RH.
- Realizar a avaliação via GCPEC (Avaliação de 90 dias).
- Aplicar uma prova, contendo preferencialmente 10 questões objetivas, pertinentes às atividades exercidas no cargo. Este modelo de prova deverá ser entregue ao RH, devidamente corrigido, com a nota obtida e

assinado, para registro e futuras conferências. O colaborador deverá atingir um percentual mínimo de 70% de acerto na prova, em caso de não obtenção deste resultado, deverá ser realizado um plano de ação para que o mesmo melhore seu percentual de capacitação e a ação corretiva será aplicar uma nova prova ao colaborador.

- A coordenação deverá realizar o feedback com o funcionário da avaliação realizada via GCPEC antes da data do vencimento do contrato. Juntamente com a prova setorial aplicada ao colaborador neste mesmo período e o TBI. Ao final a coordenação irá informar o colaborador a data que foi agendada com o RH para realização da entrevista ***PRS HMTJ 045 Anexo 11.1_ Entrevista para avaliação do Período de Experiência 2ª Etapa – 90 dias.***
- No caso de não prorrogação do Contrato de trabalho o gestor deverá além de fazer a avaliação enviar via Fluig a solicitação de desligamento do referido colaborador.
- Dar feedback ao Colaborador do resultado apresentado, independente de prorrogar ou não o Contrato de Trabalho. No caso de colaboradores a serem desligados, este feedback deve ser feito no momento da rescisão de contrato.

- Em caso de perda do prazo para realização da avaliação no sistema GCPEC, a coordenação deverá realizar uma justificativa de ausência no sistema FLUIG informando o motivo de não ter realizado dentro do prazo e fazer no minímo quatro feedbacks ao colaborador, um para para cada competência essencial do cargo, conforme PEC.
- O coordenador deverá acompanhar por meio da planilha de avaliação de experiência enviada pelo RH mensalmente, se o seu colaborador teve oportunidades de melhoria apresentadas no momento da entrevista. Caso tenha algum gap identificado na entrevista, o mesmo deverá sinalizar na entrega do TBI e tomar as devidas providências: informar se foi um gap trabalhado e finalizado dentro da avaliação de experiência do GCPEC e/ou realizar feedbacks como forma de plano de ação antes de finalizar o período de experiência informando como o colaborador está sendo desenvolvido.

NOTA[10]: Os processos relativos a gestão por competências estão descritos com maior riqueza de detalhes no PRS HMTJ 263 - Processos de gestão por competência GCPEC.

Objetivo da Avaliação

Fornecer os elementos objetivos e formas que possibilitem a avaliação do desempenho do colaborador no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado, sob o prisma de que o concurso, por si só, não define, e nem permite, conhecer todo o potencial dos profissionais.

Como Avaliar

A avaliação será feita pela chefia imediata do colaborador. Caso a chefia imediata esteja ausente no período proposto no cronograma para realização das avaliações, caberá ao seu substituto interino a realização das avaliações, contanto que tenha acompanhado o profissional a ser avaliado desde o início de suas atividades.

Etapas do Processo

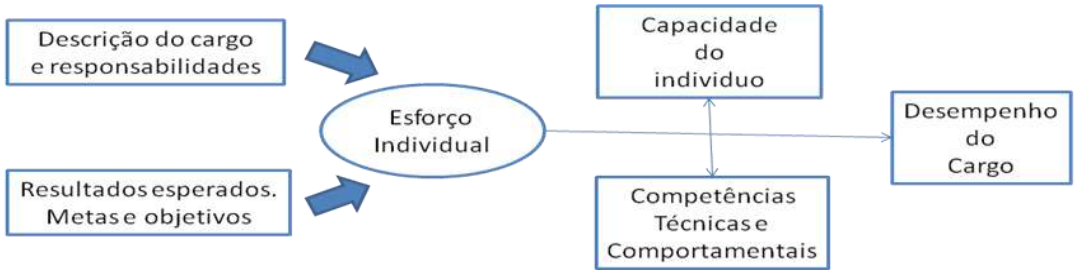
- Preenchimento do Formulário

Caberá à liderança imediata o preenchimento do formulário de avaliação, bem como as justificativas dos itens pontuados. O documento da avaliação de desempenho não necessita ser entregue ao RH da Instituição de forma impressa pois este fiacará disponível ao setor de Gestão de Pessoas via sistema GCPEC, sendo sua realização conforme prazo definido no cronograma. O colaborador deverá receber o feedback do coordenador do setor dentro do prazo estabelecido pelo cronograma.

4. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR COMPETÊNCIA

É uma ferramenta utilizada pela área de Gestão de Pessoas para identificar possíveis melhoras de desempenho e competências nos colaboradores da empresa. Partimos do princípio: “O que pode ser avaliado pode ser melhorado”. Portanto, esta metodologia oferece desenvolvimento profissional e outros benefícios para a organização.

Figura I



Objetivos

- Permitir condições de medição e desenvolvimento do capital humano visando determinar a sua plena aplicação;
- Permitir o aumento dos recursos humanos como importante vantagem competitiva e cuja produtividade pode ser desenvolvida, dependendo da forma de administração;
- Fornecer oportunidade de crescimento e condições de efetiva participação de todos os membros da organização, tendo em vista, de um lado os objetivos organizacionais e de outro os objetivos individuais.

Benefícios para os Líderes

- Avaliar o desempenho e o comportamento dos colaboradores, baseados em fatores objetivos de avaliação, contando assim com um sistema de medição capaz de neutralizar a subjetividade;
- Propor providências no sentido de melhorar o padrão de desempenho de seus colaboradores;
- Estabelecer a comunicação com os membros da entidade, no sentido de fazê-los entender e compreender a avaliação de desempenho como um sistema objetivo e eficaz na medição do seu desempenho.

Benefícios para os colaboradores

- Conhecer as regras e metodologia do processo;
- Conhecer quais são as expectativas do seu gestor em relação ao seu desempenho, seus pontos fortes e fracos; segundo a avaliação do gestor;
- Fazer uma autoavaliação e autocrítica quanto ao seu autodesenvolvimento e autocontrole.

Benefícios para a entidade

- Avaliar o seu potencial a curto, médio e longo prazo e definir a contribuição e o papel de cada colaborador;
- Identificar os colaboradores que precisam de reciclagem ou aperfeiçoamento;
- Selecionar colaboradores com bons resultados e em condições de promoção ou transferência;
- Dinamizar a política de gestão de pessoas na organização e oferecer oportunidades aos colaboradores.

Como ocorre a avaliação de desempenho por competências?

- A Avaliação de Desempenho (avaliação 180º) é realizada considerando a avaliação da chefia imediata, a auto avaliação do colaborador e o consenso, todas etapas utilizando os fatores baseados em competências fundamentais para o desenvolvimento de suas funções.

Quando ocorre a avaliação de desempenho por competências?

A aplicação dos instrumentos da Avaliação de Desempenho ocorre anualmente para todos os colaboradores **com mais de 1 ano na empresa.**

Como realizo minha avaliação de desempenho por competências?

O processo de Avaliação de Desempenho é feito por meio de formulário apropriado para cada cargo disponível via **GCPEC**., conforme preconizao no Manual de Liderança e PRS HMTJ 263.

Avaliação Médicos PJs

- Cabe a direção geral e/ou médica a realização da avaliação de desempenho dos serviços médicos prestados na unidade, a se realizar por meio de formulário específico na plataforma Fluig.

O que é o Feedback (Retorno)?

“Feedback é o processo de fornecer dados a uma pessoa ou grupo ajudando-o a melhorar seu desempenho no sentido de atingir seus objetivos.”

O feedback deve ser um processo realizado em conjunto de forma interativa, pressupondo objetividade, confiança, autocrítica, senso de justiça e ética por parte tanto do avaliador quanto do avaliado.

LEMBRE-SE: “O avaliado não vai apenas tomar conhecimento do que o seu lider pensa dele, pois o feedback reveste-se de um caráter de orientação em que o gestor deve reconhecer, esclarecer, mostrar o caminho, valorizar e estabelecer metas”.

Dicas para realizar o feedback (retorno da avaliação)

O AVALIADOR deve:

- Dirigir-se diretamente à pessoa;
- Seguir o ditado: elogie em público e critique em particular;
- Iniciar sempre pelos pontos fortes, alimentando a auto-estima do avaliado;
- Estabelecer metas de manutenção dos pontos altos (positivos);
- Abordar os pontos a serem melhorados, sempre relacionados com dados reais;
- Fazer com que o avaliado compreenda o que precisa melhorar;
- Estabelecer metas de melhorias com prazos fixados para reavaliação;
- Finalizar a avaliação dando espaço para que o avaliado fale;
- Reforçar mais alguns pontos fortes, para estimular a auto-estima e terminar em clima e bem-estar;
- Em caso de crítica, tomar todos os cuidados para que seja construtiva;
- Ao final, agradecer a atenção do avaliado.

O AVALIADO deve:

- Focar atenção no avaliador e ouvir atentamente;
- Em caso de dúvidas, fazer perguntas que o ajudem a compreender o raciocínio do avaliador;
- Colocar-se no lugar do avaliador e imaginar como conduziria esta situação;
- Solicitar esclarecimentos para assegurar o entendimento;
- Fazer uma análise profunda de tudo que ouviu;
- Ao final, agradecer a contribuição do outro.

Critérios da Avaliação

Conceituando esses critérios, temos:

1) **Azul →** "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.

2) **Verde →** O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.

3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.

4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.

5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

NOTA[11]: Em casos em que a habilidade não se aplicar como critério de avaliação, não estando descrita na PEC do colaborador, poderá ser utilizada o a escolha do campo ".Não se aplica".

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

Para o processo de Treinamento e Capacitação deverão ser mensurados indicadores para acompanhamento do desempenho. Os setores devem encaminhar mensalmente os registros de treinamento para que o setor de Recursos Humanos possa realizar os cálculos.

I. **Percentual de Liderança capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

II. **Percentual de colaboradores capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

III. **Avaliação de Desempenho por Competências** – Anual – Meta: 80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria)/ Ruim.

IV. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas**– Mensal – Meta: 80%;

V. **Pesquisa de clima organizacional** – Anual de acordo com a programação do RH – Meta: 80%

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. Aplicação do Treinamento – Realização de um novo treinamento contemplando em melhor performance itens (metodologia, instrutor e etc) apurados como oportunidades de melhoria ou mesmo que não tiveram boa efetividade;

II. Registro de Treinamento – Em casos de erros nos registros ou mesmo dados faltosos, refazer listagem corrigindo dados para validação do treinamento. E nos casos em que não houver como concertar, solicitar a liderança o envio da informação via e-mail ou circular sobre a organização ou falta dela;

III. LNTD – Refazer o LNTD reformulando dados faltosos ou mesmos que não puderam ser realizados;

IV. Documentos de validação dos treinamentos – Após conferência dos dados e verificação de inconsistências/ incoerências, entrar em contato com lideranças solicitando correções e justificativas por escrito. Em casos de não

realização das correções, realizar registro de não conformidade;

V. Não realização do treinamento de integração – Reprogramar em tempo hábil e em casos de não encaminhamento de participação no Comitê de Recepção, desligar colaborador;

VI. Entrevistas do RH relacionados à avaliação de experiência e aplicação da prova institucional durante a pandemia - Realização dessas etapas por meio de contato telefônico para evitar aglomeração e/ou contato externo com colaborador neste período.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição.

V. Siglas e Definições

RH: Recursos Humanos

T&D: Treinamento e Desenvolvimento

Treinamento: É qualquer procedimento que vise promover e aumentar o aprendizado entre os colaboradores de uma instituição, visando – particularmente – à aquisição de habilidades para um determinado cargo. “É a aquisição sistemática de atitudes, conceitos, conhecimentos, regras ou habilidades que resulta em melhoria de desempenho no trabalho".

Desenvolvimento: É o processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos colaboradores a fim de torná-los futuros membros valiosos da organização. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.
É a educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional, focalizando, geralmente, os cargos a serem ocupados futuramente na organização e as novas habilidades e capacidades que serão requeridas.

Treinamento Presencial: Realizado com a presença física do instrutor e do treinando, cujo objetivo é qualificar, reciclar, atualizar e/ou aperfeiçoar o desempenho dos treinados. Pode ocorrer em salas de aula de centros de treinamento, em escolas de formação profissional, em instalações adaptadas nos locais de trabalho, reunindo colaboradores de vários órgãos.

Treinamento à Distância EAD: É o tipo de treinamento que se caracteriza pela separação física entre o instrutor e o treinando, utilizando meios de comunicação para promover a interação entre ambos e transmitir os conteúdos educativos.

Treinamento em Serviço ou ON THE JOB: Realizado no ambiente de trabalho do colaborador, destinado à

aquisição de conhecimentos práticos e/ou desenvolvimento de habilidades específicas.

Reuniões Informativas: São realizadas periódicas – ou esporadicamente – conforme a necessidade, a fim de atualizar os colaboradores (e as chefias) sobre os assuntos pertinentes às suas áreas.

Palestras: É a apresentação de um assunto específico, seguido de questionamentos e comentários por parte do público. Pode ser apresentada por colaborador da mesma instituição, de outra instituição ou de alguma instituição contratada externamente.

Seminário: Evento que reúnem especialistas: De uma ou mais áreas de conhecimento – com o objetivo de promover (ou ampliar) o debate sobre um tema específico, a partir de enfoques diferentes. Os atores de um seminário são os palestrantes, os debatedores, os coordenadores, o secretário e o público em geral.

Congresso / Conferência: Conferência é uma reunião promovida por entidades associativas, visando debater assuntos que interessam a um determinado ramo profissional. Congregam profissionais de renome, objetivando atualizar a categoria e/ou divulgar descobertas científicas. Os congressos são realizados a partir de temas relevantes e englobam cursos de curta duração, palestras, vivências, mesas redondas, etc.

Treinamento de Rotinas de Trabalho: Tem como objetivo capacitar os colaboradores para execução de procedimentos operacionais de forma padronizada e baseada na legislação, garantindo qualidade no atendimento.

Treinamento Técnico: Tem como objetivo capacitar os colaboradores em aspectos técnicos, baseados em literatura pertinente afim de que estes executem de forma adequada a suas funções.

Treinamento Corporativo: São todos aqueles treinamentos realizados para mais de um setor ou em casos em que o treinamento está sendo ministrado de um setor para outro.

Treinamento Comportamental: São todos aqueles treinamentos realizados com o objetivo de desenvolver comportamentos, habilidades e atitudes dos participantes. A avaliação de capacitação neste caso poderá ser observada ao longo do tempo. Orienta-se que para este tipo de treinamento seja observado o momento da execução das atividades durante o treinamento e também a abertura do treinando para refletir sobre tais comportamentos.

Treinamento de Integração: Visa facilitar a adaptação inicial à cultura da instituição e a ambientação social e física, onde o novo colaborador trabalhará.

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

Treinando: é o profissional foco das ações de treinamento e desenvolvimento.

Instrutor: é o profissional responsável pela disseminação de conhecimento nas ações de T&D.

VI.Anexos

PRS HMTJ 045_Anexo 1_TBI_Treinamento Básico Introdutório

PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD_Levantamento Necessidade Treinamento e Desenvolvimento

PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa Avaliativa de Treinamento (Avaliação de reação)

PRS HMTJ 045_Anexo 4.1_Compilação da Pesquisa de Avaliação do Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação de eficácia (Prova)

PRS HMTJ 045_Anexo 5.1_Prova Avaliativa do Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em Serviço).

PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de Capacitação

PRS HMTJ 045_Anexo 8.1_Termo Justificativa ausência treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 9_Regimento Interno do Comitê de Recepção

PRS HMTJ 045_Anexo 10_Avaliação de desempenho no período de experiência 45 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 10.2_Avaliação Setorial de Período de Experiência 45 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 11_Avaliação de desempenho no período de experiência 90 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 11.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 2ª Etapa – 90 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 90 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 12.2_Manual AD 2018

PRS HMTJ 045_Anexo 13_Fluxograma de Treinamento LNTD

PRS HMTJ 045_Anexo 13.1_Orientação de Utilização e Entrega dos Formulários de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 14_PAT_Plano Anual de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 15_Comitê de Recepção

PRS HMTJ 045_Anexo 16_Análise Avaliativa de Congresso, Seminário ou Simpósio

PRS HMTJ 045_Anexo 18_Planilha de compilação de treinamentos

PRS HMTJ 047 - Recrutamento, selecao, admissao e demissao de pessoal

PRS HMTJ 052_PDL Programa de desenvolvimento de lideranças

PRS HMTJ 189 - Concessão e Manutenção Bolsa de Estudo

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

I. Objetivo

Atualizar o conhecimento do indivíduo ou equipe acerca de um tema. Suprir as habilidades requeridas, os conhecimentos específicos para o desempenho eficaz das tarefas do cargo, motivando a sensibilidade nas relações interpessoais, na condução das equipes e otimizando os processos e resultados organizacionais.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Vitae, Sistema SIGQUALI, Sistema Fluig, Espaço Físico, Recursos Tecnológicos (Data Show, Computador, Pen Drive), Formulários padronizados

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

É papel do líder buscar desenvolver a resiliência, entendendo ser essa uma competência necessária para encarar e se adpatar as mudanças que veham ocorrer, bem como conduzir a equipe nessas situações. É necessário que o líder proporcione um ambiente de trabalho seguro, acolhedor, aberto para discursões e oportunidades de melhoria, buscando sempre capacitar e compartilhar conhecimento com seus liderados, fomentando sempre o trabalho em equipe.

Caberá a liderança estimular sua equipe através da análise do desempenho individual do colaborador, do reconhecimento, do levantamento das oportunidades de melhoria, do feedback constante, e do alinhamento dos objetivos individuais com os objetivos da organização.

Para desempenhar tais papéis, naturalmente, as lideranças precisarão estar preparados, não somente no domínio de aspectos cognitivos técnicos inerentes à sua área de atuação mas, também ter habilidades, disposição e conhecimentos que o coloquem na posição de líder do seu grupo, em condições de agir no sentido convergente com a organização e seus objetivos estratégicos.

O resultado da atuação gerencial deverá ir ao encontro do desejo das pessoas de que seu ambiente de trabalho seja agradável e lhes propicie crescimento profissional e pessoal. Há de ser considerada a combinação dos objetivos organizacionais com os objetivos dos colaboradores

Caberá também ao corpo gerencial a tarefa contínua de alinhar a visão da organização às ações do cotidiano, o que contribuirá para o colaborador manter o sentimento de confiança na organização, ter orgulho de nela trabalhar e, assim, construir seu futuro e realizar seus sonhos.

Na organização, a simplicidade deverá ser objetivo permanente. Não há lugar para desperdício, em sentido geral e, em particular, para o desperdício causado pelas práticas burocratizantes e desnecessárias.

O tempo dedicado à burocracia e às atividades artificialmente complicadas é tempo que poderia ser dedicado à inovação, ao aprendizado, à criatividade, enfim, ao aperfeiçoamento pessoal, organizacional e dos produtos e serviços.

O autodesenvolvimento será promovido com ênfase. O desenvolvimento somente será obtido por meio do

engajamento, interesse, emoção e persistência do próprio colaborador.

O gerente atuará como elo dos colaboradores à Visão da Entidade. Fomentará o alinhamento dos colaboradores e será mais um facilitador, fomentador, criador de condições e persistente identificador de oportunidades para desenvolver pessoas e reconhecer seus méritos.

Um líder bem preparado, consciente de suas responsabilidades motiva para o resultado, apoia o crescimento da equipe, introduz novos processos e tecnologias, proporciona o crescimento da entidade e garante competitividade.

Para que isso possa ocorrer, o RH realiza anualmente o levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento, com base nas competências definidas para a área (Liderança), e nos GAPS que venham ser encontrados na pesquisa de clima organizacional e na avaliação de desempenho

Implantação e Implementação do Progama de Desenvolvimento de Lideranças (PDL): será implantado na entidade, com as lideranças, ou seja, com os coordenadores do setor ou colaboradores estratégicos. O programa tem abrangência para todos demais líderes, e os profissionais das unidades participarão com a ajuda dos RH locais, sendo que depois de aprovado e aplicado na matriz..

O programa na prática: O PDL apresenta dois pilares do desenvolvimento do perfil de Liderança Centrada no Coaching/ Desenvolvimento e Autocoaching/ autodesenvolvimento: Hábitos eficazes e Liderança Situacional. Diante de cada pilar, é trabalhado o desenvolvimento de habilidades, competências e comportamentos como, por exemplo: delegar, feedback, comunicação, administração do tempo, ambiente de aprendizagem, decisões compartilhadas, construção de valores, bem como princípios.

As atividades do Programa de Desenvolvimento de Lideranças ao longo do ano são diversificadas, e a metodologia aplicada pode compreender as seguintes ações:

- RH HMTJ: realização de capacitações com temas voltados para ~~como~~ administração do tempo, relações interpessoais, trabalho em equipe, gestão do clima, como motivar sua equipe, entre outros.

- Cursos na entidade: parcerias com instituições como a Dom Cabral.

- Reunião Mensal de Líderes: encontro que tem a finalidade de estimular a integração entre o corpo de líderes.

- Coaching Interno Avaliação de desempenho da liderança no formato 180º: A instituição trabalha no desenvolvimento das competências essenciais e complementares destinadas à liderança, bem como as competências organizacionais. Nas avaliações onde forem identificados pontos de melhoria, serão criados planos de ação a fim de melhorar o desempenho do líder

- Avaliação de Performance Pesquisa de Clima Organizacional: em que os liderados avaliam seus líderes em competências como: acessibilidade, comunicação, *feedback*, relacionamento, motivação, respeito e confiança;

- As mudanças esperadas: Com a implantação do PDL – Programa de Desenvolvimento de Lideranças, se espera observar mudanças positivas no relacionamento líder-liderado, bem como, criar na entidade um ambiente muito mais aberto, inovador e de relacionamento construtivo.

- Mecanismo para medição: será a comparação da pesquisa de clima do ano de aplicação com a do ano anterior, e a melhora nos resultados das avaliações de desempenho de liderança e de colaborador.

- **RH Indica:** com livros, filmes e/ ou cursos no intuito de fomentar e criar cultura de consciência crítica entre as lideranças sobre os principais fatores que compõem um líder;
- **LNTD:** voltadas para os gaps dos líderes e/ ou oportunidades de melhoria identificadas na avaliação de desempenho;
- **TBI:** O treinamento básico introdutório dos cargos de liderança apresenta políticas e normas extremamente importantes ao desenvolvimento inicial destes profissionais.

Visando o desenvolvimento de potenciais líderes, a organização criou o **Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainees em unidades de saúde que estão sob a gestão da entidade.**

O programa de treinamento e desenvolvimento para Trainee na Gestão de Unidades de Saúde da OSS HMTJ, é um projeto voltado para graduados nos mais diversos cursos, como por exemplo Administração, Ciências Contábeis, Economia, Direito, Recursos Humanos, Psicologia, Farmácia e Enfermagem, entre outros, com a finalidade de desenvolvê-los em todas as áreas de apoio à gestão que compõem uma Unidade de Saúde da Entidade.

Ao selecionar esse candidato para o programa, a instituição tem como objetivo reter os profissionais que possuam uma boa postura profissional, que reúnam competências como liderança, proatividade, foco em resultados, capacidade de se comunicar, com habilidade para desenvolver trabalho em equipe, e que se destacarem no treinamento oferecido pela Entidade, se tornando um profissional comprometido com a missão da instituição de prestar uma assistência humanizada à sociedade.

Uma vez desenvolvido com as características citadas acima, este profissional estará apto para assumir funções de liderança dentro da instituição, uma vez que estará engajado no cumprimento dos princípios da mesma.

O Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainee na Gestão de Unidades de Saúde da OSSHMTJ, possui a duração de 12 meses, e durante esse período o Trainee selecionado terá seu contrato regido pela CLT e cumprirá uma carga horária de 44h semanais, sendo esta distribuída de segunda a sexta-feira.

O colaborador da instituição poderá participar do processo de seleção, desde que possua mais de 6 meses na instituição, tenha concluído o nível superior no momento do processo seletivo, que a remuneração recebida no cargo atual seja igual ou inferior à remuneração proposta para o programa, e que a sua participação não gere nenhum impacto negativo às suas atividades setoriais. O colaborador que ingressar no programa, e que ao final dele não for indicado para uma vaga de liderança, não poderá retornar para sua função de origem, salvo se o salário for o mesmo e a vaga estiver disponível.

O profissional inserido nesse programa será capacitado na Sede da OSS HMTJ nos setores de Suprimentos, Contratos, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, SESMT, Qualidade, Controladoria, Financeiro, Auditoria Interna, Contabilidade, Custos e Comunicação. Nas unidades, nos setores de Recepção, NIR (Núcleo Interno de Regulação), Manutenção, Engenharia Clínica, Faturamento, Almoxarifado, Farmácia e Controle de Terceirizados. Em todos os setores o Trainee terá como preceptor a liderança responsável pela área, onde serão ministrados os treinamentos de acordo com o conteúdo programático pré estabelecido.

1. **INDICADORES DE EFETIVIDADE:**

   I. **Percentual de Liderança capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

   II. **Percentual de colaboradores capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

   III. **Avaliação de Desempenho por Competências** – Anual – Meta: 80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria)/ Ruim.

   IV. **Adesão aos Processos de RH** – Mensal – Meta: 100%;

   V. **Pesquisa de clima organizacional** – Anual – Meta: 90%

2. **EXCEÇÕES:**

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. **CONTINGÊNCIA:**

Não se aplica.

4. **VIGÊNCIA:**

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

Alta Liderança = Diretoria: Líder de processos ou da instituição: competências relacionadas a controladoria, relação com acionistas e capacidade de definir e executar estratégias.

Líder = Gerentes: Líder de líderes ou de áreas: competências necessárias para liderar.

Coordenadores, Supervisores e RT: líder de pessoas, processos e metas: competências básicas e inicia o desenvolvimento de competências estratégicas. É uma pessoa muito importante dentro das entidades, isso pela sua capacidade de gerir e orientar toda a equipe, sendo apto a resolver problemas, motivar o time e trabalhar junto com ele em prol do crescimento e desenvolvimento da entidade.

Líder educador = **Gerentes, Coordenadores, Supervisores e RT**: é o agente promotor de desenvolvimento e estímulo ao aprendizado de sua equipe.

Líder Técnico/Coach = Diretoria, Gerentes, Coordenadores, Supervisores e RT: O líder-técnico é, acima de tudo, aquele que proporciona desenvolvimento antes de cobrar performance, utiliza ferramentas como *feedback* e delegação, mas, acima de tudo, preocupa-se com o desenvolvimento de seus liderados, tanto nos aspectos profissionais quanto nos pessoais.

Liderança Situacional: corresponde à liderança que é moldada de acordo com uma situação apresentada. O líder precisa ter a capacidade de fazer a análise do que está acontecendo, e com "jogo de cintura", decidir qual postura será adequada para aquela ocasião. Adequando-se ao momento de forma rápida e eficaz, o líder é capaz de delegar tarefas ao mesmo tempo em que motiva seus colaboradores a fazer suas demandas da melhor maneira, alcançando os resultados planejados. Portanto, essa característica adaptativa faz com que o líder seja capaz de contornar todas as adversidades, de forma a eliminá-las.

Esse tipo de liderança requer algumas características específicas para que seja exercida, como ter ***"jogo de cintura", flexibilidade, boa comunicação, bom relacionamento, resiliência, inteligência emocional, maturidade profissional e visão sistêmica.*** Essas competências e habilidades fazem com que o líder saiba lidar com diferentes perfis profissionais, além de ter bom retorno, construir relações interpessoais harmônicas, e conseguir perceber os próprios sentimentos e de seus colaboradores

Trainee: Define um tipo de cargo dentro da estrutura hierárquica de uma organização no qual ocorre o treinamento de um profissional para uma tarefa específica.

VI.Anexos

PRS HMTJ 045_Anexo 14_PAT_Plano Anual de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 12_Formulario avaliacao de desempenho por competencia_Geral

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

PRS HMTJ 045_Anexo 22_Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainee na Gestão das Unidades de Saúde

PRS HMTJ 045 – Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoal

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Apresentação de plano de cargos e salários

I. Objetivo

Estabelecer normas e procedimentos para aplicação na política de remuneração dos colaboradores do HMTJ. Estimular a profissionalização, atualização e contínuo aperfeiçoamento técnico – profissional, garantindo a promoção de acordo com o desenvolvimento de sua formação acadêmica, experiência vivência individual e auto-desenvolvimento. Buscando a manutenção do equilíbrio interno e externo da Organização.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Gestão de Pessoas, Sistema SIGQUALI, GCPEC e FLUIG, Formulários padronizados.

III. Abrangência

A política é aplicável para todas as unidades geridas pela Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

IV. Descrição dos passos da atividade

DEFINIÇÃO:

Considerando a necessidade de conferir transparência e eficiência no processo de contratações no âmbito dos serviços e gerenciamento de unidades públicas nos diversos estados do país, pela OSS HMTJ – a entidade publica este Procedimento que aborda as principais normas e critérios de administração de cargos e salários que utilizaremos na Instituição.

A atualização das descrições de cargos e salários tem como objetivo deixar transparente para os colaboradores as regras de ascensão da empresa e servir de base para as decisões do dia a dia dos Diretores e Gerentes relacionadas com Cargos e Salários, respeitando legislações e pisos vigentes nas categorias trabalhistas.

As diretrizes contidas neste documento ajudarão nossos executivos das

diversas áreas da empresa a tomar decisões mais consistentes e coerentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantir a atribuição de salário justo a todos os funcionários da entidade sempre de acordo com as atribuições da função exercida;
- Garantir que os salários sejam baseados em pesquisas periódicas do mercado de trabalho em empresas e entidades de mesmo porte e perfil epidemiológico da rede privada e filantrópica com padrões de excelência e qualidade no atendimento;
- Facilitar o controle das folhas de pagamento e permitir uma visão corporativa dos cargos e postos de trabalho autorizados;
- Oferecer e facilitar a promoção de funcionários de acordo com novas habilidades adquiridas e de acordo com o orçamento efetivamente recebido;
- Manter um banco de talentos, permitindo que no caso de postos vagos o recrutamento seja feito internamente com a possibilidade de oferecer melhores posições aos funcionários habilitados;
- Orientar a elaboração de programas de treinamento tendo em vista os requisitos necessários para a ocupação dos diversos cargos que compõem o quadro de pessoal.

RESPONSABILIDADES:

Os custos com funcionários são alocados em Centros de Custos com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária definidos pelo Base Zero e orçamento financeiro disponível para a instituição.

As Descrições de Cargo são analisadas pelo setor de RH e validadas pelos Gerentes dos Processos, em seguida são enviadas para o setor de RH para atualização no sistema SIGQUALI/ GCPEC. Tais análises ou revisões serão realizadas sempre que houver necessidade, por determinações legais a mudança salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades, ou anualmente de acordo com padrão estabelecido pela qualidade.

Cabe ao Coordenador somente a alteração do tópico: Detalhamento das Atribuições do Cargo.

As demais alterações inerentes a outros campos só poderão ser realizadas pelo setor de RH definidos por meio do planejamento estratégico da empresa ou solicitações da Direção.

1. **Finalidades da descrição e análise de cargos:**
   - Subsídios ao recrutamento: fonte de informações para o setor Recursos Humanos, base para coleta de dados, divulgação e técnicas de seleção.
   - Subsídios à seleção de pessoas: perfil e características do ocupante do cargo, requisitos exigidos, definição da bateria de provas e testes de seleção etc.
   - Material para treinamento: conteúdo dos programas de treinamento, conhecimentos e habilidades exigidos ao ocupante e atitudes frente ao cliente interno e externo.
   - Base para avaliação e classificação de cargos: definição de faixas salariais, escolha de cargos referenciais para pesquisa de salários etc.
   - Avaliação de desempenho: definição de critérios e padrões de desempenho para avaliar os ocupantes, metas e resultados a serem alcançados.
   - Base para programas de higiene e segurança: informações sobre condições de insalubridade e periculosidade comuns a determinados cargos.
   - Guia para a liderança: informações sobre o conteúdo dos cargos e desempenho dos ocupantes.

2. **Identificação dos Cargos**

A descrição de um cargo deverá ser documentada sempre que for criado um novo cargo, e analisada anualmente ou quando houver necessidade de alterações nas descrições vigentes. A liderança (Gerente/Coordenador/Supervisor) de cada setor será responsável pela descrição e validação dos cargos de sua área. A descrição deverá ser realizada no formulário "Perfil Estruturado por Competências", conforme Anexo 1, deste procedimento, através do preenchimento dos seguintes campos, a identificação do cargo deverá contemplar:

Empresa, unidade, cargo e centro de custo (setor), jornada de trabalho - Conforme descrição específica do cargo.

Tipo de PEC - Liderança, operacional, estagiário/trainee.

Descrição do cargo - descrição das principais atividades e responsabilidades institucionais do cargo específico.

Especificações do cargo - descrição de formação acadêmica, caractéristicas específicas como sexo, informática, experiência, idade mínima e conhecimentos técnicos específicos aplicadados a cada cargo.

PRINCIPIOS BÁSICOS DA ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS, SALÁRIOS, REMUNERAÇÃO E BENEFICIOS

A administração de cargos, remuneração e benefícios da empresa será feita considerando os seguintes princípios básicos. O salário de cada cargo será baseado nos conhecimentos exigidos pela função, complexidades das atividades desenvolvidas e responsabilidades pela execução de tarefas ou apresentação de resultados específicos esperados do cargo.

Os salários serão estabelecidos de forma a serem competitivos quando comparados com os padrões de mercado de empresas que tenham situação econômico-financeira semelhante à da nossa empresa. Por exemplo, empresas que sejam parecidas com a nossa em termos de porte, participação de mercado, filosofia de gestão empresarial e outros fatores que possam indicar que utilizam profissionais do mesmo gabarito dos nossos. Uma remuneração competitiva nos permitirá atrair e reter profissionais de bom desempenho.

A política salarial levará em conta o desempenho econômico-financeiro da empresa e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. A evolução dos salários será prevista no orçamento, da mesma forma que todas as despesas, receitas e investimentos planejados pela empresa e será acompanhada regularmente pelos sistemas de informações gerenciais.

3. Estrutura de Cargos e Salários

- **Estrutura de Cargos**

Nossos cargos estão organizados conforme a importância relativa de cada cargo dentro da estrutura organizacional. A estrutura de cargos da empresa é composta por Classes de cargos. Cada Classe de cargos abriga cargos que foram considerados como sendo semelhantes quanto aos conhecimentos exigidos, complexidades e responsabilidades da função.

- **Salários**

O salário é a remuneração que um trabalhador recebe pelo serviço que ele executa, o valor deste salário é variável de acordo com o contrato firmado entre o empregador e o empregado. O HMTJ se preocupa em pagar um salário compatível com o mercado de trabalho de atual profissional bem como estabelecido por meio de pisos salariais descrito em convenções trabalhistas vigentes.

- **Remuneração**

A remuneração é a soma do salário contratualmente estipulado (mensal, por hora, por tarefa etc.) com outras vantagens percebidas na vigência do contrato de trabalho como horas extras, adicional noturno, adicional de periculosidade, insalubridade, comissões, percentagens, gratificações, diárias para viagem entre outras. Esta pode variar conforme normas estabelecidas pelo acordo coletivo/ convenções de trabalho nas unidades geridas pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

- **Benefícios**

Os benefícios para colaboradores trazem vantagens para a empresa além de deixarem as vagas de trabalho mais atrativas que a dos concorrentes e promovem o aumento da produtividade das equipes. Este benefícios são divididos entre benefícios obrigatórios por legislação e benefícios estratégicos em prol dos colaboradores. São considerados benefícios obrigatórios:

FGTS

O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) é uma contribuição de 8% do valor do salário do trabalhador, que não tem acesso imediato ao benefício. Só pode ser sacado mediante demissão sem justa causa ou em situações definidas pela lei.

Férias

A cada 12 meses trabalhados o colaborador terá direito a um descanso de 30 dias com a remuneração normal acrescida de 1/3 de seu salário. Se ocorrer o desligamento do colaborador antes dos 12 meses ou se já tiver usufruído das férias, o benefício é acrescido no valor da rescisão, ainda que proporcionalmente.

Décimo terceiro salário

Sempre nos dois últimos meses do ano, o trabalhador ganha um salário extra conhecido por 13º salário. Ele é proporcional aos meses trabalhados naquele ano.

Adicional noturno

O adicional noturno é destinado apenas para os trabalhadores que exerçam suas atividades entre 22 horas de um dia às 5 horas do dia seguinte. Trata-se de um valor acrescido ao salário-base.

Vale-transporte

Benefício de oferta obrigatória: ou seja, se o colaborador vai trabalhar de carro, carona ou mora muito perto do trabalho, ele pode optar por não receber esse benefício. Se escolher receber o vale transporte terá o desconto de até 6% do valor de seu salário.

Os benefícios para colaboradores que podem ser usados de forma estratégica são aqueles que não são obrigatórios por lei, mas que surtem efeito benéfico em diferentes aspectos, como a retenção de talentos. Tais como: convênios com farmácias, clubes, plano médico, bolsas de estudos, descontos em lugares comerciais e podem variar conforme o perfil e disponibilidade financeira da unidade gerida pela OSS HMTJ.

- **Orçamento**

Cada Centro de Custo terá seu orçamento de salários determinado pela somatória dos salários de cada cargo subordinado ao Centro de Custo estabelecidos pelo Base Zero.

- **Posições Temporárias**

➢ **Situações de emergência** – quando para o perfeito funcionamento de uma Unidade torna-se necessária a admissão imediata de um novo funcionário, este poderá ser admitido mesmo sem a existência de um Posto autorizado. O Posto temporário assim criado terá validade de prazo determinado sendo automaticamente extinto no fim deste prazo.

➢ **Afastamento temporário de funcionários –** quando por motivo de afastamento temporário de um funcionário torna-se necessário a contratação de um substituto, este deverá ser contratado num posto temporário. Neste acaso o Posto temporário será criado com vencimento na data prevista para a volta do funcionário regular do Posto

➢ **Criação de Postos Temporários** – a criação de um Posto Temporário ocorrerá através de solicitação pelo gestor do CC (Centro de Custos), aprovação do Diretor da Unidade e comunicação ao setor de RH e aprovação do Diretor da OSS.

➢ **Criação de Novos Postos** – a criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo

Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentária.

- **Cargos de Confiança** – São os cargos de natureza gerencial ou de assessoramento especial previsto na estrutura de operacionalização.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

4. Salário de Admissão

O salário de admissão será definido sempre no nível inicial da faixa salarial estabelecido no Base Zero apresentado na proposta orçamentária anual e/ ou decisões estratégicas definidas pela Direção.

4.1. Salário para um novo Cargo

Os novos cargos que forem criados serão avaliados e classificados conforme a metodologia e critérios utilizados para elaboração da estrutura de cargos definidos pelo setor de Recursos Humanos.

4.2. Alterações Salariais

Os tipos de alteração salarial previstos no Sistema de Administração de Cargos e Salários são os seguintes:

- Promoção (promoção para um cargo maior);
- Gratificação Salarial;
- Mérito (aumento de salário por merecimento, definidos após avaliação de desempenho);
- Posicionamento dos salários dentro da Faixa Salarial;
- Transferência de Área/ Adequação do cargo;
- Ajustes de mercado;
- Concessão de aumentos coletivos;
- Alteração de carga Horária.

4.2.1 Promoção

Os aumentos por promoção são concedidos aos funcionários que passam a ocupar cargos incluídos numa Classe superior à Classe atual dentro da estrutura de cargos, poderá ocorrer em função da necessidade de preenchimento de uma vaga em aberto (caso de Encarregados, Supervisores, Gerentes, por exemplo).

Os candidatos a uma promoção deverão passar por um processo de avaliação

conduzido pela área de Recursos Humanos, por critérios definidos no processo seletivo interno.

Os aumentos decorrentes da promoção podem ser concedidos em qualquer mês do ano, desde que o funcionário preencha os requisitos descritos no PEC e necessários à promoção, mínimo de seis meses como funcionário na instituição ou em menos tempo para casos de mudança estratégica definidos pela Direção da entidade, via descrição no Fluig.

Os critérios para as promoções descritas acima compreendem o funcionário participar do processo seletivo interno, sendo encaminhado ao setor de Recursos Humanos para realização de prova teórica direcionada para a a´rea que será realizada a promoção caso seja aprovado com aproveitamento de 70%, entrevista por competência, comprovações/ certificados de que o colaborador atende as competências descritas no PEC, o preenchimento do formulário via sistema Fluig feito pelo gestor da área, para aprovação da direção, assinatura do termo aditivo e exame de troca de função. Quando a promoção for para cargos assistenciais, é necessário que o colaborador aprovado possua registro do conselho atualizado, anuidade paga comprovando que ele pode exercer a função e atestado de nada consta dos anos anteriores. Poderá ser observada a avaliação de desempenho por competência com média superior a 70%, bem como verificação do histórico de sanção administrativa do último trimeste. O processo de promoção deverá levar em consideração a realidade financeira e orçamento disponível da instituição neste período.

Critérios a serem considerados na avaliação para fins de promoção:

- Disciplina
- Assiduidade
- Pontualidade
- Colaboração com a equipe, superiores e colegas de trabalho
- Disponibilidade
- Qualidade do trabalho realizado
- Responsabilidade
- Apresentação pessoal
- Conhecimento da Função
- Desenvolvimento Técnico-Profissional
- Entendimento e pro atividade para mudança
- Comunicação

- Organização
- Liderança (para encarregados e acima)
- Resolução de conflitos (para encarregados e acima)

4.2.2 Gratificação Salarial

Poderá ser concedida gratificação pecuniária, nos casos que, após análise do setor de Recursos Humanos e análise orçamentária, for identificada necessidade de função específica realizar atividades relacionadas à liderança ou ser referência na área. Outras gratificações pdoerã se concedidas mediante força de legislação e/ou CCT (convenção coletiva de trabalho)

4.2.3 Aumento por Meritocracia (Avaliação de desempenho)

O aumento por mérito pode ser concedido ao funcionário que apresentar desempenho que o destaque significativamente dos demais ocupantes do mesmo cargo ou dentro de uma equipe de trabalho, sendo este levantamento através da ADC – Avaliação de Desempenho por Competência, realizado por meio do GCPEC.

É uma alteração do salário do funcionário dentro da Faixa Salarial da Classe correspondente ao seu cargo definidos pelas faixas: A, B, C e D. Os aumentos decorrentes da promoção podem ser concedidos sempre após a aplicação da ADC e devem se ajustar ao orçamento definido para essa finalidade.

4.2.4 Posicionamento dos salários dentro da Faixa Salarial

O salário de cada profissional será posicionado dentro da faixa salarial conforme o seu desempenho. Para um desempenho plenamente satisfatório, o salário do profissional ficará no nível C. Para um profissional que ainda precise melhorar seu desempenho, ou que ainda não esteja preparado para apresentar um desempenho satisfatório, o seu salário ficará entre os níveis A e B da faixa salarial. O profissional que estiver com um desempenho claramente acima de satisfatório ou mesmo extraordinário terá seu salário estabelecido no nível D da faixa salarial.

A progressão salarial entre faixas acontecerá a cada dois anos, utilizando como base a avaliação de desempenho afim de validar se o colaborador atende aos critérios adotados para a progressão, estando o profissional na mesma função por este mesmo período (02 anos) desde a data de sua admissão. Nos casos de promoção interna, este processo se contará pela data de sua nova função. O processo de progressão se

dará, levando-se em consideração a realidade financeira e orçamento disponível da instituição neste período.

O percentual recomendado para os casos de progressão varia entre 2,5% e 7,5% (Faixas A, B ou C). Em casos de desempenho destacado este percentual poderá chegar a 10% (Faixa D). É recomendado analisar com cuidado cada progressão, visando a evitar a criação de problemas de relatividade interna posteriormente.

4.2.5 Transferência de Área

Ocorre uma transferência quando o funcionário passa a ocupar um cargo em outra área. Por exemplo, um Assistente que é transferido da área administrativa para a área assistencial. Uma transferência geralmente não significa que o funcionário receberá um aumento de salário.

Se a transferência for para um cargo de uma classe superior à classe do cargo atual, serão aplicadas as mesmas regras definidas para os casos de promoção.

Se a transferência for para um cargo da mesma classe, e for necessário um aumento de salário para um melhor posicionamento do salário do funcionário na faixa salarial, serão aplicadas as mesmas regras definidas para os casos de progressão.

4.2.6 Ajustes de Mercado

São alterações salariais com o objetivo de alinhar o salário do cargo com os padrões de mercado, constatados por meio de pesquisa de remuneração ou percebidos pela empresa ao encontrar dificuldades para contratar determinados profissionais por um espaço de tempo que confirme ser essa uma situação crônica. A pesquisa de mercado será realizada nas instituições selecionadas pelo HMTJ, a fim de comparar os salários praticados internamente com o mercado externo. Recomenda-se, para manutenção da estrutura salarial praticada e estabelecida na tabela de salários, ser realizada uma pesquisa de remuneração no mercado externo em uma periodicidade de 24 meses.

4.2.7 Concessão de aumentos Coletivos

Poderá ocorrer por duas modalidades:

- Acordo ou Dissídio Coletivo que deverá ser aplicado integralmente
- Antecipação Salarial concedida por determinação legal/ sindical que deverá ser compensada na data base da categoria

4.2.8 Alteração de Carga Horária

Modificação ocorrida no salário em função de alteração da sua carga horária de trabalho diária ou mensal (extensão ou redução) após aprovação pelo RH, Controladoria e Direção da unidade.

5. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

Controle das promoções e Avaliação de Desempenho por Competência

6. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

7. CONTIGÊNCIA:

7.1. Em casos de falta de recursos financeiros, poderá ser revisto o Base Zero da área com Gestor, setor de RH, Controladoria e Direção do HMTJ, ou ainda, explanação e justificativa sobre realidade financeira da instituição para órgãos de prestação de contas e colaboradores;

7.2. Outros benefícios podem ser instituídos aos colaboradores através de obrigatoriedade por legislação vigente, Convenções/ Acordos coletivos, referentes a responsabilidades de cargo/ liderança/ responsabilidade técnica ou mesmo acordados com órgãos contratantes.

8. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso em que haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

PEC: Perfil Estruturado por Competências.

NRs: Normas Regulamentadoras.

ADC: Avaliação de Desempenho por Competência.

Autoridade: transmite a mensagem de ordem sem dar razões ou algum argumento de justificação e os indivíduos subordinados a esta autoridade aceitam e obedecem sem questionar.

Habilidade: capacidade técnica para realizar determinadas tarefas, desenvolvidas a partir de teoria e prática.

OSS HMTJ: Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CBO: Classificação Brasileira de Ocupação

Competência: Conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e aptidões que possibilitam maior probabilidade de obtenção de sucesso na execução de determinadas atividades.

Cargo: é a denominação de um conjunto de Postos de Trabalho em que todos os ocupantes terão funções semelhantes. Cada cargo terá um determinado numero de Postos de Trabalho autorizados. Ex. Auxiliar Administrativo

Posto de Trabalho: é a designação de uma vaga autorizada dentro de um determinado cargo. O Posto de Trabalho é representado por um numero de até três dígitos. Ex. Auxiliar Administrativo #02

Carreira: designa a área profissional do ocupante de um Posto de Trabalho.

VI. Anexos

PRS HMTJ 046_Anexo 2_Listagem de Cargos e Salários HMTJ
PRS HMTJ 046_Anexo 01 PEC HMTJ 000 - Perfil Estruturado por Competências
PRS HMTJ 047_Anexo 40_Controle PEC Unidades
PRS HMTJ 047_Anexo 41_Planilha competências
RH Informa - Tabela de Dissídios

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

Base Zero HMTJ

Rabaglio, Maria Odete. **Como implantar gestão por competências**: passo a passo. São Paulo: Edição do Autor, 2015

I. Objetivos

Gestão de pessoas por competências é um sistema para gerenciar os diferentes tipos de competências dos profissionais da organização. Esse modelo estabelece critérios claros para construção dos Perfis dos Cargos por Competências (antiga descrição de cargos), sendo assim, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

II. Materiais

Computador, Sistema GCPEC.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

A partir da iniciação do projeto, se estabelece junto com um Comitê Estratégico da instituição, a Metodologia de Avaliação de Desempenho para os cargos de Liderança e Operacionais e as ferramentas de Feedback, Planos de Desenvolvimento Individuais (PDIs).

O acesso ao sistema se dá por meio do endereço www.gcpecfatorrh.com.br/gcpec/Login. No campo usuário digite a sigla da empresa + o número do seu CPF sem traços, pontos e/ou espaços. Exemplo: usuário: hmtj12345678910. A senha no primeiro acesso é a data de nascimento no formato ddmmaaaa. Digite seu usuário, senha e clique em "Entrar", conforme Figura I.

Figura I

Após o login pela primeira vez, o sistema solicitará que você cadastre uma nova senha. O usuário permanecerá o mesmo. A nova senha pode conter letras e números. Devem ser cadastrados no mínimo 6 caracteres e não há limite máximo conforme Figura II.

Figura II

Depois de cadastrar uma nova senha o sistema abrirá a tela inicial do sistema, o qual a quantidade de ícones "abertos" irá se distinguir de usuário para usuário de acordo com perfil cadastrado pelo Recursos Humanos, conforme imagem a seguir.

Figura III

Ao clicar em qualquer ícone do sistema, este apresentará, no rodapé da página, submenus que reúnem funcionalidades (submenu de cor azul) e relatórios (submenu de cor laranja). O submenu na cor branca é o que está em uso, ou seja, a página que você está operando, conforme exemplo abaixo.

Figura IV

Como o GCPEC funciona diferente para cada tipo de perfil liderança (avaliador) ou operacional (avaliado), será demonstrado a seguir as funcionalidades relativas a cada perfil.

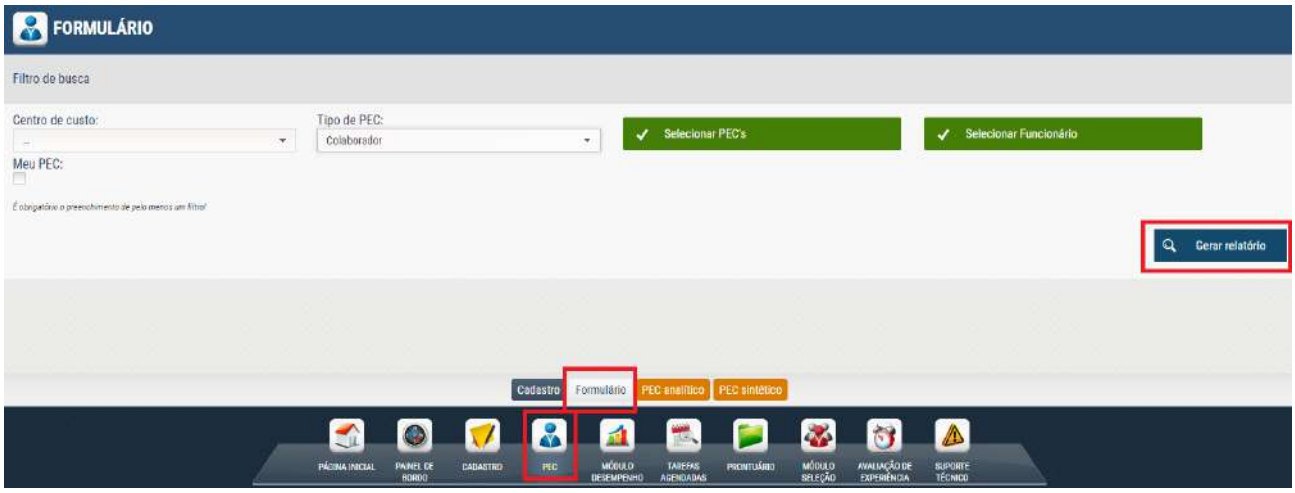
Manual do Avaliador (perfil de liderança)

PEC

No ícone PEC o avaliador poderá consultar o seu PEC e dos seus avaliados. Se desejar visualizar o seu PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Para visualizar o PEC de seus colaboradores, utilize os filtros para escolher de qual funcionário deseja visualizar, e clique em "Gerar Relatório", conforme Figura V.

Figura V



Avaliação de Experiência

O icone avaliação de experiência é onde o avaliador poderá fazer a avaliação de seu subordinado. Este modelo de avaliação se refere a 90 graus ao qual o gestor avalia seu liderado devido este estar em periodo de integração e adpatação do trabalho, não sendo assim plausível a autoavalição neste momento. O mesmo pode acesar por meio da aba de mesmo nome, clicando em avaliação, conforme Figura VI.

Figura VI

As avaliações de experiência na instituição são padronizadas, divididas em duas etapas, 45 e 90 dias. Em ambas as etapas a avaliação estará disponível com 10 dias de antecedência.

Nota[1] Em ambos períodos de avaliação, após o vencimento do prazo a avaliação expira não sendo possível sua realização, cabendo ao gestor realização de justificativa de pendência de avaliação de desempenho pelo FLUIG, bem como a realização de 1 feedback para cada competência essencial do cargo do colaborador.

Nota[2] A realização da avaliação pelo gestor deve ser feita em conjunto com o colaborador, cabendo o mesmo a validação ao término do processo.

Nota[3] A Realização da avaliação no GCPEC, não exime o gestor do cumprimento das demais atividades conforme etapa de avaliação descrita no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Nota[4] Mesmos nos casos em que o gestor optar pelo desligamento este deverá conduzir a avaliação no intuito de justificar sua decisão baseado na análise do desenvolvimento deste profissional em comparativo as competências relativas ao PEC. Nos casos que não for possível a validação do colaborador, este poderá optar pela opção de dispensar, ou preferencialmente optar pelo campo de registro de testemunha ao qual deverá colocar o dado relativo a mesma.

Avaliação

Nesse ícone o avaliador poderá fazer a sua autoavaliação e avaliar os seus colaboradores, bem como visualizar os relatórios de desempenho pessoal e de sua equipe.

1) Autoavaliação

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação, no rodapé da página você vai observar que há alguns botões azuis. Clique na opção autoavaliação e clique no botão , carregará a tela de avaliação contendo 02 páginas: primeira página com as Competências Essenciais e segunda página com as Competências Complementares.

Figura VII

2) Avaliação de Colaborador

Clique na opção Avaliação colaborador, selecione qual funcionário deseja avaliar e clique no botão "Avaliar". O sistema exibirá a tela de Avaliação para que as notas sejam atribuídas.

O processo de autoavaliação e de avaliação de colaboradores segue o padrão disposto a seguir com relação ao significado de cada cor:

1) **Azul** → "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.
2) **Verde** → O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.
3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.
4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.
5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

As competências e indicadores definidos pela Instituição estão divididas em duas categorias: Competências ESSENCIAIS e COMPLEMENTARES.

Competências ESSENCIAIS → São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competências COMPLEMENTARES → São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a Avaliação de Desempenho.

Embora os significados das cores, citados anteriormente, sejam os mesmos para ambas as categorias, a escala de notas é um pouco diferente, devido ao nível de exigência ser menor para as competências COMPLEMENTARES.

Figura VIII

Um "Avaliado" que atende 100% de um indicador de uma competência ESSENCIAL, deve receber a nota verde 8 e pode vir a receber a nota verde 9 em sua próxima avaliação de desempenho.

Para um funcionário que está sendo avaliado pela primeira vez, quando este atende plenamente um indicador, deve ser atribuída sempre a nota verde menor (8 para ESSENCIAIS e 7 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª ou 3ª Avaliação, caso o profissional mantenha o bom desempenho no mesmo indicador, ou seja, o bom desempenho é frequente (comparado ao histórico anterior de nota verde), então pode ser atribuída a nota verde mais alta.

Se o "Avaliado" atende parcialmente algum indicador, deverá ser atribuída a esse indicador uma nota amarela. Nesse caso, deve ser feita a seguinte análise: Se o "Avaliado" cumpre 60% ou menos do que está descrito no indicador, deve ser atribuída a nota amarela menor (6 para ESSENCIAS e 5 para COMPLEMENTARES). Entretanto, se o "Avaliado" cumpre mais do que 60% do indicador, então pode ser atribuída a nota amarela maior (7 para ESSENCIAS e 6 para COMPLEMENTARES).

Caso o "Avaliado" não faça nada do que está escrito em determinado indicador (0%), dentre as cinco opções de nota vermelha disponibilizadas (e quatro opções para Competências

COMPLEMENTARES), deve sempre ser atribuída a nota vermelha mais alta da escala (5 para ESSENCIAIS e 4 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª Avaliação, caso o profissional não apresente uma melhora no desempenho (Ex.: Não cumpriu seus planos de ação.), então a nota vermelha deverá cair pelo menos 01 Ponto... (para que o profissional perceba que há consequências).
Se o "Avaliado" faz mais do que está escrito no indicador (110%), ou seja, Supera as Expectativas (faz mais do que o esperado), então sua nota deverá ser Azul. Assim como as notas verdes, inicialmente deve ser atribuída a menor nota azul e a partir das demais avaliações, se necessário, aumentá-la (quando disponível).

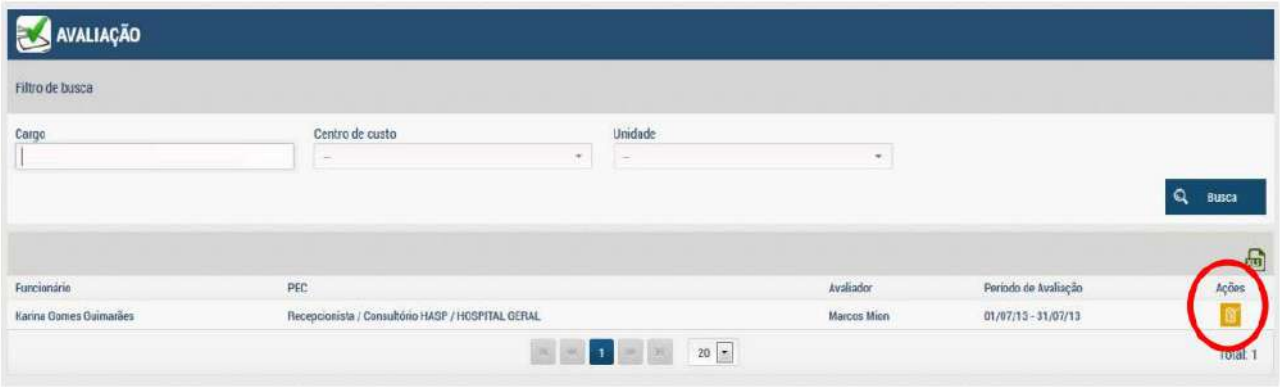
0 (Zero) não é considerado uma nota. Atribuir uma nota cinza significa somente que o indicador em questão não se aplica ao "Avaliado" e à Avaliação e, portanto, não será avaliado.

Notas cinzas também não são consideradas para os cálculos das médias a serem apresentadas nos relatórios.

Nota[5] Para ambas as notas, azuis e cinzas, é obrigatório o preenchimento de uma justificativa.

Nota[6] Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas. Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura IX



Iniciando a avaliação:

Leia atentamente as instruções da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua às notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá justificar essa escolha para que essa nota seja salva. Para notas iguais ou abaixo do PEC, as justificativas são opcionais. Se o indicador não se aplica ao cargo do colaborador, que você está avaliando, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

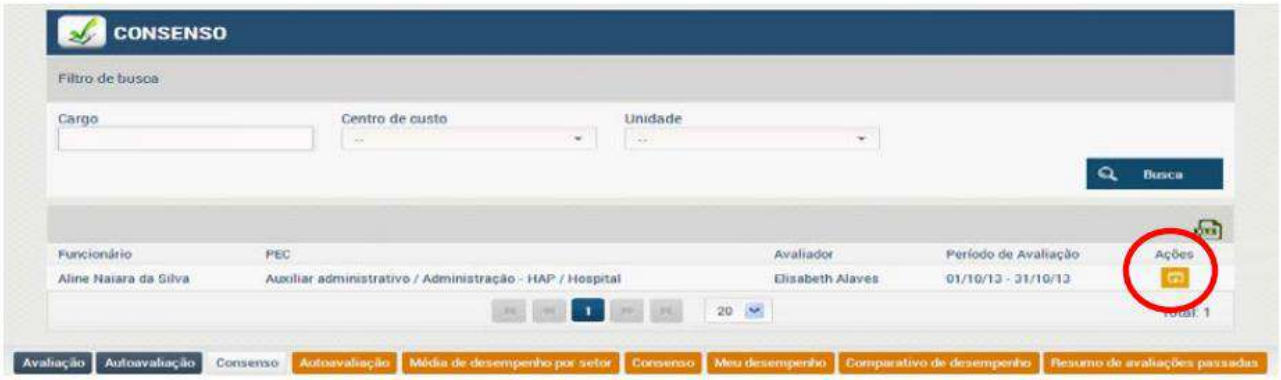
Regras:

- Só poderá ser avaliado o profissional que já tiver cumprido o " Tempo Mínimo " de ocupação do PEC atual (consulte o seu RH), e de vínculo a um mesmo líder, ou seja, alterá-lo de PEC ou de líder fará com que a avaliação só possa ser feita após esse " Tempo Mínimo" a contar da data da alteração.
- Um funcionário só poderá ser avaliado novamente após 12 meses da última avaliação.

3) Consenso

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação e clique na opção consenso, escolha de qual colaborador deseja realizar e clique no botão "Lançar".

Figura X



O sistema abrirá a tela de lançamento do consenso. Caso as notas dadas pelo avaliado e pelo avaliador sejam iguais, o sistema já trará a nota do consenso preenchida, embora passível de alteração.

Caso tenham sido lançadas justificativas durante o preenchimento da Avaliação ou Autoavaliação, ao passar o mouse sobre as notas o cursor deixará de exibir uma seta e passará a mostrar uma mão, indicando que ali há justificativa lançada. Basta clicar na nota e o sistema exibirá uma janela com o texto da Justificativa.

Sempre que a nota do consenso for inferior à nota exigida pelo PEC, o sistema exibirá um botão "+" abaixo da nota realizada consenso, indicando que é preciso lançar um plano de ação para a melhoria daquele indicador.

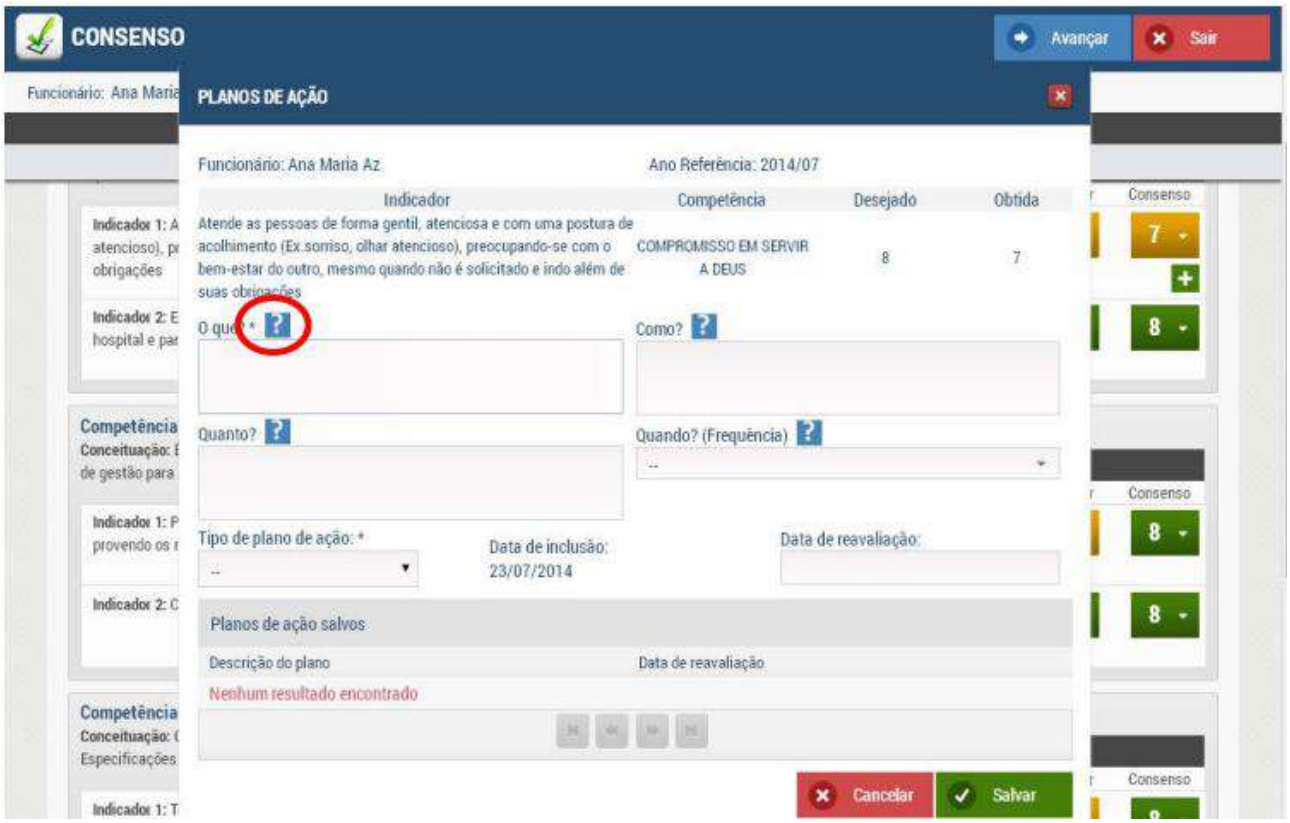
Figura XI

<u>* Para lançar um plano de ação:</u> clique no botão abaixo da nota consensada. O sistema abrirá uma tela para inclusão de plano de ação. Preencha os campos solicitados e clique em salvar.

Os campos com o símbolo "?" trazem orientações adicionais. Ao clicar sobre o símbolo, uma janela exibirá o que deve ser lançado no campo correspondente.

Não há uma quantidade mínima ou máxima de planos de ação a lançar; o que rege a criação de um plano de ação é o comum entendimento de que a ação planejada auxiliará o avaliado a reduzir ou sanar o gap apresentado em determinado indicador.

Figura XII



Importante! Ao inserir um plano de ação deve-se respeitar as seguintes regras:

- A data de reavaliação não pode ultrapassar 11 meses da data de inclusão;
- Após encerrado o consenso, o gestor só poderá alterar a data de reavaliação uma única vez.
- Uma vez salvo, o plano de ação não poderá ser excluído.

Finalizado o lançamento dos planos de ação você deverá clicar em concluir e o sistema trará a opção de escolher se quer associar as datas de reavaliação dos planos de ação à sua agenda.

Plano de Ação

O ícone Planos de Ação permite ao avaliador consultar os planos de ação já lançados ou inserir novos planos de ação após a conclusão do consenso. Além disso, é por meio desse ícone que o avaliador atualiza o status dos planos de ação de seus avaliados ou ainda prorroga o seu

cumprimento. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Planos de Ação.

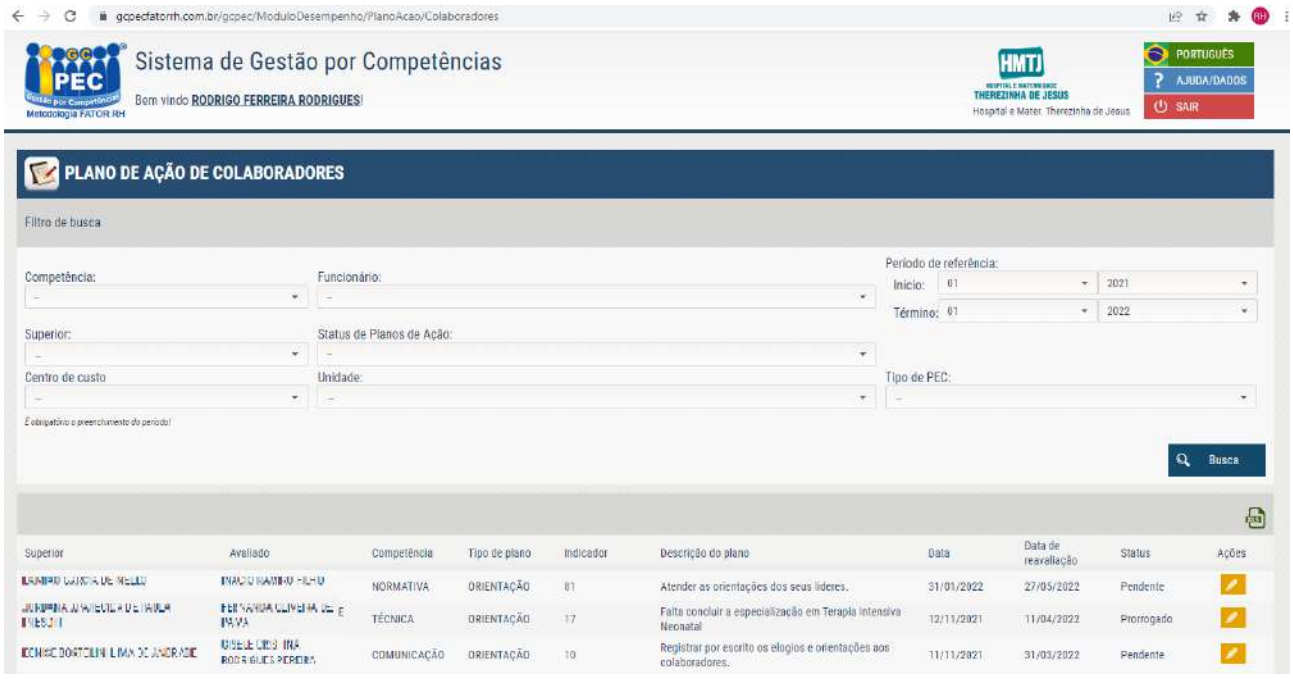
Consultar plano de ação: Ao clicar no ícone Plano de Ação o gestor terá duas opções:

Meus Planos de Ação → Nesta opção ele só consulta os seus planos de ação. Não tem acesso para realizar alterações).

Planos de Ação Colaboradores → Neste caso o sistema abrirá uma tela com todos os colaboradores desse avaliador. Nela ele poderá escolher de qual funcionário quer acessar os planos de ação.

O avaliador terá acesso para Consultar, Alterar e Incluir.

Figura XIII



*** Para inserir novo plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores e clicar em Adicionar. Selecione o colaborador e clique no botão Ação à frente do Indicador para o qual deseja incluir um novo plano de ação. A janela de inclusão aparecerá tal qual na tela de consenso. Preencha os campos solicitados e clique em Salvar

Importante! Um gestor só poderá inserir novo plano de ação para seu subordinado direto.

*** Para prorrogar um plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores, escolher o profissional cujo plano de ação será prorrogado e clicar no botão Ação. O sistema abrirá o plano de ação. Modifique o status para prorrogado e mande salvar. O plano será prorrogado por mais 30 dias.

Importante:

- A data de reavaliação pode ser prorrogada por mais 30 dias, desde que o plano de ação não conste como vencido.
- O avaliador receberá 03 e-mails de alerta de Planos de Ação:
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 10 de cada mês (alerta sobre o restante do mês);
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 25 de cada mês (alerta sobre o próximo mês);
  - Alerta de Plano de Ação Vencido: dia seguinte ao vencimento.
- Os planos de ação Vencidos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado.
- Os planos de ação de colaboradores desligados são automaticamente cancelados quando da atualização mensal do cadastro de funcionários.
- Caso o avaliado esteja afastado na data de reavaliação, o status dos seus planos de ação será automaticamente alterado para Suspenso, desde que o RH tenha efetuado a atualização mensal dos dados no sistema

Quando da ocorrência de vencimento do plano de ação, o avaliador deverá criar um feedback de elogio ou orientação para cada plano de ação vencido no sistema, conforme modelo a seguir:

1) Fato Ocorrido → NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO ANO: descrever o nome do plano de ação, assim como cadastrado no GCPEC no campo "o que?"

2) Compromisso Assumido → Descrever a forma que a ação deve ser realizada campo "como?"

3) Revisar em → Escolher um período de tempo de acordo com a necessidade para conclusão da ação.

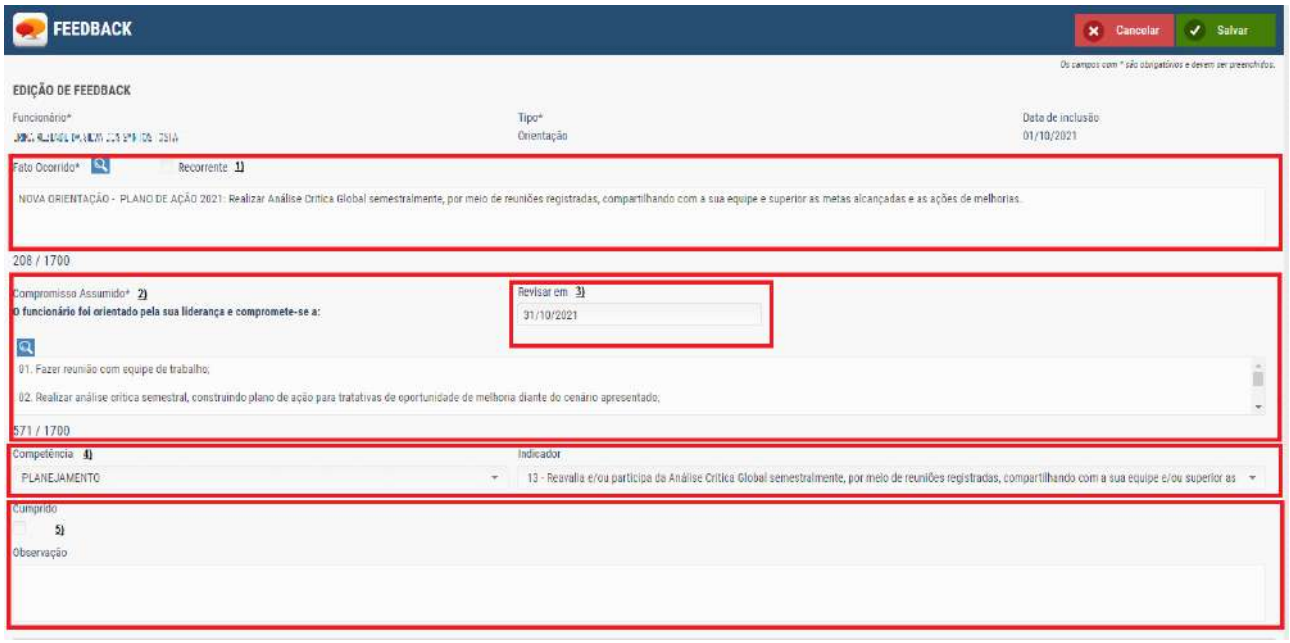
4) Competência e Indicador → Escolher **competência** de acordo com plano de ação traçado e incluir **indicador** que mais se adeque ao plano de ação.

5) Antes do término do prazo dado para revisão, cabe a coordenação entrar no feedback criado, relativo ao plano de ação, e assinalar se os fatos acima foram ou não cumpridos. No campo observação, o líder deve preencher com as evidências que demonstre tal conclusão.

Nota[7] Os dados dentro do campo feedback só poderão ser atualizados antes da data da reavaliação, após o data o sistema bloqueia.

Nota[8] Caso a liderança perca o prazo, a mesma deverá criar um novo feedback de elogio se as ações foram cumpridas ou de orientação descrevendo novo período para reavaliação.

Figura XIV



Feedback

O ícone Feedback permite ao gestor consultar os feedbacks já lançados ou inserir novos feedbacks para seus subordinados diretos. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Feedback.

1) Meus Feedbacks

Para consultar os feedbacks recebidos: o gestor tem a opção de consultar os próprios feedbacks. É só clicar no submenu Meus Feedbacks. Defina o período que deseja pesquisar e clique em Busca.

Figura XV

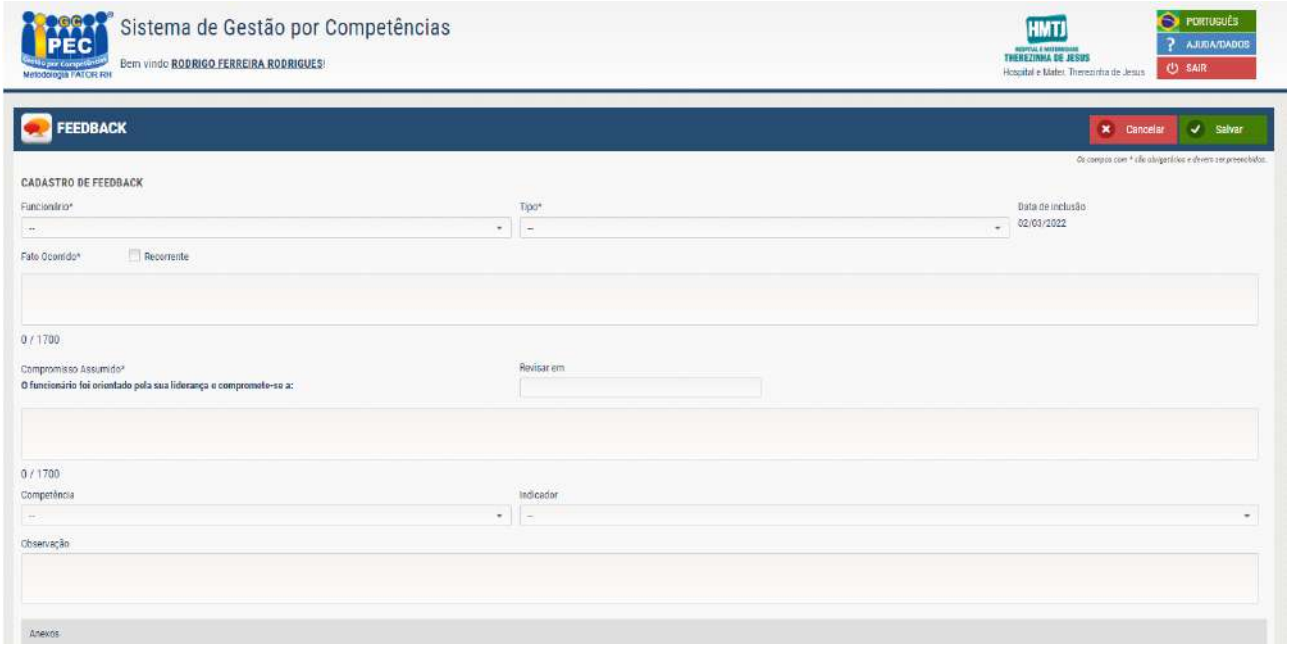
A tela carregará a lista de todos os feedbacks recebidos com sua respectiva descrição. Para visualizar mais detalhes, clique no botão de consulta . Lembre-se que não é possível editar os próprios feedbacks.

2) Feedbacks de colaboradores

Para consultar feedbacks atribuídos a qualquer profissional da instituição: clique no submenu Feedback de Colaboradores faça a busca conforme os filtros escolhidos. O sistema exibirá todos os feedbacks registrados com as respectivas descrições.

Para inserir um feedback para um colaborador: clique no botão Adicionar nessa mesma tela. O sistema abrirá a tela de Cadastro de Feedback. Preencha os campos e clique em Salvar.

Figura XVI



Importante: Se o feedback cadastrado foi do tipo com advertência ou suspensão, o sistema mostrará na tela uma mensagem para o Gestor informando que deve ser impresso o formulário de Registro de Feedback para ser assinado e encaminhado para a área de RH/DP para as providências legais pertinentes.

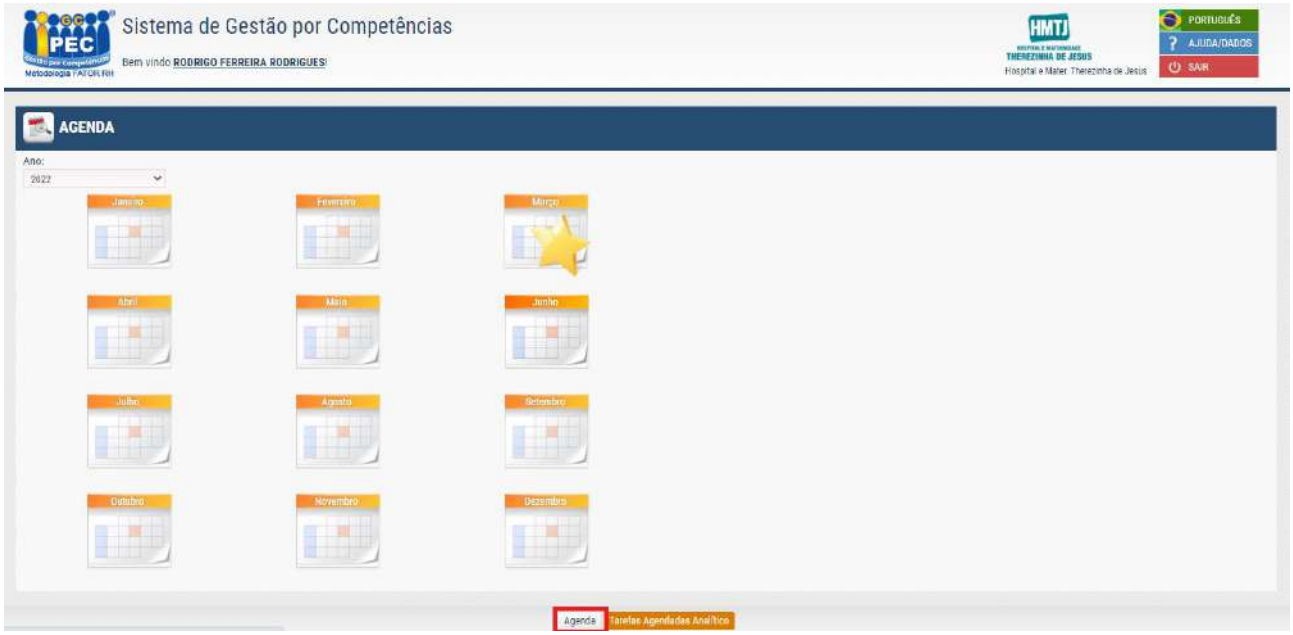
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao gestor visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação;
- Período de Avaliação de Subordinados;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação de Colaboradores.

Figura XVII



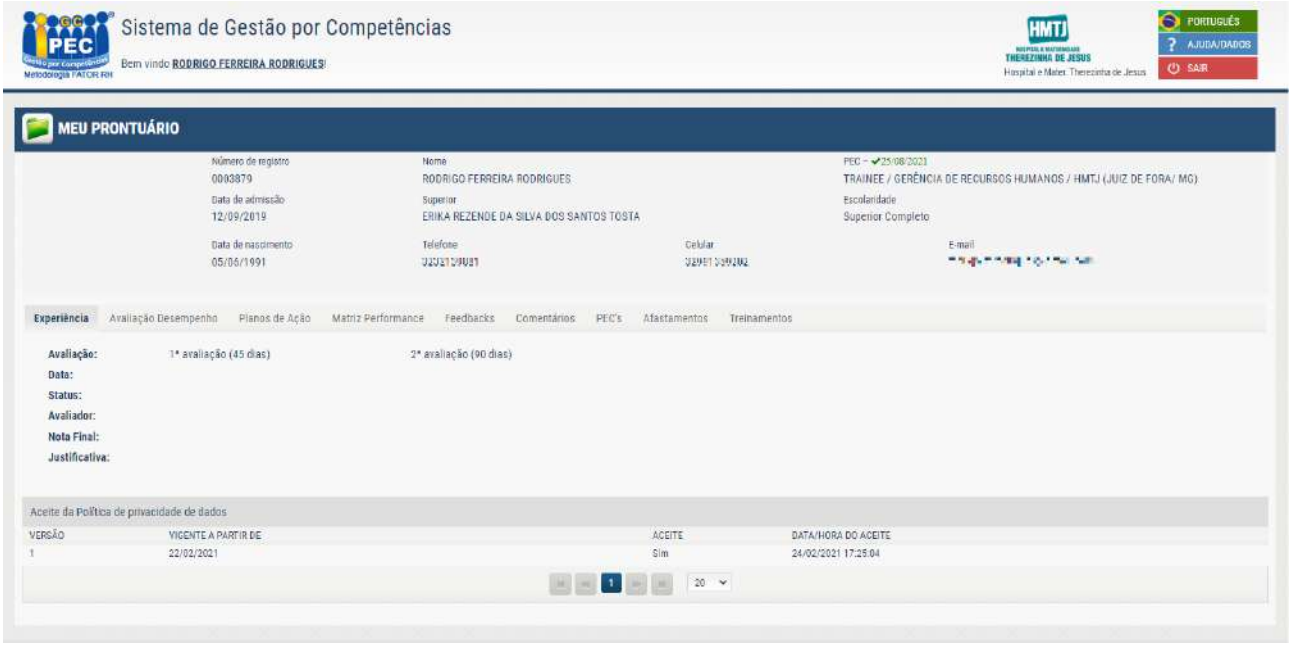
Prontuário

No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações e de seus avaliados.

1) Meu prontuário

Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

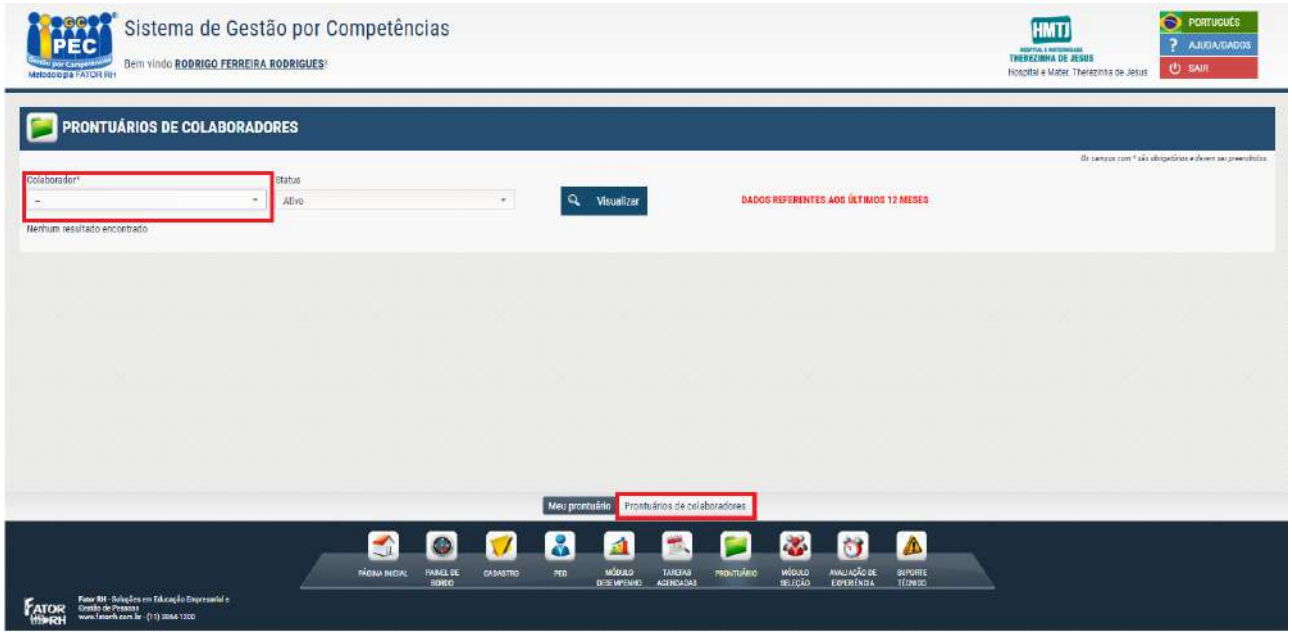
Figura XVIII



2) Prontuário de colaboradores

Clique na opção "Prontuários de colaboradores", escolha no filtro "Colaborador" de qual funcionário deseja visualizar o prontuário, e clique no botão "Visualizar".

Figura XIX



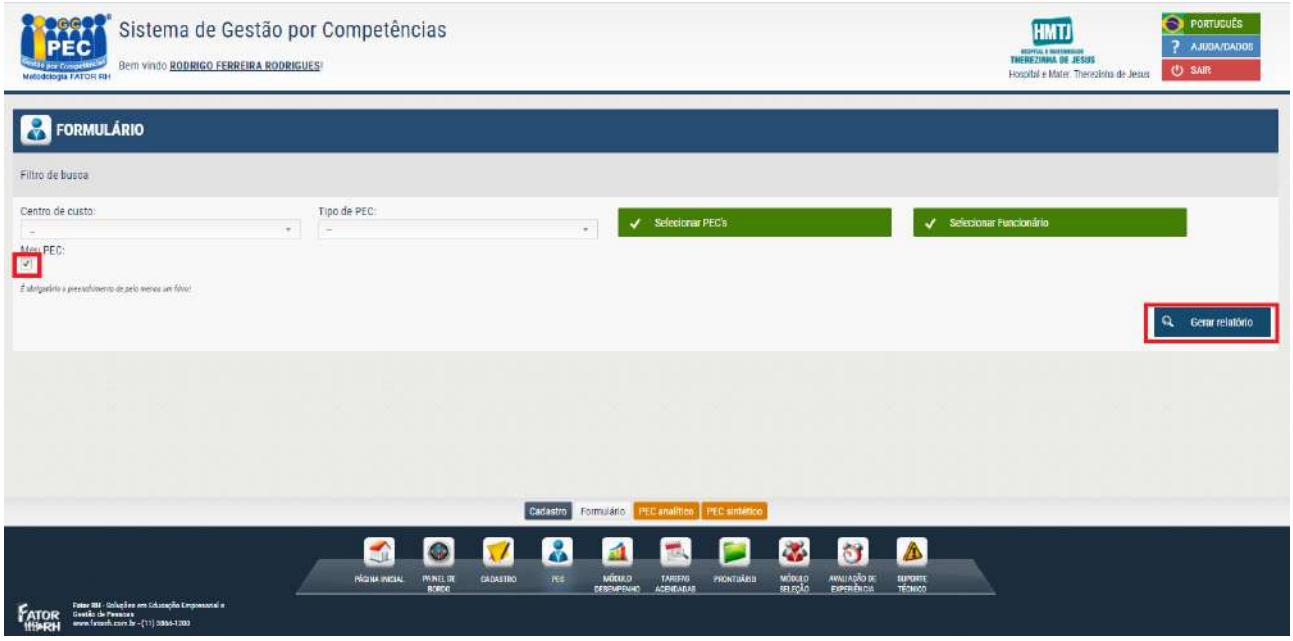
Manual do Avaliado (perfil de colaborador)

PEC

No ícone PEC o colaborador poderá consultar o seu PEC.

Clique em PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Figura XX



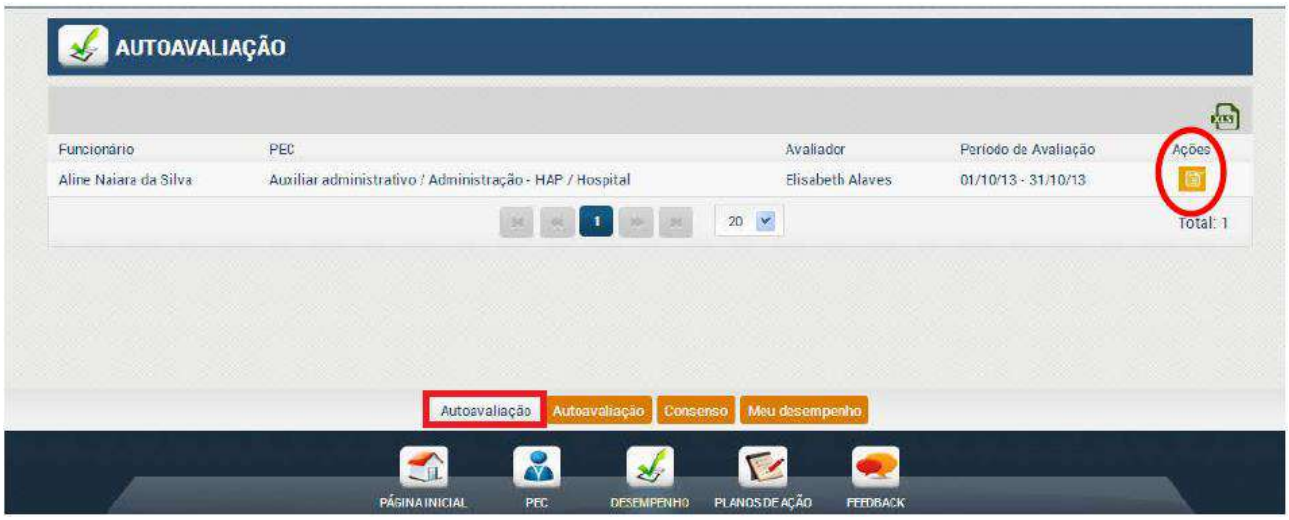
O sistema exibirá o relatório na mesma tela. Se desejar exportar, escolha para qual versão quer exportar e clique no botão verde "Exportar".

Avaliação

Nesse ícone o avaliado poderá realizar a sua autoavaliação.

Para fazer a autoavaliação → O avaliado deve clicar no ícone avaliação, escolher a opção autoavaliação no botão azul na parte inferior da tela e clicar no botão "Ações".

Figura XXI



Iniciando a autoavaliação:

Leia atentamente as informações da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o exercício do seu cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua as notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá obrigatoriamente que justificar sua escolha. A nota só será salva depois que a justificativa for preenchida. Se sua nota for igual ou inferior a nota do PEC, a justificativa é opcional. Se o indicador não se aplica ao seu cargo, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Para navegar pelas páginas 01 e 02 da sua autoavaliação, utilize os botões "Avançar" e "Voltar".

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura XXII

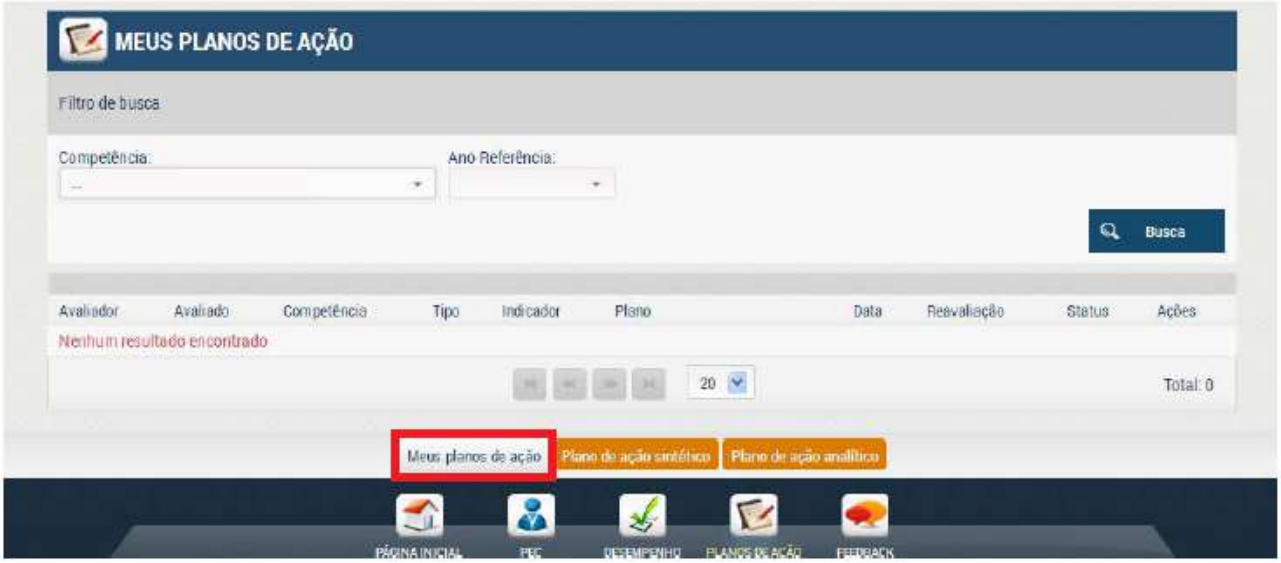
Plano de Ação

Nesse ícone o avaliado poderá consultar os seus planos de ação e os relatórios de plano de ação sintético e analítico.

Clique no ícone Plano de Ação, escolha qual filtro de busca deseja utilizar para visualizar os seus planos de ação e clique no botão "Busca".

Para visualizar os relatórios, clique no relatório que deseja visualizar, selecione um filtro de busca para agilizar a sua escolha e clique em "Gerar relatório".

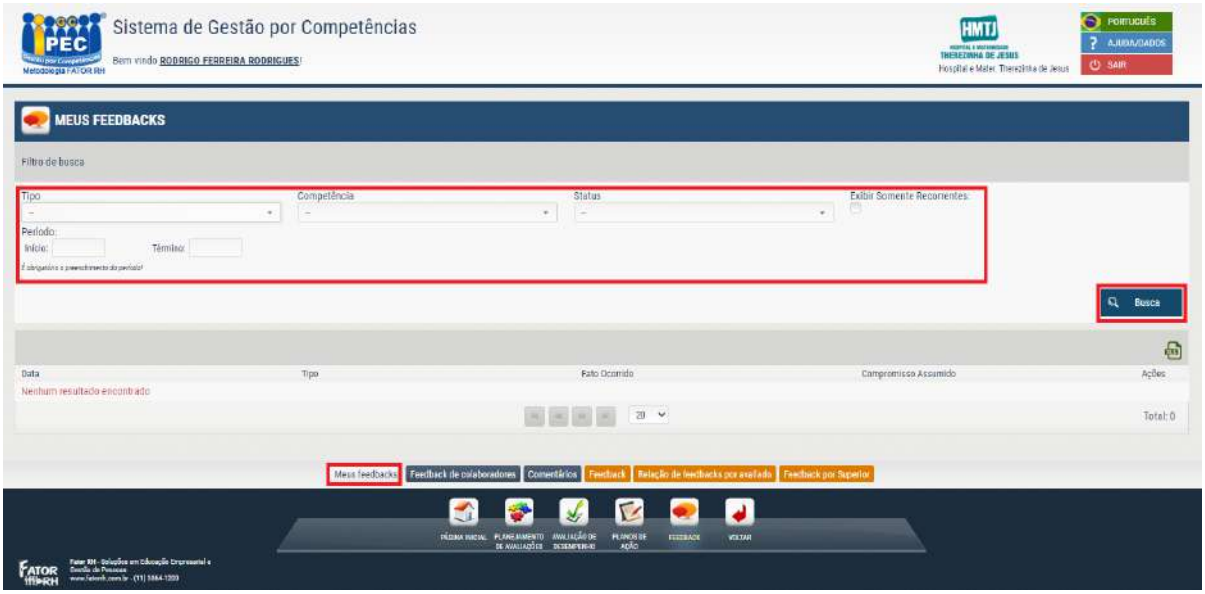
Figura XXIII



Feedback

No ícone Feedback o avaliado poderá consultar os seus Feedbacks. Clique no ícone feedback, escolha o filtro desejado e clique no botão "Busca", aparecerá todos os seus feedbacks recebidos, de acordo com o filtro escolhido.

Figura XXIV



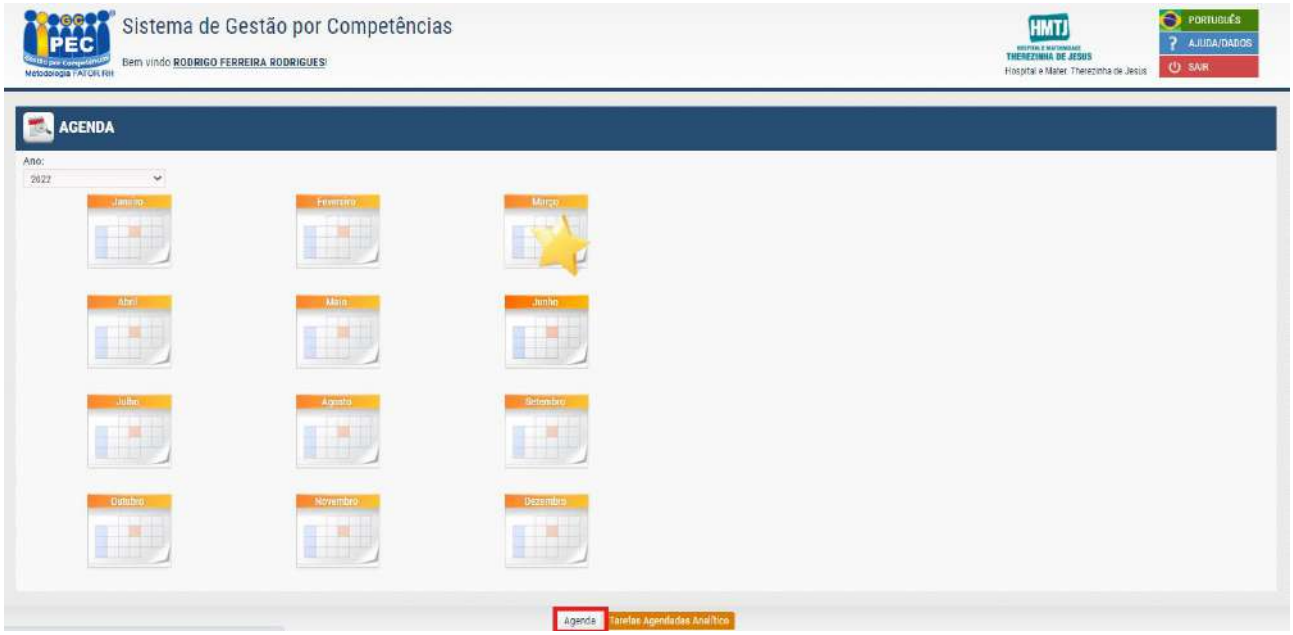
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao avaliado visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio

Figura XXV

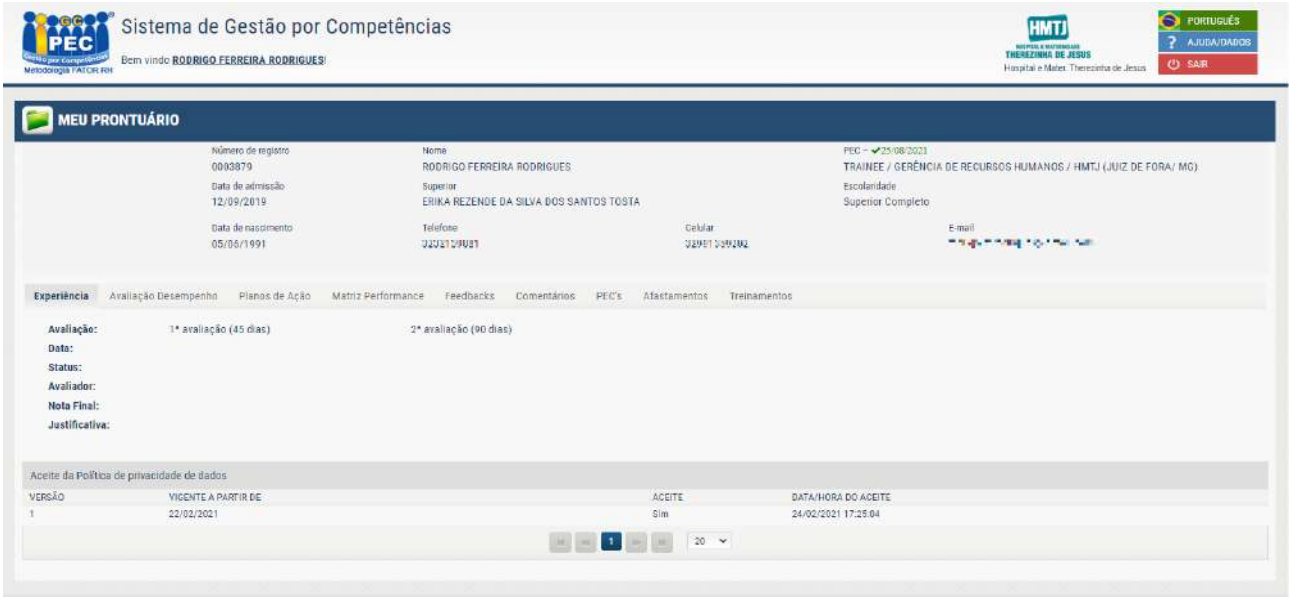


Prontuário

No ícone prontuário o avaliado terá a acesso as todas as suas informações.

Meu Prontuário → Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XXVI



Nota[9] Os processos relativos a consulta e registro de feedback, comentários e planos de ação, também podem ser feitos por meio do aplicativo "GCPEC" disponível nas plataformas Android e iOS.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

I. **Avaliação de Desempenho por Competências (Anual) - Meta: 80%** - dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria) / Ruim.

II. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas (Mensal) - Meta: 80% -** nos processos descritos pelo indicador.

III. **Avaliação de experiência dos colaboradores - Meta 100% -** dos profissionais avaliados no período correto.

IV. **Cumprimento dos Planos de ação - Meta 100% -** dos planos de ações dos colaboradores cumpridos.

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. **Não realização da avaliação no período de experiência** → Caso a liderança imediata não realize a avaliação de experiência do colaborador, cabe a mesma a realização de 4 feedbacks (1 para cada competência essencial), afim de apresentar um retorno ao colaborador sobre seu desempenho nas competências essenciais para o desempenho de sua função.

II. **Não realização da avaliação de desempenho anual** → Somente é permitido prorrogar uma avaliação de desempenho uma vez e por 30 dias. Se o consenso não foi concluído e o período se encerrou, todas as avaliações serão excluídas do sistema e o RH programará uma nova data para que o Avaliador e "Avaliado" façam novamente todo o processo de avaliação.

III. **Não cumprimento do plano de ação no prazo** → Para acompanhamento dos planos de ação, o gestor poderá controlar por meio do ícone Plano de ação ou em feedbacks. O RH realiza o controle do cumprimento dos planos de ações, após vencidos os mesmos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado. **Observação:** Caso o plano de ação vença, cabe a liderança direta a criação de um feedback ou de elogio ou de orientação, dependendo do desempenho, tendo como fato ocorrido, a descrição do plano de ação e o compromisso assumido a descrição dos fatos para acompanhamento.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que surgirem atualizações nos processos da plataforma GCPEC que impactem os usuários.

V. Siglas e Definições

DP - Departamento pessoal
GCPEC - Sistema de gestão por Competências
PDI - Planos de Desenvolvimento Individuais
PEC - Perfil Estruturado por Competências

RH - Recursos humanos

VI. Anexos

Manual de avaliação avaliador e avaliado

Guia rápido de acesso GCPEC

VII. Referências

Manual de gestão por competências para líderes.

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

Versão: 001/2024
Alterado em: 12/08/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA ADMINISTRATIVO JUNIOR / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4110-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Elaborar e enviar as medições para as empresas prestadoras de serviços para que sejam anexadas as notas fiscais;

2) Receber, conferir, efetuar e arquivar os lançamentos de Notas Fiscais de fornecedores e outros documentos quando necessário;

3) Fazer lançamentos e conferência de caixas; fazer relatórios de valores pagos e de valores faturados, quando necessário;

4) Desenvolver relatórios gerenciais de acordo com a demanda interna;

5) Organizar a rotina de serviços e realizar entrada e transmissão de dados, operando microcomputadores; registrar e transcrever informações no relatório de custo;

6) Preparar relatórios e planilhas; executar serviços gerais de escritórios;

7) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade;

8) Fazer lançamento das notas de serviços no sistema TOTVS para pagamento;

9) Solicitar contratos e aditivos no sistema Fluig, de acordo com a demanda definida pela coordenação administrativa.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Incompleto - Curso: Administração; Ciências Contábeis; Gestão de RH e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração; Ciências Contábeis; Gestão de RH e áreas afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 1 ano no exercício do prórprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - SALUS;

			- GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	.- Noção em legislação trabalhista; - Conhecimento de leis municipais que regem o serviço de saúde; - Conhecimento de ferramentas da qualidade (PDCA, 5s) - Domínio dos sistemas utilizados para solicitação de aditivo de contrato e lançamento de Notas Fiscais;	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA ADMINISTRATIVO JUNIOR / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ATENÇÃO CONCENTRADA	*Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução da suas tarefas.*	• Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção. **(A180, E)** • Faz conferência do seu processo de trabalho (materiais, equipamentos, controles, planilhas, etc.) antes de finaliza-lo e/ou envia-lo para outros profissionais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho. **(A180, E)** • Se antecipa na comunicação com outros setores e clientes internos, quando ocorre alguma mudança de processo que possa afetá-los. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA ADMINISTRATIVO JUNIOR / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE INDICADORES / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1423-30

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Receber e analisar apontar possíveis falhas os documentos recebidos pelos setores de: Unidades geridas, Departamento Pessoal (DP), Recursos Humanos (RH), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), Contratos, Financeiro, Auditoria, Custos e Contabilidade, mensalmente;

02 - Realizar análise crítica entre planilhas recebidas e as imagens/documentos comprobatórios, semanalmente;

03 - Realizar a compilação dos documentos recebidos e conferidos de acordo com a necessidade de cada contratante mediante contrato firmado ou solicitações formais, mensalmente;

04 - Conferir e padronizar apresentações, bem como compilar documentos solicitados pelos contratantes, quadrimestralmente e anualmente;

05 - Armazenar e organizar os documentos para controle setorial, diariamente;

06 - Realizar a entrega do conjunto de documentos ao contratante sempre que solicitado;

07 - Fornecer os documentos finais que serão postados no portal da transparência mensalmente, quadrimestralmente e anualmente.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis ou Áreas Afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Financeira, Contábil ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office avançado (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.

Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento sobre os editais, contratos de gestão e de quais documentos são necessários para atender a demanda de cada prestação de contas; - Conhecimento sobre a padronização de documentos de acordo com cada contrato de gestão; - Conhecimento de contabilidade; - Conhecimento de nota fiscal; - Noção do sistema ERP e de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de sistema de gestão de qualidade, ferramentas e indicadores; - Conhecimento sobre Org. Sociais sem fins lucrativos; - Noção de custos.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE INDICADORES / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Comunica sempre ao seu superior qualquer alteração, anormalidade ou não conformidade existente nas atividades de trabalho ou na instituição. **(A180, E)** • Tem facilidade para se comunicar com as pessoas, inclusive diante de uma intercorrência, orientando com calma o que precisa ser feito. **(A180, E)** • Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho. **(A180, E)** • Se antecipa na comunicação com outros setores e clientes internos, quando ocorre alguma mudança de processo que possa afetá-los. **(A180, E)** • Usa palavras (vocabulário), linguagem corporal (postura) e tom de voz adequados na comunicação com as pessoas. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
ORGANIZAÇÃO	*Capacidade de organizar suas tarefas, materiais e equipamentos, contribuindo para a ordem, limpeza e continuidade dos trabalho dentro de sua área.*	• Mantém atualizado e de forma bem organizada todos os controles administrativos ou operacionais do seu trabalho (Ex. Registro de atividades, planilhas, lista de tarefas, relatórios, etc.) **(A180, E)** • Conserva seus materiais, ambiente e equipamentos limpos e organizados para serem usados a qualquer momento. **(A180, E)** • Entrega suas tarefas, relatório, documentos e/ou outros controles sempre organizados e conferidos. **(A180, E)** • Deixa seu trabalho organizado a tal ponto que qualquer outro colega tenha condições de dar continuidade no caso de	**ESSENCIAL**

sua ausência. **(A180, E)**
- Verifica as tarefas de cada dia sempre que chega, separando material e recurso necessários para a execução do seu trabalho. **(A180, E)**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3912-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Emitir, arquivar e realizar controle de documentos diversos, bem como relatórios para a gerência e para fins de fiscalização;

02 - Acompanhar processos administrativos do setor de Qualidade; verificar prazos estabelecidos; monitorar processos; acompanhar notificações de não conformidade; monitorar protocolos internos;

03 - Acompanhar o processo de Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade nas Unidades;

04 - Assessorar a Qualidade das Unidades na implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade;

05 - Participar da organização do Planejamento Estratégico junto à coordenação;

06 - Executar as diretrizes dos PRQs - Procedimento da Qualidade;

07 - Executar rotinas de apoio no setor de Qualidade da Matriz;

08 - Manter o software de gestão da qualidade atualizado por meio de controles e verificações periódicas;

09 - Organizar reuniões do setor de Qualidade, com controle de atas de reunião, elaboração de relatórios e dados estatísticos;

10 - Promover e executar treinamentos relativos à Qualidade;

11 - Acompanhar as auditorias externas das norma ONA, Programa 5S;

12 - Monitorar a pesquisa de satisfação do cliente interno com acompanhamento dos apontamento através de relatório;

13 - Prestar assistência aos setores das Unidades, no processo de desenvolvimento e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, buscando informações e feedbacks que possibilitem a avaliação dos programas já implantados;

14 - Monitorar a planilha de Adesão das Atividades Propostas pela Qualidade das Unidades e acompanhar as ações de melhoria;

15 - Elaborar cronograma de visitas nas Unidades e os relatórios com as melhorias propostas;

16 - Manter a gerência informada de todas a ações implantadas nas Unidades.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior em Andamento - Curso: Administração, Gestão de RH ou Áreas Afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio das Ferramentas da Qualidade; - Conhecimento do Planejamento Estratégico; - Conhecimento das Normas Certificadoras; - Noção de Gestão Hospitalar; - Conhecimento em Segurança do Paciente; - Conhecimento em auditoria; - Domínio do Software da Qualidade; - Noção das legislações vigentes das áreas assistenciais e de apoio.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
FLEXIBILIDADE	*Capacidade de se adaptar para obter resultados produtivos em prol do setor e da instituição, facilitando o trabalho que será realizado na sua área, bem como os processo de mudanças dentro da sua equipe.*	• Realiza todas as tarefas que lhe são solicitadas sem reclamações, demonstrando flexibilidade em ajudar. **(A180, E)** • Se adapta as necessidades do setor, principalmente nos períodos críticos (Ex. Fechamentos Mensais, Inventários, Balanços, Mudanças de escalas, etc...) **(A180, E)** • Atua em várias funções, quando é necessário, a fim de ajudar o bom andamento da instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE PLENO / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3912-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Emitir, arquivar e realizar controle de documentos diversos, bem como relatórios para a gerência e para fins de fiscalização;

02 - Acompanhar processos administrativos do setor de Qualidade; verificar prazos estabelecidos; monitorar processos; acompanhar notificações de não conformidade; monitorar protocolos internos;

03 - Acompanhar o processo de Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade nas Unidades;

04 - Assessorar a Qualidade das Unidades na implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade;

05 - Participar da organização do Planejamento Estratégico junto à coordenação;

06 - Executar as diretrizes dos PRQs - Procedimento da Qualidade;

07 - Executar rotinas de apoio no setor de Qualidade da Matriz;

08 - Manter o software de gestão da qualidade atualizado por meio de controles e verificações periódicas;

09 - Organizar reuniões do setor de Qualidade, com controle de atas de reunião, elaboração de relatórios e dados estatísticos;

10 - Promover e executar treinamentos relativos à Qualidade;

11 - Acompanhar as auditorias externas das norma ONA, Programa 5S;

12 - Monitorar a pesquisa de satisfação do cliente interno com acompanhamento dos apontamento através de relatório;

13 - Prestar assistência aos setores das Unidades, no processo de desenvolvimento e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, buscando informações e feedbacks que possibilitem a avaliação dos programas já implantados;

14 - Monitorar a planilha de Adesão das Atividades Propostas pela Qualidade das Unidades e acompanhar as ações de melhoria;

15 - Elaborar cronograma de visitas nas Unidades e os relatórios com as melhorias propostas;

16 - Manter a gerência informada de todas a ações implantadas nas Unidades.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE PLENO / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior em Andamento - Curso: Administração, Gestão de RH ou Áreas Afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio das Ferramentas da Qualidade; - Conhecimento do Planejamento Estratégico; - Conhecimento das Normas Certificadoras; - Noção de Gestão Hospitalar; - Conhecimento em Segurança do Paciente; - Conhecimento em auditoria; - Domínio do Software da Qualidade; - Noção das legislações vigentes das áreas assistenciais e de apoio.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE PLENO / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
FLEXIBILIDADE	*Capacidade de se adaptar para obter resultados produtivos em prol do setor e da instituição, facilitando o trabalho que será realizado na sua área, bem como os processo de mudanças dentro da sua equipe.*	• Realiza todas as tarefas que lhe são solicitadas sem reclamações, demonstrando flexibilidade em ajudar. **(A180, E)** • Se adapta as necessidades do setor, principalmente nos períodos críticos (Ex. Fechamentos Mensais, Inventários, Balanços, Mudanças de escalas, etc...) **(A180, E)** • Atua em várias funções, quando é necessário, a fim de ajudar o bom andamento da instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE QUALIDADE PLENO / QUALIDADE / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3171-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Estar sempre atento ao mercado no uso de novas tecnologias;

02 - Analisar demandas dos setores do hospital no que diz respeito a desenvolvimento de software;

03 - Garantir disponibilidade, confiabilidade e melhores práticas aos sistemas de tecnologia da informação;

04 - Definir prazo ao solicitante para cada demanda de uma nova implantação tecnológica;

05 - Analisar sempre o custo das ferramentas tecnológicas utilizadas e avaliar se podem ser desenvolvidas internamente ou alteradas por uma com custo/beneficio melhor;

06 - Prestar suporte ao ERP ou qualquer outro software usado no Hospital;

07 - Propor melhorias nos processos operacionais apresentando soluções ou alternativas que gerem valor ao hospital;

08 - Validar e sempre propor melhorias em processos sistêmicos;

09 - Realizar treinamentos institucionais, no ERP e em qualquer outro software utilizado pela instituição aos usuários finais, técnicos de suporte e supervisores das unidades geridas pela OSS HMTJ.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Análise e Desenvolvimento Web, Redes de Computadores, Ciência da Computação DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós graduação - Curso: Desenvolvimento de sistemas web	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 21	**Informática**	Javascript; HMTL5; CSS3; GIT, BOOTSTRAP; SQL.

Conhecimento Técnico Específico	Noção de CSS, GIT e Bootstrap; Domínio de JavaScript, SQL e HTML	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
INICIATIVA	*Capacidade de ser proativo com o propósito de aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.*	• Tem iniciativa para aprender novas tarefas e obter novos conhecimentos no seu trabalho, sem que seu superior lhe solicite. **(A180, E)** • Faz sugestões ao seu superior, por iniciativa própria, sobre outras maneiras mais eficazes de realizar o trabalho na sua área. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho. **(A180, E)** • Tem bom relacionamento com os colegas, pares, superiores e equipes multidisciplinares, sem ter recebido reclamações de outras pessoas sobre seu comportamento. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Versão: 001/2024
Alterado em: 12/08/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE TI JUNIOR / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3171-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais	PRINCIPAIS ATIVIDADES: 01 - Estar sempre atento ao mercado no uso de novas tecnologias; 02 - Analisar demandas dos setores do hospital no que diz respeito a desenvolvimento de software; 03 - Garantir disponibilidade, confiabilidade e melhores práticas aos sistemas de tecnologia da informação; 04 - Definir prazo ao solicitante para cada demanda de uma nova implantação tecnológica; 05 - Analisar sempre o custo das ferramentas tecnológicas utilizadas e avaliar se podem ser desenvolvidas internamente ou alteradas por uma com custo/beneficio melhor; 06 - Prestar suporte ao ERP ou qualquer outro software usado no Hospital; 07 - Propor melhorias nos processos operacionais apresentando soluções ou alternativas que gerem valor ao hospital; 08 - Validar e sempre propor melhorias em processos sistêmicos; 09 - Realizar treinamentos institucionais, no ERP e em qualquer outro software utilizado pela instituição aos usuários finais, técnicos de suporte e supervisores das unidades geridas pela OSS HMTJ. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais; 02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior; 03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador; 04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Análise e Desenvolvimento Web, Redes de Computadores, Ciência da Computação DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós graduação - Curso: Desenvolvimento de sistemas web	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 21	**Informática**	Javascript; HMTL5; CSS3; GIT, BOOTSTRAP; SQL.

Conhecimento Técnico Específico	Noção de CSS, GIT e Bootstrap; Domínio de JavaScript, SQL e HTML	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE TI JUNIOR / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
INICIATIVA	*Capacidade de ser proativo com o propósito de aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.*	• Tem iniciativa para aprender novas tarefas e obter novos conhecimentos no seu trabalho, sem que seu superior lhe solicite. **(A180, E)** • Faz sugestões ao seu superior, por iniciativa própria, sobre outras maneiras mais eficazes de realizar o trabalho na sua área. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho. **(A180, E)** • Tem bom relacionamento com os colegas, pares, superiores e equipes multidisciplinares, sem ter recebido reclamações de outras pessoas sobre seu comportamento. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA DE TI JUNIOR / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

APRENDIZ EM OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4110-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Prestar apoio à administração dos processos do setor;

2) Auxiliar na resolução de pendências nos processos do setor;

3) Apoiar a alimentação e atualização das planilhas e Software do setor;

4) Realizar o recebimento, conferência e arquivamento dos documentos no sistema e em arquivos físicos;

5) Manter o setor organizado de forma a cumprir os requisitos para o 5'S;

6) Observar os prazos estabelecidos para os processos da área visando o atendimento eficiente e eficaz;

7) Realizar atendimento ao público sempre com boa postura, selecionar e encaminhar telefonemas recebidos;

8) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais.

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior.

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador.

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio completo DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Ensino superior incompleto	**Experiência**	Não
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	Pacote Office (Word, Excel, Powerpoint).
Conhecimento Técnico Específico	- Noção de atendimento ao público, boa postura, selecionar e encaminhar telefonemas recebidos; - Noção de resolutividade quando surgir um problema, com cortesia e empatia; - Domínio em comunicação verbal e escrita; - Domínio de organização de tarefas priorizando as mais importantes; - Noção em equipamento de escritório (por exemplo, máquinas de fax e impressoras).	**Observações**	

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
INICIATIVA	*Capacidade de ser proativo com o propósito de aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.*	• Tem iniciativa em abordar para orientação ou averiguação pessoas suspeitas dentro da instituição, mesmo que em situação de risco. **(A180, E)** • Tem proatividade para resolver situações de trabalho ou alterações que apareçam no dia a dia das suas atividades. **(A180, E)** • Tem iniciativa para aprender novas tarefas e obter novos conhecimentos no seu trabalho, sem que seu superior lhe solicite. **(A180, E)** • Faz sugestões ao seu superior, por iniciativa própria, sobre outras maneiras mais eficazes de realizar o trabalho na sua área. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

APRENDIZ EM OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

FLEXIBILIDADE	*Capacidade de se adaptar para obter resultados produtivos em prol do setor e da instituição, facilitando o trabalho que será realizado na sua área, bem como os processo de mudanças dentro da sua equipe.*	• Realiza todas as tarefas que lhe são solicitadas sem reclamações, demonstrando flexibilidade em ajudar. **(A180, E)** • Tem uma atitude flexível diante das sugestões de melhorias para o seu trabalho, pondo em prática as orientações do seu superior. **(A180, E)** • Demonstra uma postura receptiva (aberta) para as mudanças implantadas no seu setor ou na instituição. **(A180, E)** • Se adapta as necessidades do setor, principalmente nos períodos críticos (Ex. Fechamentos Mensais, Inventários, Balanços, Mudanças de escalas, etc...) **(A180, E)** • Atua em várias funções, quando é necessário, a fim de ajudar o bom andamento da instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO / RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4221-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Cadastrar os pacientes, controlar, de forma sistematizada, procedimentos de conferência da entrega de chave e correspondência para a Instituição, recebe recados, recepciona pacientes de emergência e encaminhá-los aos setores procurados. Dar entrada nos procedimentos de internação e marcação de consultas e exames. Prestar informações acerca de pacientes da Instituição sem expor seu diagnóstico e/ou procedimento. Realizar os processos dos óbitos ocorridos na Instituição, bem como, realizar controle de permanência e saída dos corpos do Hospital com a declaração de óbito devidamente preenchida, recolhimento de assinaturas de familiares e funerária no livro de óbito, juntamente com preenchimento das anotações necessárias para o registro;

02 - Cadastrar de forma digital no programa SUS, as solicitações de internação, através de dados preenchidos por médico solicitante. Concluir internação e preparar laudo para faturamento. Conferir mapa cirúrgico e guias de internação eletivas para o dia seguinte;

03 - Controlar chaves da Instituição através de livros de registro; controlar guias de APAC para vasectomia e entrega de posterior protocolo para realização de procedimento. Encaminhando os pacientes aos setores procurados e dar entrada nos procedimentos de internação e marcação de consultas e exames. Montar prontuários a fim de facilitar processo de internação. Fazer semanalmente solicitação de impressos e materiais do setor e preparar a coordenação para pedido no almoxarifado em data e horário previstos;

04 - Observar normas internas de segurança, conferindo documentos, controlando a entrada de visitas e notificando a segurança sobre presenças estranhas ao recinto; registrar acompanhantes; entregar o crachá de visitante na entrada; controlar a entrada e saída de equipamento dos visitantes; evitar a divulgação de informações sobre pacientes do Hospital; imprimir listagem de pacientes internados;

05 - Organizar as informações e planejar o trabalho do cotidiano, como agendar consultas para o ambulatório, encaminhar pacientes para exames, acionar médicos plantonistas; arquivar fichas de consultório, definir qual o apartamento ou enfermaria será internado os pacientes; organizar materiais de trabalho; averiguar a previsão de chegada e saída dos profissionais do hospital; imprimir relatórios de controle; bloquear apartamento;

06 - Preencher solicitação de prontuário e/ou exame de acordo com necessidade do paciente e/ou familiares e enviar ao setor de contas médicas;

07 - Prestar atendimento telefônico fornecendo informações pertinentes às necessidades de cada um – pacientes, visitantes, clientes, fornecedores, entre outros. Realizar pré-cadastro de pacientes eletivos;

08 - Receber e distribuir a correspondência a todos os setores da Instituição e presta outros serviços administrativos, quando necessário;

09 - Registrar os procedimentos de admissão de pacientes para internação, orientando-os sobre as normas e procedimentos da Instituição, oferecendo os serviços do Hospital e comunicando aos médicos responsáveis sobre a internação dos pacientes; registrar visitas e os telefonemas atendidos, anotando dados do paciente ou visitante para possibilitar o controle dos atendimentos diários;

10 - Registrar os procedimentos pertinentes; fornecer boletins acerca do estado de saúde de pacientes hospitalizados no Centro de Tratamento Intensivo e Unidade Coronariana aos familiares e interessados;

11 - Responder a chamadas telefônicas dos visitantes, pacientes e familiares; atender o usuário com informações precisas; propiciar informações gerais por telefone, interna e externamente; transferir ligações para ramais e apartamentos solicitados; retornar ligações, em caso de ramais ocupados ou não atendidos; pré-cadastrar o usuário.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção de atendimento ao publico, boa postura, selecionar e encaminhar telefonemas recebidos; - Domínio: Cortesia e empatia; - Domínio em comunicação verbal e escrita; - Conhecimento: ser criativo e dinâmico quando surgir um problema; - Conhecimento em gerenciamento de tempo, com capacidade de priorizar tarefas;	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO / RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ATENÇÃO CONCENTRADA	*Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução da suas tarefas.*	• Monitora com atenção o movimento das pessoas e clientes, percebendo o que está acontecendo a sua volta, inclusive se alguém precisa de ajuda. **(A180, E)** • Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção. **(A180, E)** • Faz conferência do seu processo de trabalho (materiais, equipamentos, controles, planilhas, etc.) antes de finaliza-lo e/ou envia-lo para outros profissionais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO / RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Tem espirito de equipe demonstrando colaboração nos momentos difíceis ou críticos dentro de sua área ou instituição. **(A180, E)** • Está sempre disposto a participar da solução dos problemas dentro do seu setor, mesmo que não sejam relacionados a sua função. **(A180, E)** • Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas tarefas, ao invés de ficar ocioso. **(A180, E)** • Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho. **(A180, E)** • Tem bom relacionamento com os colegas, pares, superiores e equipes multidisciplinares, sem ter recebido reclamações de outras pessoas sobre seu comportamento. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2516-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01- Dar assistência ao usuário no que se refere às seguintes demandas: Usuários em situação de vulnerabilidade social; Conflitos familiares; Não adesão ao tratamento; Vítima ou suspeita de violência; Pacientes desacompanhados, sem familiares e sem identificação;

02- Realizar estudo social para reconhecimento de possíveis demandas sociais, avaliando o impacto dos determinantes sociais da saúde no tratamento do paciente;

03- Realizar acompanhamento social considerando o impacto dos determinantes sociais da saúde no processo de saúde-doença do paciente;

04- Realizar orientações sociais aos usuários acerca dos seus direitos, estimulando sua autonomia e mobilizando-os ao exercÌcio da cidadania;

05- Estimular o usuário a participar ativamente do seu tratamento, realizando orientações sociais de educação em saúde considerando a sua realidade social na adoção de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde;

06- Realizar orientações sociais aos familiares, discutindo a importância do cuidado compartilhado e do apoio familiar na prevenção de doeças e na promoção da saúde do paciente;

07- Discutir com os demais membros da equipe multiprofissional sobre a problemática do paciente interpretando a realidade social do mesmo;

08- Orientar sobre rotinas da instituição, sobre cuidados especiais, sobre serviços e recursos sociais, sobre normas, códigos e legislação, sobre processos, procedimentos e técnicas;

09- Realizar contato institucional, encaminhamentos externos e articulação com a rede proteção social de acordo com as necessidades sociais do paciente;

10- Planejar, executar e avaliar pesquisas, que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais junto à organização;

11- Supervisionar atividades em Serviço Social em conformidade com as exigências da instituição e as normativas do Conselho Federal de Serviço Social.

12- Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais, caracterizando-a e interpretando os resultados obtidos como elemento de reflexão e de ação ante as questões do cotidiano dos usuários, contribuindo também, para a redefinição da prática profissional;

13- Tomar providências, e prestar orientação social aos usuários e executar procedimentos técnicos, como: registro de atendimentos, pareceres técnicos, investigação social, elaborar ofícios;

14- Atuar com a equipe multiprofissional bem como incentivar e estimular o trabalho interdisciplinar.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE SOCIAL / SERVIÇOS SOCIAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO			
Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Serviço Social DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio do Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8662/93 - Domínio da Resolução CFESS Nº 660 - Domínio da Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 - Noção da Constituição da República Federativa do Brasil - Conhecimento da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - Conhecimento da Lei Orgânica da Saúde 8.080 - Conhecimento das politicas da instituição	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
INICIATIVA	*Capacidade de ser proativo com o propósito de aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.*	• Tem proatividade para resolver situações de trabalho ou alterações que apareçam no dia a dia das suas atividades. **(A180, E)** • Faz sugestões ao seu superior, por iniciativa própria, sobre outras maneiras mais eficazes de realizar o trabalho na sua área. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE SOCIAL / SERVIÇOS SOCIAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ATENDENTE CALL CENTER / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4222-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Atender, transferir, cadastrar e completar chamada telefônica local e nacional;

02 - Atender pedidos de informações telefônicas, anotar recados e registrar chamada, dando informações gerais sobre a Policlínica, quando requisitadas por telefone;

03 - Realizar chamadas quando é solicitado por médicos, enfermeiros e demais profissionais;

04 - Manejar uma mesa telefônica ou uma seção da mesma, através do PABX para estabelecer comunicações internas, externas, locais ou interurbanas;

05 - Treinar funcionários e avaliar a qualidade de atendimento do operador, identificando pontos de melhoria;

06 - Vigiar de forma permanente o painel, observando os sinais emitidos, para atender às chamadas telefônicas;

07 - Zelar pelo equipamento, comunicando defeitos e solicitando seu conserto e manutenção, para assegurar-lhe perfeitas condições de funcionamento;

08 - Realizar busca ativa dos pacientes alimentando a planilha para tomada de decisões.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.

Conhecimento Técnico Específico	- Noção em Operar equipamentos de telefonia, estabelecendo ligações internas e externas, recebendo e transferindo chamadas para o ramal solicitado. - Conhecimento do Organograma da Instituição, agilizando o atendimento, bem como, estar em condições de interpretar o assunto solicitado, direcionando a ligação para o setor competente. - Dominío em executar tarefas de apoio administrativo referentes à sua área de trabalho.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ATENDENTE CALL CENTER / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Tem facilidade para se comunicar com as pessoas, inclusive diante de uma intercorrência, orientando com calma o que precisa ser feito. **(A180, E)** • Usa a comunicação de forma clara com seus colegas, outros setores, médicos e terceiros, orientando e registrando por escrito as intercorrências do plantão para o próximo colega ou equipe. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação. **(A180, E)** • Demonstra atenção e segurança ao dar informações da instituição ou do setor, seja de forma pessoal ou por telefone. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ATENDENTE CALL CENTER / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4141-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Receber diariamente, conferir e estocar materiais diversos da Farmácia destinados à produção, manutenção, áreas assistenciais, limpeza e outros zelando pelo cuidado e ordem no manuseio das mercadorias.

02 - Realizar dispensação e devolução de medicamentos e materiais, verificando lote, data de validade e quantidade dos pacientes e setores;

03 - Controlar validade dos produtos em estoque;

04 - Atender solicitações de materiais dos setores;

05 - Realizar a conferência e digitação da devolução dos materiais não consumidos durante os procedimentos;

06 - Cuidar da ordem e limpeza do local de estocagem, equipamentos e ferramentas de trabalho solicitando serviços de manutenção quando necessário;

07 - Participar periodicamente do inventário do estoque confrontando a posição física dos produtos com as quantidades planilhadas, para efeitos de controle e posterior contabilização;

08 - Realização de contagem diária de medicamentos e materiais;

09 - Prestar suporte a equipe farmacêutica em todas as atividades que forem solicitadas;

10 - Auxiliar no recebimento, conferência, estocagem ou expedição dos produtos acabados;

11 - Realizar registro de temperatura e umidade do ambiente e das câmaras refrigeradoras de medicamentos;

12 - Armazenar os materiais e medicamentos de acordo com o método PEPS, visando facilitar a identificação e movimentação dos itens armazenados;

13 - Manter o controle da movimentação diária do estoque;

14 - Conferir notas fiscais e lançar nos sistemas RM e MVsoul;

15 - Cuidar da limpeza e da organização da farmácia.

16 - Dar suporte na confecção e preenchimento de escalas e planilhas;

17 - Realizar balanço mensal do estoque;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção técnica para que o material solicitado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando solicitado; - Noção em controle dos estoques, através de registros apropriados, anotar todas as entradas e saídas, visando a facilitar a reposição e elaboração dos inventários; - Noção em verificação das condições do produto, identificação de suas características, armazenamento conforme manual, controle de sua localização, análise frequente de suas condições, distribuição; - Noção em entender perfeitamente como funciona todas as demandas voltadas ao estoque e verificação das condições do produto, identificação de suas características e armazenamento.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ATENÇÃO CONCENTRADA	*Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução da suas tarefas.*	• Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção. **(A180, E)** • Presta atenção nas orientações e solicitações do seu superior, fazendo anotações e perguntando para compreender exatamente o que será feito. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
AGILIDADE	*Capacidade de executar as atividades com rapidez e objetividade sem perder a qualidade, para alcançar os resultados.*	• Cumpre suas atividades ou solicitações normais de serviço dentro do prazo definido. **(A180, E)** • Executa seu trabalho com bastante rapidez sem perder a qualidade **(A180, E)** • Consegue atender pedidos fora da sua rotina de trabalho, sem deixar de cumprir suas tarefas diárias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

Versão: 003/2024
Alterado em: 28/03/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / ALMOXARIFADO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4141-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Receber diariamente, conferir e estocar materiais diversos da Farmácia destinados à produção, manutenção, áreas assistenciais, limpeza e outros zelando pelo cuidado e ordem no manuseio das mercadorias.

02 - Realizar dispensação e devolução de medicamentos e materiais, verificando lote, data de validade e quantidade dos pacientes e setores;

03 - Controlar validade dos produtos em estoque;

04 - Atender solicitações de materiais dos setores;

05 - Realizar a conferência e digitação da devolução dos materiais não consumidos durante os procedimentos;

06 - Cuidar da ordem e limpeza do local de estocagem, equipamentos e ferramentas de trabalho solicitando serviços de manutenção quando necessário;

07 - Participar periodicamente do inventário do estoque confrontando a posição física dos produtos com as quantidades planilhadas, para efeitos de controle e posterior contabilização;

08 - Realização de contagem diária de medicamentos e materiais;

09 - Prestar suporte a equipe farmacêutica em todas as atividades que forem solicitadas;

10 - Auxiliar no recebimento, conferência, estocagem ou expedição dos produtos acabados;

11 - Realizar registro de temperatura e umidade do ambiente e das câmaras refrigeradoras de medicamentos;

12 - Armazenar os materiais e medicamentos de acordo com o método PEPS, visando facilitar a identificação e movimentação dos itens armazenados;

13 - Manter o controle da movimentação diária do estoque;

14 - Conferir notas fiscais e lançar nos sistemas RM e MVsoul;

15 - Cuidar da limpeza e da organização da farmácia.

16 - Dar suporte na confecção e preenchimento de escalas e planilhas;

17 - Realizar balanço mensal do estoque;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / ALMOXARIFADO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção técnica para que o material solicitado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando solicitado; - Noção em controle dos estoques, através de registros apropriados, anotar todas as entradas e saídas, visando a facilitar a reposição e elaboração dos inventários; - Noção em verificação das condições do produto, identificação de suas características, armazenamento conforme manual, controle de sua localização, análise frequente de suas condições, distribuição; - Noção em entender perfeitamente como funciona todas as demandas voltadas ao estoque e verificação das condições do produto, identificação de suas características e armazenamento.	**Observações**	

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
ORGANIZAÇÃO	*Capacidade de organizar suas tarefas, materiais e equipamentos, contribuindo para a ordem, limpeza e continuidade dos trabalho dentro de sua área.*	• Mantém atualizado e de forma bem organizada todos os controles administrativos ou operacionais do seu trabalho (Ex. Registro de atividades, planilhas, lista de tarefas, relatórios, etc.) **(A180, E)** • Conserva seus materiais, ambiente e equipamentos limpos e organizados para serem usados a qualquer momento. **(A180, E)** • Entrega suas tarefas, relatório, documentos e/ou outros controles sempre organizados e conferidos. **(A180, E)** • Deixa seu trabalho organizado a tal ponto que qualquer outro colega tenha condições de dar continuidade no caso de sua ausência. **(A180, E)** • Verifica as tarefas de cada dia sempre que chega, separando material e recurso necessários para a execução do seu trabalho. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

AGILIDADE	*Capacidade de executar as atividades com rapidez e objetividade sem perder a qualidade, para alcançar os resultados.*	• Cumpre suas atividades ou solicitações normais de serviço dentro do prazo definido. **(A180, E)** • Executa seu trabalho com bastante rapidez sem perder a qualidade **(A180, E)** • Consegue atender pedidos fora da sua rotina de trabalho, sem deixar de cumprir suas tarefas diárias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ATENÇÃO CONCENTRADA	*Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução da suas tarefas.*	• Monitora com atenção o movimento das pessoas e clientes, percebendo o que está acontecendo a sua volta, inclusive se alguém precisa de ajuda. **(A180, E)** • Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção. **(A180, E)** • Faz conferência do seu processo de trabalho (materiais, equipamentos, controles, planilhas, etc.) antes de finaliza-lo e/ou envia-lo para outros profissionais. **(A180, E)** • Presta atenção nas orientações e solicitações do seu superior, fazendo anotações e perguntando para compreender exatamente o que será feito. **(A180, E)** • Faz conferência dos exames digitados e presta atenção na finalização dos relatórios, evitando falhas de digitação ou exames trocados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação. **(A180, E)** • Demonstra atenção e segurança ao dar informações da instituição ou do setor, seja de forma pessoal ou por telefone. **(A180, E)** • Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares) **(A180, E)** • Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário. **(A180, E)** • Tem foco na segurança da dieta do paciente, realizado rigorosamente a manipulação ou preparação dos alimentos (ex. higienização correta, controle de validade, etc.) **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
INICIATIVA	*Capacidade de ser proativo com o propósito de aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.*	• Tem iniciativa em abordar para orientação ou averiguação pessoas suspeitas dentro da instituição, mesmo que em situação de risco. **(A180, E)** • Tem proatividade para resolver situações de trabalho ou alterações que apareçam no dia a dia das suas atividades. **(A180, E)** • Tem iniciativa para aprender novas tarefas e obter novos conhecimentos no seu trabalho, sem que seu superior lhe solicite. **(A180, E)** • Faz sugestões ao seu superior, por iniciativa própria, sobre outras maneiras mais eficazes de realizar o trabalho na sua área. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA	INDICADORES	CATEGORIA

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE ESTOQUE / ALMOXARIFADO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

AUXILIAR DE LIMPEZA / SERVIÇOS DE HIGIENE E LIMPEZA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 5143-20

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Atender visitantes prestando-lhes informações às pessoas sobre a organização;

02 - Fazer uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas critica, semicrítica e não crítica;

03 - Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;

04 - Fazer a limpeza diária, com a finalidade de remover a sujidade e repor o material de higiene; fazer a limpeza terminal, com a finalidade de limpar e desinfetar toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação;

05 - Abastecer as unidades com material de higiene e realizada sempre que se fizer necessário;

06 - Reabastecer os carrinhos com material de limpeza, guardando os materiais após o uso;

07 - Realizar a desinfecção de todos os materiais utilizada dentro da jornada de trabalho.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Fundamental Completo DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Ensino Médio Completo	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	Não se aplica.
Conhecimento Técnico Específico	-Conhecimento do procedimentos de limpeza e conservação; -Conhecimento da técnicas de limpeza em vários tipos de piso, bebedouro, vidraças e carpetes; - Conhecimento nas Características dos produtos inflamáveis; -Conhecimento sobre coleta seletiva, definição e tipos de lixo e resíduos; - Conhecimento na utilização de EPI (equipamento de proteção individual) e EPC (equipamento de proteção coletiva); - Noções básicas de educação ambiental; - Noção em prevenção de pragas e vetores;	**Observações**	

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Comunica sempre ao seu superior qualquer alteração, anormalidade ou não conformidade existente nas atividades de trabalho ou na instituição. **(A180, E)** • Tem facilidade para se comunicar com as pessoas, inclusive diante de uma intercorrência, orientando com calma o que precisa ser feito. **(A180, E)** • Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Está sempre disposto a participar da solução dos problemas dentro do seu setor, mesmo que não sejam relacionados a sua função. **(A180, E)** • Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas tarefas, ao invés de ficar ocioso. **(A180, E)** • Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da	**ESSENCIAL**

Instituição. **(A180)**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Coordenar e supervisionar rotinas administrativas; Delegar funções; Criar, implantar e programar rotinas administrativas; Orientar a execução das normas e rotinas administrativas; Analisar o funcionamento das rotinas administrativas; Supervisionar cronogramas; Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;

02) Coordenar serviços gerais; serviço de malote; instalações; Coordenar serviço de limpeza;

03) Organizar documentos e correspondências; Receber, analisar, classificar, registrar e conferir documentos e correspondência; Encaminhar documentos e correspondências; Organizar registros;

04) Controlar abastecimento de estoque;

05) Coordenar equipe; Requisitar pessoal; Definir e gerenciar escala de trabalho; Avaliar desempenho da equipe; Remanejar pessoal; Apurar frequência ao trabalho; Gerenciar benefícios;

06) Manter rotinas referente ao pequeno caixa; Controlar verbas; Monitorar metas; Controlar contas a pagar; Controlar fluxo de caixa; Prestar contas;

07) Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar comunicados; Elaborar documentos e relatórios; Elaborar correspondência; Preencher formulários;

08) Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

09) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

10) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

11) Atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;

12) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01)Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das rotinas administrativas; - Conhecimento de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Desenvolver um plano de educação continuada/ permanente para as unidades supervisadas; atuar no setor de Educação Continuada promovendo treinamentos e ações voltadas para o desenvolvimento dos colaboradores, de acordo com as demandas levantadas pela gestão sejam técnicas e/ ou comportamentais, de maneira a cumprir com as solicitações contratuais e/ ou de necessidades para o funcionamento da unidade;

2) Realizar a aplicação de treinamentos de integração e palestras técnicas em implantação de unidades; realizar, junto com o superior imediato, uma sistemática para as aplicações dos treinamentos; buscar práticas para conscientizar os colaboradores quanto à importância de participar dos treinamentos e de que suas atividades contribuem para atingir os objetivos como um todo; Auxiliar na elaboração dos relatórios de treinamentos realizados, bem como no controle desses para acompanhamento efetivo juntamente com o RH; organizar e manter o controle e arquivo geral das atividades realizadas; participar da realização de eventos técnicos e sociais, quando necessário; colaborará no desenvolvimento de módulos e treinamentos técnicos e comportamentais;

3) Conduzir treinamentos e palestras, sendo responsável pela multiplicação de conhecimentos, controle e manutenção de indicadores e demais rotinas pertinentes aos setores assistenciais ou de setores de impacto na assistência, quando acionado; auxiliar o superior imediato no processo de treinamento, em todas as fases (Levantamento das Necessidades de Treinamento, cronograma, realização, evidência, eficácia e produtividade);

4) Padronizar e desenvolver o programa da CCIH nas unidades gerenciadas pela HMTJ; elaborar e acompanhar indicadores específicos da área. Solicitar mensalmente relatórios das ações e protocolos da CCIH; zelar pelo cumprimento e padronização das rotinas da CCIH nas unidades;

5) Confeccionar relatórios referentes às áreas responsáveis; realizar o diagnóstico situacional do local para tomar medidas referentes à identificação, controle e redução da infecção adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo;

6) Identificar, controlar e reduzir as infecções adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo; programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar; participar de reuniões sistemáticas para a discussão de problemas extraordinários, implementação de medidas preventivas, divulgação de indicadores de qualidade; implementar protocolos operacionais padrão (POP) e sistêmicos (PRS) para a execução de técnicas de enfermagem de nível central nas unidades afim de padronizar os processos da Sede OSSHMTJ;

7) Auxiliar o processo de investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado; propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento;

8) Padronizar promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs;

9) Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição; avaliar e monitorar as ações e indicadores vinculados ao Plano de Segurança do Paciente nas unidades bem como propor ações efetivas e estratégicas na atuação de acordo com o desempenho dos mesmos;

10) Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente em todos os serviços das unidades; acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço da unidade;

11) Apoiar as medidas de promoção e acompanhamento de ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional; elaborar plano

de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Diretoria, Gerência Assistencial, Gerência de RH e Gerência de Qualidade para as unidades; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde das unidades geridas pela OSSHMTJ;

12) Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

13) Garantir o desenvolvimento das seguintes ações de melhorias nas unidades: identificação corretamente do paciente; melhorar a comunicação efetiva; incentivar a higienização das mãos pelos profissionais; prevenir, controlar e notificar eventos adversos nas unidades; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; administração com segurança dos medicamentos pelos profissionais envolvidos, principalmente os de alto-risco, sangue e hemocomponentes; reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado da saúde; estimular a participação do paciente na assistência prestada e ações de prevenção de quedas e úlceras por pressão;

15) Apoiar a Sede da OSSHMTJ no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente nas unidades bem como cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade; coletar dados para a geração, interpretação e divulgação de indicadores de qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 6 meses a 1 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote Office intermediário (Word, Excel, Power Pont); Conhecimento em TOTVS; Conhecimento em Sigquali; Conhecimento em Fluig. Conhecimento em GCPEC

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio da lei nº 7498, 25 de junho de 1986 lei do exercício das atividades da enfermagem; - Domínio da utilização da Serviço Hospitalar de Enfermagem e dimensionamento nas áreas assistenciais; - Conhecimento de gestão hospitalar e a inserção da assistência; - Domínio dos indicadores gerenciais que envolve o processo assistencial; - Conhecimento das normas regulamentadoras dos órgãos oficiais que padronizam e fundamentam a assistência como as RDC's e Anvisa; - Conhecimento nas ferramentas da qualidade; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Domínio de segurança do paciente; - Conhecimento de tecnologias na área da saúde; - Conhecimento dos processos de gestão de pessoas.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Acompanhar o desenvolvimento da estrutura da instituição, verificando o funcionamento de suas unidades segundo regimentos e regulamentos vigentes, para propor e efetivar sugestões; acompanhar, avaliar e controlar o resultado, qualidade e execução dos serviços de gestão prestados;

2) Analisar as características e as necessidades da organização, os recursos disponíveis e a rotina dos serviços, colhendo informações em documentos, junto ao pessoal ou por outro meio, para avaliar, estabelecer ou alterar práticas administrativas/ assistenciais bem como providenciar e concluir procedimentos relativos à compra de materiais e equipamentos, utilizando os procedimentos necessários para determinação da opção mais adequada, a fim de conseguir suprir as necessidades da empresa com menor custo e melhor benefício;

3) Analisar os resultados de implantação de novos métodos, efetuando comparações entre as metas programadas e os resultados atingidos, para corrigir distorções, avaliar desempenhos e replanejar o serviço administrativo; avaliar os resultados de programas administrativos, consultando os colaboradores, para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias;

4) Assegurar a observância às políticas, planos, procedimentos, leis e regulamentações que possam ter um impacto significativo sobre as operações e informações, bem como verificando se a organização os segue;

5) Assessorar os dirigentes no desempenho efetivo do objeto social da instituição, suas funções e responsabilidades, fornecendo-lhes análises, apreciações, recomendações, pareceres e informações relativas às atividades examinadas, promovendo, assim, um controle efetivo a um custo razoável;

6) Buscar e fornecer informações, seja por meio de pesquisas internas ou externas que auxiliem os dirigentes da instituição na tomada de decisões, avaliando a integridade e confiabilidade das informações gerenciais e os meios utilizados para identificar, classificar e comunicar tais informações;

7) Contribuir efetivamente com orientações, devidamente fundamentadas, para a manutenção da regularidade das obrigações da instituição e de forma especial, junto às repartições públicas, vinculadas às suas atividades desenvolvidas;

8) Desenvolver sistemas de planejamento, organização, controle e a execução de atividades pertinentes à área sob sua responsabilidade técnica; desenvolver, influenciar e assessorar de forma consistente e articulada os clientes internos e externos;

9) Elaborar estudos, laudos técnicos, pareceres e relatórios na sua área de atuação; elaborar o plano de atividades de sua área gerencial, como os referentes aos serviços de informação, comunicação, organização e métodos, informática, utilização de equipamentos, compras, patrimônio e outros, baseando-se nos objetivos a serem alcançados, e na disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos, para definir prioridades, sistemas e rotinas referentes a esses serviços;

10) Esclarecer e orientar a Direção da Organização Social de Saúde, objetos quanto à aplicação da legislação vigente, referente à sua área específica de atuação, relacionada com a responsabilidade técnica e, também, em relação ao provimento dos cargos da sua estrutura organizacional; orientar os diretores da OSS quanto à eficiência, eficácia e a economia na utilização dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais;

11) Gerir rotinas administrativas (execução orçamentária, controle de receitas, normas internas, contas a pagar, controle de contas contábeis e de custos, parceiros e fornecedores, departamento pessoal, contratos, conciliação de pagamentos e depósitos bancários, arquivos e acompanhamento de soluções de não conformidade);

12) Informar a Diretoria da OSS sobre a situação administrativa da organização, às medidas em andamento e resultados obtidos, elaborando relatórios e estatísticas, acompanhados de análises e comentários pertinentes, para possibilitar a avaliação geral das diretrizes aplicadas e sua articulação com a política geral da instituição, submetendo os programas administrativos à apreciação da direção geral da OSS, sempre que necessário, apresentando justificativas e documentações, para obter a aprovação dos mesmos ou determinações sobre emendas, quando necessário;

13) Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas da instituição, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;

14) Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para os clientes, o mercado e a comunidade em geral além de identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos / serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva da empresa no mercado.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Medicina, Ciências Contábeis, Administração, Direito ou cursos correlatos. DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Gestão de Custos Hospitalares, Governança corporativa e áreas afins	**Experiência**	Desejável de 01 ano a 02 anos no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 26	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - Conhecimento em TOTVS; - Conhecimento em SigQuali; - Domínio em Fluig; - Domínio em GCPEC.

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio em Gestão Hospitalar; - Domínio em rotinas de contratualizações; - Conhecimento em análise de custos hospitalares; - Conhecimento em Gestão de Pessoas; - Conhecimento em ferramentas da Qualidade; - Domínio em indicadores gerenciais; - Domínio em Gestão do Corpo Clínico; - Noção de rotinas de contratos.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1312-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Garantir: O exercício ético da Medicina e o código de ética médica; O cumprimento das normas emanadas pelos conselhos médicos; O cumprimento da legislação vigente; O cumprimento do regimento interno do corpo clínico; O cumprimento de todas as normas da Unidade; A implementação efetiva das comissões assistenciais obrigatórias e as de apoio à gestão.

2) Representar a Unidade Hospitalar em suas relações com autoridades sanitárias e CFM, conforme legislação vigente.

3) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica e colaborar com as atividades da mesma.

4) Cientificar à Diretoria Geral de irregularidades que se observem em relação à ordem, ao desempenho ético-técnico e a disciplina nos diversos serviços.

5) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade.

6) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas.

7) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores.

8) Responsável por efetuar Avaliação de Desempenho de sua equipe, de acordo com o cronograma do RH.

9) Responsável por atender as determinações que constam nos PRS do RH.

10) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01. Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02. Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03. Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04. Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05. Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Medicina, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote office intermediário e sistemas: TOTVS, SIGQUALI, FLUIG e GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de codigo de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgencia e emergencia adulto e pediatrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar. - Conhecimento em processos de prestação de contas; - Conhecimento em processos regulação de vagas hospitalares; - Conhecimento em processos de contratos com gestão municipais; - Conhecimento em gestão de conflitos; - Conhecimento em gestão de mudanças.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ELETRICISTA / MANUTENÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 9511-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Instalar e efetuar manutenção de instalação elétrica preventiva, corretiva, preditiva de acordo com esquemas específicos e com as necessidades de cada caso;

2) Realizar em instalações e montagens elétricas efetuando cortes em paredes e pisos, abrindo valetas para eletrodutos e caixas de passagens, lançando fios e preparando caixas e quadro de luz;

3) Realizar serviços de manutenção elétrica em geral, em baixa e alta tensão da rede elétrica, em quadros de distribuição de energia, trocando luminárias, lâmpadas e reatores e efetuando a limpeza e desobstrução de eletrodutos;

4) Efetuar manutenção da rede telefônica, instalando e consertando aparelhos para garantir o perfeito funcionamento dos mesmos;

5) Anotar os materiais a serem utilizados nos diversos serviços, encaminhando os itens faltantes para providências de compra, de forma a evitar atrasos e interrupções nos serviços;

6) Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços;

7) Transportar peças, materiais, ferramentas e o que mais for necessário à realização dos serviços;

8) Executar tratamento e descarte de resíduos de materiais provenientes de seu local de trabalho;

9) Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho;

10) Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional, como: cronograma de limpeza e higienização de todos os equipamentos, troca de lâmpadas, chuveiros e tomadas;

11) Efetuar manutenção preventiva e corretiva do SPDA (sistema de proteção contra descarga elétrica), a fim de garantir o perfeito funcionamento do sistema e proteção de toda estrutura física da unidade;

12) Realizar as rotas diárias preenchendo aos checklist e atendendo as ordens de serviços prontamente e cordialmente, respeitando todas as normas de segurança de trabalho, do paciente e de higiene;

13) Abastecer e acompanhar a manutenção mensal do gerador, supervisionar o bom funcionamento.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ELETRICISTA / MANUTENÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo e Curso: Técnico em elétrica.	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	Não se aplica.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção técnica em hidráulica e elétrica, trocar lâmpadas, luminárias e tomadas utilizando as ferramentas adequadas; - Noção em informática, acessar a ferramenta de gerenciamento de ordens de serviço; - Noção de atendimento, se portar com integridade perante ao demais colaboradores e pacientes, dado retorno quando solicitado; - Noção de Normas regulamentares de que norteia as execuções de atividades dentro de instituição de saúde (NR 32); - Noção de Normas regulamentares de que norteia as execuções de atividades da construção civil tais como NR10 que tem por objetivo garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que interagem nas instalações e serviços com eletricidade; - Noção de estocagem de materiais, ter conhecimento de produtos.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ELETRICISTA / MANUTENÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
AGILIDADE	*Capacidade de executar as atividades com rapidez e objetividade sem perder a qualidade, para alcançar os resultados.*	• Cumpre suas atividades ou solicitações normais de serviço dentro do prazo definido. **(A180, E)** • Executa seu trabalho com bastante rapidez sem perder a qualidade **(A180, E)** • Consegue atender pedidos fora da sua rotina de trabalho, sem deixar de cumprir suas tarefas diárias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Tem espirito de equipe demonstrando colaboração nos momentos difíceis ou críticos dentro de sua área ou instituição. **(A180, E)** • Está sempre disposto a participar da solução dos problemas dentro do seu setor, mesmo que não sejam relacionados a sua função. **(A180, E)** • Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas	**COMPLEMENTAR**

		tarefas, ao invés de ficar ocioso. **(A180, E)** • Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho. **(A180, E)** • Tem bom relacionamento com os colegas, pares, superiores e equipes multidisciplinares, sem ter recebido reclamações de outras pessoas sobre seu comportamento. **(A180, E)**	
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)** • Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO I / ENDOSCOPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2235-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Planejar, organizar, coordenar, executar, e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

02 - Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como o Código de Ética, a Legislação de Enfermagem, Regimento Interno e os Princípios e Diretrizes do SUS;

03 - Planejar, Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem;

04 - Manter os servidores/colaboradores atualizados nos programas específicos do setor;

05 - Manter, sistematizados e arquivados, os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;

06 - Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de cada setor onde se faça necessário assistir exames, procedimentos e rotinas, encaminhando de forma previa a Gerencia de Enfermagem a escala do rodizio e adequações.

07 - Prever necessidades e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;

08 - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada, de acordo com protocolos estabelecidos;

09 - Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;

10 - Promover e executar treinamentos;

11 - Notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, acidentes, violências;

12 - Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;

13 - Advertir, verbal o funcionário de enfermagem, quando necessário;

14 -Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores/colaboradores.

15 - Realizar reuniões de equipe a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, visando à readequação constante do processo de trabalho;

16 -Realizar atas de reuniões

17 - Elaborar, implementar e/ou atualizar protocolos de normas e rotinas da unidade;

18 - Supervisionar a limpeza e desinfecção periódica e geral dos setores de atuação da enfermagem.

19 - Participar da Comissão, cumprindo as normas de serviço.

20 - Testar materiais e equipamentos e emitir parecer técnico para a gerencia de enfermagem, a fim de subsidiar a aquisição e solicitar manutenção de material permanente e equipamentos sempre que necessário, orientando o local de instalação, a utilização, e a conservação de materiais e equipamentos.

21 -Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento, pacientes e servidores/colaboradores nos diversos setores através da observação direta, livro de ocorrencia, relatório e prontuário.

22 - Executar tarefas de enfermagem, quando necessário, sempre orientando o pessoal;

23 - Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada de toda equipe;

24 - Manter a gerência informada de todas a ações implantadas na Unidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - Conhecimento em TOTVS; - Conhecimento em SigQuali; - Domínio em Fluig; - Domínio em GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de dimensionamento do quadro de funcionários; - Conhecimento da SAE / Aplicar; - Domínio dos processos e normas da instituição; - Conhecimento técnico e científico das necessidades humana básica prestada a assistência direta ao paciente; - Domínio técnico em liderar equipe técnica de enfermagem;	**Observações**	Registro ativo no COREN.

- Conhecimento básico em Imprudência e Negligência;
- Domínio das legislações vigentes do setor;

- Conhecimento de Infecção Hospitalar;

- Domínio de segurança do paciente;

- Conhecimento das ferramentas de qualidade;

- Conhecimento de tecnologias na área da saúde;

- Domínio de gestão de pessoas.

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO I / ENDOSCOPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO I / AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2235-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Planejar, organizar, coordenar, executar, e avaliar as atividades inerentes à sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

02 - Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como o Código de Ética, a Legislação de Enfermagem, Regimento Interno e os Princípios e Diretrizes do SUS;

03 - Planejar, Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem;

04 - Manter os servidores/colaboradores atualizados nos programas específicos do setor;

05 - Manter, sistematizados e arquivados, os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;

06 - Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de cada setor onde se faça necessário assistir exames, procedimentos e rotinas, encaminhando de forma previa a Gerencia de Enfermagem a escala do rodizio e adequações.

07 - Prever necessidades e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;

08 - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada, de acordo com protocolos estabelecidos;

09 - Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;

10 - Promover e executar treinamentos;

11 - Notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, acidentes, violências;

12 - Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;

13 - Advertir, verbal o funcionário de enfermagem, quando necessário;

14 -Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores/colaboradores.

15 - Realizar reuniões de equipe a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, visando à readequação constante do processo de trabalho;

16 -Realizar atas de reuniões

17 - Elaborar, implementar e/ou atualizar protocolos de normas e rotinas da unidade;

18 - Supervisionar a limpeza e desinfecção periódica e geral dos setores de atuação da enfermagem.

19 - Participar da Comissão, cumprindo as normas de serviço.

20 - Testar materiais e equipamentos e emitir parecer técnico para a gerencia de enfermagem, a fim de subsidiar a aquisição e solicitar manutenção de material permanente e equipamentos sempre que necessário, orientando o local de instalação, a utilização, e a conservação de materiais e equipamentos.

21 -Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento, pacientes e servidores/colaboradores nos diversos setores através da observação direta, livro de ocorrencia, relatório e prontuário.

22 - Executar tarefas de enfermagem, quando necessário, sempre orientando o pessoal;

23 - Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada de toda equipe;

24 - Manter a gerência informada de todas a ações implantadas na Unidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - Conhecimento em TOTVS; - Conhecimento em SigQuali; - Domínio em Fluig; - Domínio em GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de dimensionamento do quadro de funcionários; - Conhecimento da SAE / Aplicar; - Domínio dos processos e normas da instituição; - Conhecimento técnico e científico das necessidades humana básica prestada a assistência direta ao paciente; - Domínio técnico em liderar equipe técnica de enfermagem;	**Observações**	Registro ativo no COREN.

- Conhecimento básico em Imprudência e Negligência;
- Domínio das legislações vigentes do setor;
- Conhecimento de Infecção Hospitalar;
- Domínio de segurança do paciente;
- Conhecimento das ferramentas de qualidade;
- Conhecimento de tecnologias na área da saúde;
- Domínio de gestão de pessoas.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO I / AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Comunica sempre ao seu superior qualquer alteração, anormalidade ou não conformidade existente nas atividades de trabalho ou na instituição. **(A180, E)** • Tem facilidade para se comunicar com as pessoas, inclusive diante de uma intercorrência, orientando com calma o que precisa ser feito. **(A180, E)** • Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação. **(A180, E)** • Demonstra atenção e segurança ao dar informações da instituição ou do setor, seja de forma pessoal ou por telefone. **(A180, E)** • Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares) **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)**	**ESSENCIAL**

		• Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)** • Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Tem espirito de equipe demonstrando colaboração nos momentos difíceis ou críticos dentro de sua área ou instituição. **(A180, E)** • Está sempre disposto a participar da solução dos problemas dentro do seu setor, mesmo que não sejam relacionados a sua função. **(A180, E)** • Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas tarefas, ao invés de ficar ocioso. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO PLENO / NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Atuar como enfermeiro de Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial (SCIA);

02 - Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como o Código de Ética, a Legislação de Enfermagem, Regimento Interno e os Princípios e Diretrizes do SUS;

03 - Conhecer os processos de trabalho de forma atuar proativamente;

04 - Manter os servidores/colaboradores atualizados das normativas específicas de cada setor;

05 - Organizar, Manter, sistematizados e arquivados, os Protocolos sanitários da unidade e todos os documentos setoriais quanto o controle de infecção;

06 - Revisar e implementar o Programa de Controle de IRAS (PCIRAS).

07 - Dar continuidade ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS;

08 - Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnicas, visando à prevenção e controle das IRAS, por meio de visitas técnicas (auditorias internas) e revisão de documentos como POP, PS, PC, PR, fluxos, de todos os setores assistenciais e de apoio;

09 - Apoiar e dar parecer referente ao controle de IRAS, sobre as obras e reformas na unidade;

10 - Capacitar o quadro de colaboradores da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS;

11 - Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, ao superior imediato e às coordenações de todos os setores da unidade, a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate;

12 - Realizar investigação epidemiológica , sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

13 - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicas, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade, por meio de medidas de precaução padrão e adicionais.

14 - Fornecer aos órgãos fiscalizadores e sistemas de informação, as informações epidemiológicas referentes às IRAS;

15 - Apoiar na continuidade do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo às legislações, minimizando os riscos ocupacionais, a fim de preservar a saúde e o meio ambiente;

16 - Elaborar, implementar e/ou atualizar protocolos de normas e rotinas da unidade;

17 - Supervisionar a limpeza e desinfecção periódica e geral dos setores.

18 - Participar das Comissões, cumprindo as normas de serviço.

19 - Realizar a vigilância da qualidade do ar/sistemas de climatização (em pareceria com o Setor de Manutenção), seguindo o manual de qualidade do ar da ANVISA;.

20 - Realizar vigilância do manejo de controle de pragas e vetores, conforme rotina, da área interna e externa da unidade;

21 - Realizar vigilância da limpeza e desinfecção da caixa d água, trimestralmente;

22 - Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada de toda

equipe;

23 - Manter a gerência informada de todas a ações implantadas na Unidade.

24 - Executar outras atividades afins inerentes à profissão.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção de dimensionamento do quadro de funcionários; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Domínio da SAE / Aplicar; - Domínio dos processos e normas da instituição; - Conhecimento técnico e científico das necessidades humana básica prestada a assistência direta ao paciente; - Domínio técnico em liderar equipe técnica de enfermagem;	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

- Noção básica Imprudência e Negligência;

- Conhecimentos das legislações vigentes do setor.

- Conhecimento de Infecção Hospitalar;

- Domínio de segurança do paciente;

- Noção das ferramentas de qualidade;

- Conhecimento de tecnologias na área da saúde;

- Conhecimento de gestão de pessoas;

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO PLENO / NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO PLENO / NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2234-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Administrar e coordenar os serviços de dispensação e distribuição de insumos e administrar corretamente as tarefas burocráticas que possibilitam melhor funcionamento da área, com reflexos na organização;

2) Assumir a coordenação técnica nas discussões para seleção e aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos, garantindo sua qualidade e otimizando a terapia medicamentosa;

3) Controlar o fluxo de medicamentos, não deixando faltar qualquer tipo que seja necessário e fundamental ao funcionamento da unidade e melhoria do paciente. Realizar baixa dos itens vencidos no sistema e realizar o descarte correto dos mesmos conforme PGRSS. Propor processos e rotinas, para garantir uma dispensação segura, baseando nos critérios do manual de Medicação Segura;

4) Coordenar e administrar medicamentos, material médico, material de consumo; coordenar e gerenciar pessoal sob sua responsabilidade;

5) Elaborar, coordenar e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;

6) Estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de dispensação, para pacientes ambulatoriais e internados, de acordo com as condições técnicas hospitalares, onde ele se efetive;

7) Exercer atividades formativas sobre matérias de sua competência, promovendo palestras e treinamentos e criando um Setor de Informações de Medicamentos, de acordo com as condições da unidade;

8) Normatizar uso de medicamentos; planejar ações de assistência farmacêutica; implementar ações de assistência farmacêutica; participar de ações de vigilância epidemiológica;

9) Requisitar e controlar entorpecentes e psicotrópicos, apresentando a receita médica devidamente preenchida e arquivar as mesmas para evitar desvios dos mesmos, atendendo às disposições legais;

10) Supervisionar todos os procedimentos pertinentes à farmácia da Unidade; armazenamento, distribuição e transporte de produtos, comprovando origem dos produtos; fixando critérios de armazenamento; fracionando produtos; assegurar condições de entrega e colaborar na definição de logística de distribuição;

11) Coordenar e gerenciar os envios de malotes do almoxarifado, conferindo e acompanhando os processos de retenção de NF pela auditoria. Gerenciar o cumprimento de todos os processos de forma íntegra e correta desenvolvida na farmácia e almoxarifado, analisando e desenvolvendo melhorias de sistema, permitindo uma melhor rastreabilidade e controle de estoque via sistema;

12) Coordenar CFT(comissão de farmácia terapêutica) e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;

13) Controlar temperatura e umidade do ambiente e da geladeira;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas,

Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05. Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Farmácia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Farmácia Clinica, Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas e/ ou áreas afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das ferramentas da qualidade; - Conhecimento dos processos de Gestão de Pessoas; - Conhecimento dos Protocolos de Segurança do Paciente; - Conhecimento de administração de medicamentos (rotina de trabalho do setor); - Domínio: legislações 344/98 (psicotrópica); RDC 36 (segurança do paciente) dentre outras; Garantir uso seguro	**Observações**	Registro ativo no CRF

de medicação; Consumo de Mat/Med; Lista de mat/med padronizado; Armazenamento de insumos (mat/met) Custo hospitalar; Ferramentas da qualidade.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO CLINICO / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2234-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Receber, armazenar, dispensar e controlar os medicamentos observando os ensinamentos da farmacoeconômia, farmacovigilância e das boas práticas de armazenamento e dispensação;

2) Acompanhar e garantir a aplicação das normas e procedimentos legais;

3) Gerenciar documentação, administrando estoques e balanços oficiais de produtos controlados e antimicrobianos;

4) Controlar estoque e distribuição de medicamentos e correlatos;

5) Estudar estabilidade do produto, estabelecer prazo de validade do mesmo e especificar as condições de armazenamento;

6) Realizar atividades de farmácia clínica, com acompanhamento in loco ao paciente, através aplicação de Score de classificação farmacoterapêutico, realizar rondas multiprofissionais e visitas beira leito para a execução de conciliação medicamentosa e orientação de alta;

7) Garantir a qualidade de produtos e serviços farmacêuticos, validando método de análise, produtos, processos, áreas e equipamentos;

8) Sugerir mudança de processos;

9) Participar da avaliação global;

10) Avaliar tecnicamente a prescrição médica, identificando se dados como a dose, posologia, aprazamento, diluição, interação medicamentosa, tempo de infusão e seguimento de protocolos internos estão adequados;

11) Realizar intervenções farmacêuticas, quando necessário, assim como registrar via evolução farmacêutica, todas as observações e análises realizadas ao paciente;

12) - Coordenar CFT (comissão de farmácia terapêutica) e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Farmácia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Farmácia Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - SALUS; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento da portaria nº 344, de 12 de maio de 1988 – Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial - Domínio em farmacoeconomia e farmacovigilancia - Domínio de dispensação, recebimento, armazenamento de medicamentos; - Conhecimento do código de ética da profissão farmacêutica;	**Observações**	Registro ativo no conselho.

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
ATENÇÃO CONCENTRADA	*Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução da suas tarefas.*	• Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção. **(A180, E)** • Faz conferência do seu processo de trabalho (materiais, equipamentos, controles, planilhas, etc.) antes de finaliza-lo e/ou envia-lo para outros profissionais. **(A180, E)** • Presta atenção nas orientações e solicitações do seu superior, fazendo anotações e perguntando para compreender exatamente o que será feito. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO CLINICO / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

GERENTE OPERACIONAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Coordenar e supervisionar rotinas administrativas; Delegar funções; Criar, implantar e programar rotinas administrativas; Orientar a execução das normas e rotinas administrativas; Analisar o funcionamento das rotinas administrativas; Supervisionar cronogramas; Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;

02) Coordenar serviços gerais; serviço de malote; instalações; Coordenar serviço de limpeza;

03) Organizar documentos e correspondências; Receber, analisar, classificar, registrar e conferir documentos e correspondência; Encaminhar documentos e correspondências; Organizar registros;

04) Coordenar equipe; Requisitar pessoal; Definir e gerenciar escala de trabalho; Avaliar desempenho da equipe; Remanejar pessoal; Apurar frequência ao trabalho; Gerenciar benefícios;

05) Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar comunicados; Elaborar documentos e relatórios; Elaborar correspondência; Preencher formulários;

06) Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

07) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

08) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

09) Atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;

10) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01)Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das rotinas administrativas; - Conhecimento de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar.	**Observações**	- Ter participado do Programa de Trainee da OSSHMTJ.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

GERENTE OPERACIONAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

GERENTE OPERACIONAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

GESTOR DE CUIDADOS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Coordenar o processo de humanização;

02 - Avaliar e propor projetos, de acordo com as normativas e práticas;

03 - Apoiar e divulgar as iniciativas e propostas de melhorias da Área de humanização;

04 - Realizar oficinas de treinamento, levantamentos das potencialidades e deficiências relativas à humanização.

05 - Atuar em programas de prevenção, promoção e qualidade de vida;

06 - Participar das reuniões com a equipe técnica, diretoria e demais coordenações;

07 - Realizar avaliação global dos pacientes com outros profissionais da equipe Multiprofissional;

08 - Realizar consulta de enfermagem; assim como consultas voltadas para gestantes e puérperas de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); Atualizar a estratificação de risco gestacional;

09 - Orientar o autocuidado e monitorar o tratamento;

10 - Realizar reuniões de equipe para divulgação e discussão do PTE e levantar as necessidades de reavaliações multiprofissionais;

11 - Orientar o paciente a levar o PTE para sua APS de referência para conhecimento e manutenção de condutas;

12 - Participar de reuniões de equipe para elaboração e discussão do PTE e avaliações multiprofissionais necessárias;

13 - Ser responsável pela coordenação do cuidado dos pacientes;

14 - Consolidar as informações, avaliações e documentos do paciente, orientá-lo em relação aos encaminhamentos, atendimentos e condutas propostas pela equipe e comunicar, quando necessário, outros serviços pertinentes sobre o PTE e condutas esperadas;

15 - Auxiliar/apoiar a equipe de qualidade na supervisão e identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;

16 - Reforçar junto a equipe a necessidade de contra referências de todos os pacientes atendidos.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01)Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das rotinas administrativas; - Conhecimento de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência	**Observações**	

adulto e pediátrico.
- Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.
- Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde
- Noção do Manual de Acreditação ONA;
- Conhecimento de Hotelaria Hospitalar;
- Conhecimento de gerenciamento financeiro;
- Conhecimento de Faturamento Hospitalar.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

GESTOR DE CUIDADOS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

GESTOR DE CUIDADOS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

MOTORISTA ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 7823-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Dirigir veículos automotores, acionando os comandos de marcha e direção, conduzindo-o em trajeto determinado, de acordo com as regras de trânsito e instruções recebidas, para efetuar o transporte de passageiros e cargas;

2) Inspecionar os veículos automotores, verificando os níveis de combustível, óleo, água, estado de funcionamento e dos pneus, para providenciar o abastecimento e reparos necessários;

3) Examinar as ordens de serviço, verificando o itinerário a ser seguido, os horários, os números de viagens e outras instruções, para programar a sua tarefa;

4) Zelar pelo bom andamento do transporte, adotando as medidas cabíveis na prevenção ou solução de qualquer anomalia, para garantir a segurança dos serviços prestados aos transeuntes e veículos;

5) Providenciar os serviços de manutenção, comunicando falhas e solicitando reparos, para assegurar seu perfeito estado;

6) Recolher o veículo após a jornada de trabalho, conduzindo-o à garagem da empresa, para permitir sua manutenção e abastecimento;

7) Efetuar reparos de emergência;

8) Especializar-se na condução de um determinado tipo de veículo automotor;

9) Manter o sigilo das informações passadas;

10) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Fundamental Completo - Curso: CNH Habilitada e em dia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Ensino Médio Completo	**Experiência**	Desejável experiência de 6 meses a 1 ano
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	Não se aplica
Conhecimento Técnico Específico	- Possuir CNH D; - Noção dos direitos humanos; - Domínio das legilações de trânsito.	**Observações**	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Fundamental Completo - Curso: CNH Habilitada e em dia

DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Ensino Médio Completo

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

MOTORISTA ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ATENÇÃO CONCENTRADA	*Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução da suas tarefas.*	• Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção. **(A180, E)** • Faz conferência do seu processo de trabalho (materiais, equipamentos, controles, planilhas, etc.) antes de finaliza-lo e/ou envia-lo para outros profissionais. **(A180, E)** • Presta atenção nas orientações e solicitações do seu superior, fazendo anotações e perguntando para compreender exatamente o que será feito. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	*Capacidade de resolver situações difíceis e momentos de pressão ou tensão, mantendo o controle de suas atitudes de forma equilibrada no ambiente de trabalho.*	• Demonstra tranquilidade em situações de emergência, executando as ações necessárias com segurança. **(A180, E)** • Mantem-se produtivo no trabalho mesmo num ambiente sob pressão por entregas, prazos ou resultados. **(A180, E)** • Controla suas emoções quando o cliente (interno ou externo) está nervoso, ouvindo com atenção e buscando alternativas para solucionar a situação. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

MOTORISTA ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

NUTRICIONISTA / NUTRIÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2237-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1- Planejar, coordenar e supervisionar serviços ou programas de nutrição na instituição;

2- Realizar exame físico e avaliação antropométrica dos pacientes para definir estado nutricional e conduta nutricional;

3- Realizar intervenções nutricionais de acordo com a necessidade de cada paciente, analisando carências alimentares e o conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos;

4- Estabelecer normatização de atividades referentes à Nutrição;

5- Garantir que o registro das ações de Nutrição e multiprofissionais sejam realizados conforme normas vigentes;

6- Atender a pacientes e a seus familiares, dirimindo dúvidas, prestando esclarecimentos e orientando procedimentos;

7- Fornecer informações sobre aspectos nutricionais e sobre aleitamento materno nos grupos organizados pela equipe multidisciplinar;

8- Executar trabalhos específicos em cooperação com outros profissionais, ou assessorar em assuntos de Nutrição e multiprofissional, emitindo pareceres, para identificar problemas, estudar soluções, elaborar programas e projetos e desenvolver pesquisas.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Nutrição DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Nutrição Clinica, Nutrição hospitalar ou áreas afins	**Experiência**	6 meses
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio sobre as legislações pertinentes a atividade dentre estas a RESOLUÇÃO CFN 223/1999 que Dispõe sobre o exercício profissional do nutricionista na área de nutrição clínica; - Conhecimento de ferramentas de qualidade; - Conhecimento dos fluxos hospitalares; - Conhecimento Sistema Prontuário eletrônico; - Noção legislação trabalhista e relacionadas a área da saúde.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

NUTRICIONISTA / NUTRIÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)** • Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Está sempre disposto a participar da solução dos problemas dentro do seu setor, mesmo que não sejam relacionados a sua função. **(A180, E)** • Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas tarefas, ao invés de ficar ocioso. **(A180, E)** • Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

NUTRICIONISTA / NUTRIÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

OUVIDOR / OUVIDORIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1423-40

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Acolher as manifestações, sugestões, elogios e denúncias através dos canais de comunicação disponíveis; realizando a identificação do usuário e os registros; encaminhando a manifestação à área envolvida e registrando a resolutividade dos setores notificados para desfecho junto ao usuário;

02 - Acolher o usuário que comparecer pessoalmente ou por telefone, realizando o atendimento da sua solicitação, dando retorno às demandas, no menor prazo possível, informando os usuários sobre as providências adotadas pelas unidades organizacionais ou pelas pessoas envolvidas;

03 - Garantir a livre expressão de todos, coordenando atividades que visem acolher sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias;

04 - Atuar como interlocutora da sociedade, dos servidores e colaboradores junto à Administração da Unidade, assegurando que as informações relevantes cheguem ao conhecimento da autoridade competente;

05 - Observar os problemas existentes nos processos de trabalhos, e propor, com o auxílio das áreas competentes, se necessário, medidas que evitem sua repetição;

06 - Atuar com imparcialidade na administração e prevenção de conflitos, agindo com urbanidade, integridade e transparência, visando ao bom funcionamento da do hospital e à satisfação dos usuários dos serviços prestados pela Unidade;

07 - Organizar e submeter à aprovação do superior imediato;

08 - Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Qualidade;

09 - Cadastrar, controlar e monitorar indicadores do setor no SIGQUALI, com cadastro de análises críticas, com propostas de melhoria, bem como abrir planos de ação quando for necessário, de forma a garantir o cumprimento das metas;

10 - Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar comunicados; Elaborar documentos e relatórios;

11 - Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Serviço Social ou Áreas Afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das Políticas institucionais e protocolos clínicos; - Conhecimento de Normas de portarias vigentes ao Serviço de Saúde no Município; - Conhecimento de Lei e Portarias referente a OGU. Noção de ética e sigilo das informações; comportamento discreto e confiável. - Domínio de comunicação clara e precisa, leiga e transparente. Empatia e espírito acolhedor, voltado para humanização.	**Observações**	

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	*Capacidade de resolver situações difíceis e momentos de pressão ou tensão, mantendo o controle de suas atitudes de forma equilibrada no ambiente de trabalho.*	• Demonstra tranquilidade em situações de emergência, executando as ações necessárias com segurança. **(A180, E)** • Mantem-se produtivo no trabalho mesmo num ambiente sob pressão por entregas, prazos ou resultados. **(A180, E)** • Controla suas emoções quando o cliente (interno ou externo) está nervoso, ouvindo com atenção e buscando alternativas para solucionar a situação. **(A180, E)** • Tem paciência com o cliente (interno ou externo) para lhe orientar sempre que seja necessário. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**

COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Tem facilidade para se comunicar com as pessoas, inclusive diante de uma intercorrência, orientando com calma o que precisa ser feito. **(A180, E)** • Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho. **(A180, E)** • Informa sobre o progresso do seu trabalho, dando retorno ao seu superior sobre os prazos de entrega e resultados alcançados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE FARMACIA / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2234-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Coordenar os serviços de dispensação e distribuição de insumos corretamente as tarefas burocráticas que possibilitam melhor funcionamento da área, com reflexos na organização;

02) Assumir a responsabilidade técnica nas discussões para seleção e aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos, garantindo sua qualidade e otimizando a terapia medicamentosa; controlar o fluxo de medicamentos, não deixando faltar qualquer tipo que seja necessário e fundamental ao funcionamento da Policlínica e melhoria do paciente;

03) Coordenar medicamentos, material médico, material de consumo; coordenar e gerenciar pessoal sob sua responsabilidade;

04) Coordenar CFT(comissão de farmácia terapêutica) e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;

05) Estabelecer um sistema, eficiente, eficaz e seguro de dispensação, para pacientes ambulatoriais;

06) Exercer atividades formativas sobre matérias de sua competência, promovendo educação permanente criando um Setor de Informações de Medicamentos, de acordo com as condições da Policlínica;

07) Normatizar uso de medicamentos; planejar ações de assistência farmacêutica; implementar ações de assistência farmacêutica;

08) Participar na discussão de políticas públicas de saúde; na elaboração de políticas de medicamento; propor protocolos de tratamento e no programa de farmacovigilância do hospital;

09) Requisitar e controlar entorpecentes e psicotrópicos, apresentando a receita médica devidamente preenchida e dando saída no "livro eletrônico", para evitar desvios dos mesmos, atendendo às disposições legais;

10) Supervisionar todos os procedimentos pertinentes à farmácia da Policlínica; armazenamento, distribuição e transporte de produtos, comprovando origem dos produtos; fixando critérios de armazenamento; fracionando produtos; assegurar condições de entrega e colaborar na definição de logística de distribuição;

11) Gerenciar consumo de mat/met, analisar e justificar todas as diferenças para o setor de suprimentos e custos (mensalmente até 05 de cada mês);

12) Propor processos e rotinas, para garantir uma dispensação segura, baseando nos critérios do manual de Medicação Segura. Realizar controle, documentação e reposição dos imunobiológicos, kits teste rápido e kit de medicamentos retrovirais para o município. Enviar documentação e registros mensais de consumo desses itens a vigilância epidemiológica e município. Além de realizar treinamento de POPs e PRS referente ao setor de farmácia e almoxarifado;

13) Realizar avaliações desempenho da equipe da farmácia e almoxarifado. Garantir uma boa comunicação entre todos, quanto à divulgação de novos processos, rotinas e plantões. Dar suporte técnico aos farmacêuticos, auxiliar de farmácia, e toda equipe da assistência sempre que solicitado;

14) Realizar pedido de compra mensal de medicamentos, materiais, materiais expediente e materiais gráficos, além de analisar, gerar e preencher formulários de consumo mensal da Unidade, justificando as variações de consumo por cada centro de custo e registrar lançamento dos mesmos no sistema. Além de realizar inventário periodicamente dos estoques da farmácia e almoxarifado, garantindo uma melhor gestão do estoque;

15) Lançar notas fiscais nos sistema Mvsoul e RM;

16) Coordenar e gerenciar os envios de malotes do almoxarifado, conferindo e acompanhando os processos de retenção de NF pela auditoria. Gerenciar o cumprimento de todos os processos de forma íntegra e correta desenvolvida na farmácia e almoxarifado, analisando e desenvolvendo melhorias de sistema, permitindo uma melhor rastreabilidade e controle de estoque via sistema;

17) Lançar empréstimos (entrada e saída) no sistema RM;

18) Fazer solicitação de compras;

19) Elaborar escalas de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores e colaboradores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

20) Controlar temperatura e umidade do ambiente e da geladeira;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Farmácia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Farmácia Clinica	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção: Fluxo de recepção; Fluxo de agendamento de medicamentos; SESMT; Fluxos administrativos; - Conhecimento: Técnica de administração de medicamentos pela enfermagem (rotina de trabalho do setor); - Domínio: legislações 344/98 (psicotrópica); RDC 36	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

(segurança do paciente) dentre outras; Garantir uso seguro de medicação; Consumo de Mat/Med; Lista de mat/med padronizado; Armazenamento de insumos (mat/met) Custo hospitalar; Ferramentas da qualidade.

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE FARMACIA / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE FARMACIA / FARMÁCIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO / MANUTENÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 9101-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais	PRINCIPAIS ATIVIDADES: 01) Supervisionar e orientar os demais colaboradores dentro da hierarquia do setor; 02) Supervisionar, orientar e realizar trabalhos de manutenção elétrica, hidráulica, alvenaria, marcenaria e pinturas; 03) Supervisionar, orientar e realizar manutenção de carpintaria e marcenaria; 04) Supervisionar, orientar e realizar montagem de equipamentos de trabalho e segurança; 05) Acionar empresas terceirizadas para realização de tarefas contratadas; 06) Realizar solicitação de compra de materiais e equipamentos necessários; 07) Supervisionar a conferência de materiais e equipamentos adquiridos; 08) Supervisionar, orientar e executar serviços gerais; lavar pátios; inspecionar qualidade da água; soldar objetos; trocar vidros; lavar grades; conservar jardins; conservar fachadas; misturar produtos químicos na água; Lavar janelas, paredes e pastilhas; remover pichações; refazer detalhes de molduras; recolocar pastilhas ou lito cerâmica; pintar fachadas; limpar vidros; calafetar fendas entre parte metálica e alvenaria; fixar cabos de para-raios; 09) Zelar pela conservação dos equipamentos, ferramentas e máquinas utilizadas, observando as normas de segurança e conservação, para obter melhor aproveitamento; 10) Zelar pela segurança do patrimônio e das pessoas, solicitando meios e tomando providências para a realização dos serviços; isolar áreas do prédio para manutenção; RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores; 02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais; 03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais; 04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição; 05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Superior Completo: Engenharia Civil, Elétrica, Arquitetura ou Àreas afins.	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	Pacote Office básico (Word, Excel, Power Point); Conhecimento em TOTVS;

			Noção em Sigquali; Noção em Fluig.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento técnica em hidráulica, trocar sifoões, engates, torneiras, realizar solda em tubulações de agua e esgoto. Elétrica, trocar lampadas, luminárias e tomadas utilizando as ferramentas adequadas. - Conhecimento administrativo , verificar estoque de materiais e providenciar pedidos de compras, utilizando do sistema ToTVS - Conhecimento em informática, acessar a ferramenta de gerenciamento de ordens de serviço FLUIG. - Noção de Normas regulamentares de que norteia as execuções de atividades dentro de instituição de saúde tais como NR32 - Noção de Normas regulamentares de que norteia as execuções de atividades da construção civil tais como NR10 que tem por objetivo garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que interagem nas instalações e serviços com eletricidade - Noção da Norma regulamentar de que norteia a execução de atividades da construção civil NR35 que estabelece os requisitos mínimos de proteção para o trabalho em altura, envolvendo o planejamento, a organização e a execução - Conhecimento de estocagem de materiais, saber classificar produtos de hidráulica, elétrica entre outros.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO / MANUTENÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO / MANUTENÇÃO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR MULTIPROFISSIONAL / FISIOTERAPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1- Realizar atendimento in loco aos pacientes, quando necessária intervenção da coordenação;

2- Avaliar tecnicamente a correta utilização e disponibilidade dos recursos físicos, intelectuais e humanos para realização dos atendimentos;

3- Planejar e orientar as atividades da equipe de atendimento ao paciente;

4- Coordenar os recebimentos das demandas, analisando e direcionando-as, de acordo com a complexidade, visando garantir a melhor solução no atendimento;

5- Propor solução, bem como orientar os atendentes, visando o foco na solução da questão apresentada pelo paciente;

6- Coordenar e direcionar a sua equipe no que tange a gestão de pessoas, visando garantir que as normas e procedimentos internos sejam cumpridos;

7- Supervisionar tecnicamente a equipe sob sua subordinação e apoiá-la em seu desenvolvimento;

8- Avaliar as necessidades de treinamento técnico e comportamental da equipe;

9- Garantir condições estruturais, físicas e técnicas para realização dos atendimentos aos pacientes.

10- Monitorar e acompanhar produtividade da equipe sob sua subordinação.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	-Ensino superior completo: Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Terapeuta Ocupacional ou áreas afins. -Desejável, mas não obrigatório: pós graduação na área hospitalar ou de saúde.	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point);

			- TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento em gestão hospitalar; - Conhecimento de legislação relacionada ao serviço; - Conhecimento de ferramentas de qualidade; - Domínio de indicadores gerenciais.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR MULTIPROFISSIONAL / FISIOTERAPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR MULTIPROFISSIONAL / FISIOTERAPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR NIR / NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4201-25

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Supervisionar rotinas setoriais tais como: provisão de pessoal e materiais, preenchimento de planilhas, censo e check list, visita diária (com fornecimento de dados para gestão e alimentação de indicadores), gerenciamento de risco, identificação de exames e procedimentos a serem realizados no dia, realizar registros no sistema RM e escalas de atribuições dos colaboradores;

02) Planejar, elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe assistencial em conjunto com a Gestão Assistencial, assim como acompanhar a efetividade dos mesmos;

03) Conferir e controlar equipamentos, materiais permanentes quanto às manutenções corretivas e preventivas no sistema padronizado e zelar pela conservação dos mesmos;

04) Assessorar na construção e gestão das escalas mensais dos serviços assistenciais da unidade;

05) Gerenciamentos os protocolos e indicadores juntamente com a Gestão Assistencial;

06) Ser responsável pelas rotinas de regulação de pacientes em conjunto com a Direção Geral da Unidade;

07) Assessorar as rotinas de regulação de pacientes em conjunto com a Direção Geral da Unidade e Gestão Assistencial;

08) Promover e acompanhar o processo de treinamento introdutório para os colaboradores recém-admitidos;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Curso: Protocolo de Manchester e Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS;

			- SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção de dimensionamento do quadro de funcionários; - Noção básica Imprudência e Negligência; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Conhecimento técnico e científico das necessidades humana básica prestada a assistência direta ao paciente; - Conhecimento das legislações vigentes N 32; - Domínio dos processos e normas da instituição; - Domínio técnico em liderar equipe técnica de enfermagem.	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR NIR / NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR NIR / NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TÉCNICO DE APOIO AO USUÁRIO DE INFORMÁTICA / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3171-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1- Assegurar o funcionamento do hardware e do software.

2 - Garantir a segurança das informações, por meio de cópias de segurança e armazenando-as em local prescrito, verificando acesso lógico de usuário e destruindo informações sigilosas descartadas.

3 - Acompanhar as operações em execução, interpretando as mensagens dadas pelo computador, verificando a alimentação do equipamento, regularidade de impressão, concordância aparente de resultados e outros fatores de importância, para detectar eventuais falhas de funcionamento, identificar erros e adotar as medidas prescritas para corrigi-los ou reportá-los ao responsável.

4 - Analisar, antes do processamento, o programa a ser executado, estudando as indicações e instalações do sistema determinado, para assegurar-se da correta definição de todas as informações necessárias às operações.

5 - Dar suporte interno de sistemas e treinamento aos funcionários para a utilização dos referidos sistemas adotados pela organização.

6 - Fazer backup dos sistemas, para segurança e preservação dos dados; fazer reparos e dá suporte técnico em todos os equipamentos de informática da Instituição e formatar os equipamentos, quando necessário.

7 - Garantir a segurança das informações, por meio de cópias de segurança e armazenando-as em local prescrito, verificando acesso lógico de usuário e destruindo informações sigilosas descartadas.

8 - Realizar atualizações de antivírus, versões e instalações de software e de aplicativos da Internet.

9 - Instalar de hardware e software em geral.

10 - Zelar pelos equipamentos fazendo a limpeza e a manutenção preventiva de computadores e impressoras da Instituição, bem como, a manutenção lógica dos cabos de rede.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso técnico de informática DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Superior Incompleto - Curso: Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Sistema de informação, Ciências da Computação/Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 19	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC; - SQL
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de backup; - Conhecimento em Manutenção de hardware e software; - Noção de rede; - Conhecimento em Instalação de impressora e periféricos; - Conhecimento formatação de computadores; - Noção suporte a usuários.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TÉCNICO DE APOIO AO USUÁRIO DE INFORMÁTICA / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
INICIATIVA	*Capacidade de ser proativo com o propósito de aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.*	• Tem iniciativa em abordar para orientação ou averiguação pessoas suspeitas dentro da instituição, mesmo que em situação de risco. **(A180, E)** • Tem proatividade para resolver situações de trabalho ou alterações que apareçam no dia a dia das suas atividades. **(A180, E)** • Tem iniciativa para aprender novas tarefas e obter novos conhecimentos no seu trabalho, sem que seu superior lhe solicite. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TÉCNICO DE APOIO AO USUÁRIO DE INFORMÁTICA / CSTI - CENTRAL DE SISTEMA DE TECNOLOGIA DA I / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)** • Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Versão: 001/2024
Alterado em: 12/08/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CIRURGIAS AMBULATORIAIS / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3222-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais	PRINCIPAIS ATIVIDADES: 01 - Praticar o protocolo de cirurgia segura; 02 - Praticar montagem da sala de acordo com cada procedimento proposto; 03 - Acompanhar recepção do paciente; receber o paciente na (SRPA); 04 - Executar conferência e/ou recolhimento de material pós-cirurgia; 05 - Praticar desinfecção dos aparelhos de monitorização e equipamento; 06 - Encaminhar paciente para rpa; 07 - Verificar e confirmar os dados do paciente; 08 - Conferir o prontuário do cliente. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais; 02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior; 03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador; 04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso Técnico de Enfermagem	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Ter conhecimento do protocolo de cirurgia segura; - Dominar check lista da sala; - Dominar solicitação de material; - Ter conhecimento intermediário de anatomia e fisiologia humana, microbiologia, infectologia;	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

- Ter domínio, de ética e legislação;

- Ter noção de doenças infectocontagiosas, anestesiologia, hematologia, infecção hospitalar;

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CIRURGIAS AMBULATORIAIS / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares) **(A180, E)** • Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Versão: 001/2024
Alterado em: 12/08/2024

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CIRURGIAS AMBULATORIAIS / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CONSULTÓRIO MÉDICO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2123-15

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1 - Praticar os protocolos operacionais padrão (POP) e Diretrizes;
2 - Verificar e confirmar os dados do paciente;
3 - Conferir o prontuário do Paciente.
4 - Acompanhar recepção do paciente;
5 - Seguir escala diária conforme delegação do enfermeiro;
6 - Realizar o checklist de sala;
7 - Preencher todos os formulários da Sistematização da Assistência de Enfermagem de forma completa, legível não omitindo informações;
8 - Conferir data de validade de todas as soluções conforme POP;
9 - Ao término do procedimento retirar todo material que não foi utilizado;
10 - Certificar se todos os materiais e insumos necessários para o procedimento estão disponíveis ao início e termino de cada expediente;
11 - Fazer anotações claras e legíveis de todo cuidado assistencial prestado;
12 - Dar ciência ao enfermeiro dos problemas do setor com equipamentos, intercorrências, materiais, instrumentais e outros afim do enfermeiro dar providências;
13 - Realizar procedimentos de enfermagem inerentes ao cargo, conforme legislação do COREN, de acordo com os protocolos da instituição;
14 - Realizar procedimentos conforme POPs;
15 - Utilizar formulários que tenham sido impressos especificamente pelo sistema de qualidade da unidade;
16 - Proceder com o descarte de resíduos nos recipientes apropriados conforme PGRSS;
17 - Cumprir o Regimento Interno da unidade, as normas e rotinas, assim como o Código de Ética e as Legislações de Enfermagem;
18 - Seguir e aplicar as normas de biossegurança;
19 - Executar outras atividades afins inerentes à profissão;
20 - Assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
21 - Assistir ao enfermeiro na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes;
22 - Cumprir as recomendações da NR 32;
23 - Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
24 - Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
25 - Manter a comunicação com enfermeira (o) supervisora (o) do setor;
26 - Preparar o material consignado conforme rotina do setor.
27 - Praticar montagem da sala de acordo com cada procedimento proposto;
28- Executar conferência e/ou recolhimento de material de cada setor;
29- Praticar desinfecção dos aparelhos de monitorização e equipamento;
30- Encaminhar paciente para estabilização;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CONSULTÓRIO MÉDICO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso Técnico de Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Superior Incompleto - Curso: Enfermagem	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	Noções do RM Conhecimento do GCPEC Noções do Fluig
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento do código de ética de enfermagem; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico; - Noção da NR 32; - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.	**Observações**	TER COREN ATIVO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CONSULTÓRIO MÉDICO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares) **(A180, E)** • Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / CONSULTÓRIO MÉDICO / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / ENDOSCOPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3222-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais	PRINCIPAIS ATIVIDADES: 01 - Praticar o protocolo de cirurgia segura; 02 - Praticar montagem da sala de acordo com cada procedimento proposto; 03 - Acompanhar recepção do paciente; receber o paciente na (SRPA); 04 - Executar conferência e/ou recolhimento de material pós-cirurgia; 05 - Praticar desinfecção dos aparelhos de monitorização e equipamento; 06 - Encaminhar paciente para rpa; 07 - Verificar e confirmar os dados do paciente; 08 - Conferir o prontuário do cliente. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais; 02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior; 03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador; 04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso Técnico de Enfermagem	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Ter conhecimento do protocolo de cirurgia segura; - Dominar check lista da sala; - Dominar solicitação de material; - Ter conhecimento intermediário de anatomia e fisiologia humana, microbiologia, infectologia; - Ter domínio, de ética e legislação;	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

- Ter noção de doenças infectocontagiosas, anestesiologia, hematologia, infecção hospitalar;

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

- Conhecimentos informática;

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / ENDOSCOPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação. **(A180, E)** • Demonstra atenção e segurança ao dar informações da instituição ou do setor, seja de forma pessoal ou por telefone. **(A180, E)** • Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares) **(A180, E)** • Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário. **(A180, E)** • Tem foco na segurança da dieta do paciente, realizado rigorosamente a manipulação ou preparação dos alimentos (ex. higienização correta, controle de validade, etc.) **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / ENDOSCOPIA / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)** • Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3222-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Praticar o protocolo de cirurgia segura;

02 - Praticar montagem da sala de acordo com cada procedimento proposto;

03 - Acompanhar recepção do paciente; receber o paciente na (SRPA);

04 - Executar conferência e/ou recolhimento de material pós-cirurgia;

05 - Praticar desinfecção dos aparelhos de monitorização e equipamento;

06 - Encaminhar paciente para rpa;

07 - Verificar e confirmar os dados do paciente;

08 - Conferir o prontuário do cliente.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso Técnico de Enfermagem	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Ter conhecimento do protocolo de cirurgia segura; - Dominar check lista da sala; - Dominar solicitação de material; - Ter conhecimento intermediário de anatomia e fisiologia humana, microbiologia, infectologia;	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

- Ter domínio, de ética e legislação;

- Ter noção de doenças infectocontagiosas, anestesiologia, hematologia, infecção hospitalar;

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação. **(A180, E)** • Demonstra atenção e segurança ao dar informações da instituição ou do setor, seja de forma pessoal ou por telefone. **(A180, E)** • Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares) **(A180, E)** • Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário. **(A180, E)** • Tem foco na segurança da dieta do paciente, realizado rigorosamente a manipulação ou preparação dos alimentos (ex. higienização correta, controle de validade, etc.) **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE ENFERMAGEM / AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado. **(A180, E)** • Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)** • Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso. **(A180, E)** • Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3516-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Identificar variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente; realizar inspeção e análise preliminar de risco; elaborar e participar de laudos ambientais; estudar a relação entre as ocupações dos Níveis físicos com o desenvolvimento sustentável; avaliar procedimentos de atendimentos emergenciais; registrar procedimentos técnicos; emitir parecer técnico;

02 - Implantar e divulgar a política de SST; administrar dificuldades de implantação; acompanhar a implantação da política de SST; gerenciar aplicabilidade da política de SST; estabelecer programas, projetos e procedimentos de melhoria; elaborar e acompanhar programas preventivos e corretivos; desenvolver programas, projetos e procedimentos de melhoria; implantar procedimentos técnicos e administrativos; emitir ordem de serviço; acompanhar ordem de serviço e promover ação conjunta com a área de saúde;

03 - Inspecionar locais, instalações e equipamentos da empresa, observando as condições de trabalho, para determinar fatores e riscos de acidentes; inspecionar os postos de combate a incêndios, examinando as mangueiras, hidrantes, extintores e equipamentos de proteção contra incêndios, para certificar-se de suas perfeitas condições de funcionamento;

04 - Instruir os funcionários da Instituição sobre normas de segurança, combate a incêndios e demais medidas de prevenção de acidentes, ministrando palestras e treinamento, para que possam agir acertadamente em casos de emergência;

05 - Investigar acidentes ocorridos, examinando as condições da ocorrência, para identificar suas causas e propor as providências cabíveis; elaborar relatório de acidentes; identificar perdas decorrentes; propor recomendações técnicas;

06 - Manter contatos com o serviço médico e social da instituição utilizando os meios de comunicação oficiais, para facilitar o atendimento necessário aos acidentados;

07 - Participar da adoção de tecnologias e processos de trabalho; analisar a aplicação de tecnologia; avaliar impacto da adoção; estabelecer procedimentos seguros e saudáveis; inspecionar implantação; estabelecer formas de controle dos riscos associados; emitir parecer sobre equipamentos, máquinas e processos;

08 - Participar de reuniões sobre segurança no trabalho, fornecendo dados relativos ao assunto, apresentando sugestões e analisando a viabilidade de medidas de segurança propostas, para aperfeiçoar o sistema existente;

09 - Realizar auditoria, acompanhamento e avaliação na área de SST; avaliar o ambiente de trabalho; interpretar indicadores de eficiência e eficácia dos programas implantados; validar indicadores de eficiência e eficácia; avaliar as atividades da organização versus os programas oficiais de SST e outros; adequar a política de SST às disposições legais; identificar indicadores para replanejamento do sistema; adotar metodologia de pesquisas quantitativas e qualitativas; verificar o nível de atendimento e perspectivas de avanço; verificar implementação de ações preventivas e corretivas; avaliar o desempenho do sistema; estabelecer mecanismos de intervenção;

10 - Registrar irregularidades ocorridas, anotando-as em formulários próprios e elaborando estatísticas de acidentes, para obter subsídios destinados à melhoria das medidas de segurança.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais.

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior.

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador.

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso Técnico de Segurança do Trabalho	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domino sobre as normas regulamentadores relacionadas a área hospitalar; - Domínio legislações trabalhistas CLT; - Domínio sobre o documento LTCAT e PGR; - Conhecimento gerenciamento de resíduos da saúde; -Conhecimentos sobre o PCMSO; - Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO / SESMT / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	*Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.*	• Comunica sempre ao seu superior qualquer alteração, anormalidade ou não conformidade existente nas atividades de trabalho ou na instituição. **(A180, E)** • Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
TRABALHO EM EQUIPE	*Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.*	• Tem espirito de equipe demonstrando colaboração nos momentos difíceis ou críticos dentro de sua área ou instituição. **(A180, E)** • Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas tarefas, ao invés de ficar ocioso. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TECNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO / SESMT / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

	COMPETÊNCIA TÉCNICA	INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2239-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Atender pacientes na prevenção, habilitação e reabilitação utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional;

02 - Diagnosticar pacientes nas especificidades ocupacionais;

03 - Orientar pacientes e familiares no tratamento;

04 - Capacitar o paciente nas tarefas e atividades em uma perspectiva holística;

05 - Abordar o desempenho do paciente no engajamento em ocupações que afetam a saúde, o bem estar e a qualidade de vida;

06 - Aplicar intervenções para maximizar a segurança e o desempenho em atividades básicas e instrumentais do cotidiano;

07 - Ensinar e auxiliar nas tarefas cotidianas e como dividi-las em componentes que o paciente conseguirá realizar;

08 - Recomendar e acompanhar a adaptação à equipamentos necessários para o tratamento;

09 - Observar, anotar e relatar o progresso do tratamento em relação a metas traçadas de curto e longo prazo;

10 - Fazer o acompanhamento regular do paciente;

11 - Planejar e desenvolver reabilitação de pacientes com deficiência, promovendo atividades com fins específicos;

12 - Ajudar e auxiliar na recuperação e integração social;

13 - Realizar triagem e anamnese do paciente para planejamento, tratamento e acompanhamento durante o processo;

14 - Colaborar com a equipe multiprofissional;

15 - Desenvolver suas atividades, aplicando normas e procedimentos de biossegurança;

16 - Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados na execução das atividades;

17 - Atentar-se pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como o local de trabalho;

18 - Manter-se atualizado em relação a inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades dos setores;

19 - Realizar avaliação e atendimento individual ou grupal para atenção especializada e orientações;

20 - Estabelecer junto a equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

21 - Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTE e avaliações multiprofissionais necessárias;

22 - Elaboração e entrega ao paciente de contra referência ao serviço de origem.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;

02 - Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;

03 - Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;

04 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	Curso técnico completo em Terapia Ocupacional.	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção das ferramentas da Qualidade; - Noção de Diretrizes Organizacionais; - Noção de terminologia Médica (diagnósticos, tratamentos); - Domínio em situação de comunicação de más noticias.	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TERAPEUTA OCUPACIONAL / TERAPIA OCUPACIONAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA OPERACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
NORMATIVA	*Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.*	• É assíduo e pontual, comunicando imediatamente seu superior diante de intercorrências em seu horário que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada. **(A180)** • Respeita à hierarquia dentro do seu setor e da instituição, acatando as orientações de seus superiores de forma profissional e educada. **(A180)** • Usa com cuidado (zelo) os equipamentos e materiais da instituição nas suas atividades, seguindo as orientações técnicas de utilização. **(A180)** • Cumpre todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da Instituição. **(A180)**	**ESSENCIAL**
FOCO NO CLIENTE	*Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).*	• Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação. **(A180, E)** • Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
RESPONSABILIDADE	*Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.*	• Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros. **(A180, E)** • Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TERAPEUTA OCUPACIONAL / TERAPIA OCUPACIONAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

I. Objetivos

A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pela instituição.

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.

III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico e o bom senso.

Atenta ao caráter dinâmico das Relações Sociais que permeiam e afetam as Relações do Trabalho, a Entidade tem como compromisso a revisão e atualização constante de suas Políticas, adequando-se, sempre que necessário, às transformações que vierem a ocorrer no âmbito político, econômico e social, na busca permanente do equilíbrio entre os interesses dos clientes/pacientes, de seus Colaboradores e da Entidade.

Na Entidade reconhecemos que nossos Colaboradores são a chave do sucesso. Diante disso apresentamos este documento que delimita as diretrizes que funcionam como base para a Gestão de Recursos Humanos em nossas Unidades, dentro de uma postura de respeito aos preceitos constitucionais, legais, ambientais e sociais, através da adoção de políticas permeadas pela ética, transparência e respeito mútuo, que caracterizam as relações de trabalho. Sendo seus compromissos:

Missão

Promover e prestar assistência à saúde com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

Ser referência Nacional para o Sistema Único de Saúde, pela qualidade assistencial, gestão, ensino e pesquisa.

Valores

- ÉTICA - Agir com integridade, honestidade moral, intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.
- QUALIDADE - Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas. Cuidado centrado no paciente.
- HUMANIZAÇÃO - Trabalhar com respeito, equidade, integralidade e dignidade, de forma universal.
- INOVAÇÃO - Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.
- SUSTENTABILIDADE - Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

Planejamento e Provisão de Recursos Humanos: a Entidade deve buscar atender, quantitativamente e qualitativamente, as necessidades e exigências institucionais, com pessoas detentoras das competências requeridas pela Entidade e estabelecidas nos perfis dos cargos. A força de trabalho é dimensionada por meio do atendimento a legislações e/ ou de acordo com as necessidades de atendimento e demanda de serviço de cada setor ou ainda conforme definido em contratos de prestação de serviços ao qual estipulam quadro de pessoal, quantitativo este estabelecido no Base Zero (quadro de lotação de vagas por setor), de maneira a atender os objetivos estratégicos da Entidade de forma dinâmica e contingencial. Esta é, aliás, a responsabilidade principal de todas as Coordenações: manter em pleno funcionamento os serviços prestados pela instituição.

PEC: As descrições dos cargos são definidas no Perfil Estruturado por Competências (PEC). Este documento contém a nomenclatura do cargo, a unidade a qual se refere, o centro de custo do qual o cargo irá compor, Atividades e Responsabilidades Essenciais do Cargo, Formação necessária, Experiência necessária, Conhecimentos técnicos específicos, Conhecimentos de informática necessários, Competências estabelecidas para o cargo, bem como os indicadores que servem como um meio verificador da existência das referidas competências.

O documento é utilizado para traçar o perfil profissional nos processos seletivos, bem como servir de base de desenvolvimento profissional almejado. Portanto este perfil é subsídio para a realização das avaliações de feedback, do período de experiência (45 e 90 dias), LNTD e Avaliação anual de Desempenho por Competência.

Recrutamento e Seleção: A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais, identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os colaboradores, a fim de qualificar os serviços prestados pela Entidade.

REGULAMENTO DO PROCESSO SELETIVO:

Recrutamento - O recrutamento, que é a captação de candidatos para suprir vagas em aberto ou compor cadastro reserva através da análise curricular, para participação em processos seletivos, têm como fonte principal o sítio eletrônico da Entidade, podendo se estender a outros veículos de comunicação, de acordo com a região, para ampla divulgação tais como: jornais, grupos institucionais, redes sociais, e-mails direcionados a locais de formação de profissionais, SINE entre outros. São utilizados prioritariamente os currículos que estão cadastrados no sistema da instituição, levando em consideração nesta etapa os requisitos pré-estabelecidos no Perfil Estruturado por Competência (PEC), a saber: Formação necessária, Experiência desejável na área, Conhecimentos técnicos específicos e Conhecimentos de informática necessários para o cargo. Vale salientar que todos os candidatos deverão somente ser aceitos para o processo seletivo, pela forma de inscrição estabelecida, orientada e divulgada nestes veículos. Lembrando que a inscrição deve ocorrer no prazo estabelecido para tal.

Seleção – Após análise curricular, os candidatos que estiverem dentro do perfil inicial supracitado, são convocados para realização de avaliação teórica contendo dez (10) questões objetivas relacionadas à área de atuação. O nível de dificuldade das avaliações irá acompanhar a complexidade dos cargos e nível de formação. Será considerado apto o candidato que atingir aproveitamento igual ou superior a 70% no total da avaliação. Salvo exceções de necessidades de fechamento do quadro de forma emergencial sejam elas em implantação de unidades, número de candidatos no processo insuficientes, desabastecimento ou mesmo de vazios assistenciais que possam prejudicar o funcionamento dos serviços.

Em seguida da etapa de Recrutamento, onde todos os candidatos recebem feedback sobre seu desempenho, aqueles que alcançaram o aproveitamento desejado, serão submetidos à entrevista técnica e comportamental com o Recursos Humanos e o responsável técnico da área, onde serão avaliadas as competências organizacionais, técnicas e as de liderança (quando aplicável), todas descritas no Perfil Estruturado por Competência (PEC):

- As competências Organizacionais são as mesmas para todos os cargos: Humanização, Comprometimento e Ética. O que difere a avaliação entre os cargos, é a priorização hierárquica que cada uma dessas competências vai ocupar por cargo.

- A competência técnica, avaliada pelo responsável técnico da área, leva em consideração a formação, experiência e expertise do candidato para a função.
- Para os cargos de liderança (Enfermeiros, Responsáveis Técnicos das áreas, Cargos de Coordenação, Gerência e Direção), são avaliadas além das competências organizacionais e técnica, as competências de liderança (Comunicação, Compromisso com a Qualidade, Planejamento e Resiliência), que também são escalonadas numa ordem de priorização a depender da área de atuação do cargo.

A cada competência o candidato é avaliado como NA (Não Atende), AP (Atende Parcialmente), AT (Atende) e SE (Supera as Expectativas).
A aprovação do candidato nesta etapa é feita de forma subjetiva pela avaliação profissional conjunta da área de Recursos Humanos e a área técnica responsável pelo cargo, levando em consideração se as competências avaliadas estão em sua maioria sendo atendidas ou o perfil do candidato permite o desenvolvimento das mesmas. Dentre as competências apresentadas, não existe sobreposição entre elas.

Os candidatos aprovados, serão convocados para preenchimento das vagas disponíveis. Havendo um número de candidatos aprovados maior que o número de vagas disponíveis, estes permanecerão em banco reserva que terá a validade de até 90 dias, podendo se estender por mais 90 dias, se necessário.

Outros critérios levados em consideração no momento do processo seletivo pelo RH são: dar preferência a candidatos que não tenham outro vínculo trabalhista, residir em local de fácil acesso à unidade em questão e de preferência no município da instituição gerida, o candidato não ter mais de dois vínculos direta ou indiretamente públicos. (Neste ponto, insta salientar a importância de se observar plano de trabalho e editais relacionados, sejam eles por meio de convênio de prestação de contas na unidade ou de contratação de serviços).

No intuito de trabalhar a responsabilidade social e tendo como premissa a ideia de desenvolvimento de pessoas, não utilizamos o critério de experiência como habilitação exigida nos processos seletivos. Porém, ressaltamos que caso o candidato aprovado no processo seletivo, sugerimos não assumir serviços noturnos no período de 90 dias, em virtude de um melhor acompanhamento pela coordenação responsável por seu desempenho.

A data limite para realizar a admissão **é o dia 20 de cada mês**, podendo a data de início do candidato ser superior a esse prazo. Porém as Coordenações devem disponibilizar as solicitações de

admissão **até o dia 15 de cada mês**, impreterivelmente. Lembrando, que as admissões devem estar no sistema FLUIG liberadas para o RH com 48 horas de antecedência à admissão.

Os candidatos reprovados e ex colaboradores (desligados sem justa causa, por motivos de redução de quadro, ou que solicitaram demissão, desde que não haja nada que desabone a conduta), poderão participar do processo seletivo 06 meses após a data do ocorrido.

Fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda, de função gratificada na administração pública direta e indireta em qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em detrimento dos contratos de prestação de serviço ao qual o HMTJ esteja sujeito, no intuito de evitar Nepotismo ou glosas futuras

CRITÉRIO DE APROVAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO POR COMPETÊNCIA:

01. TRIAGEM CURRICULAR:

Dado Avaliado	Critério	Perspectiva de Avaliação
PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIA: De acordo com cada cargo	De acordo com os requisitos anunciados à vaga tais como, formação necessária, Experiência desejável na área, conhecimentos técnicos específicos e conhecimentos de informática necessários para o cargo.	Por meio da utilização de técnicas de análise da leitura, verificação e comparação dos dados inseridos no cadastro pelo candidato em paralelo com os dados necessários à vaga.

02. PROVA TÉCNICA:

Dado Avaliado	Critério	Perspectiva de Avaliação

PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIA: De acordo com cada cargo	Por meio de acerto de 70% do total da prova constituída de questões objetivas com notas de 0 ou 10 dadas pela assertividade ao gabarito confeccionados pelos responsáveis técnicos do serviço, podendo ainda ser pontuações quebradas de 1 à 10 em cada questão, se houver possibilidade de acertos individuais nas respostas.	De acordo com o cargo almejado pelo candidato é confeccionada uma prova objetiva com 10 questões específicas da área de atuação que tem como objetivo verificar conhecimentos técnicos, expertise quanto ao desenvolvimento da função e objetivos de atuação do cargo. O nível de dificuldade da prova varia de acordo com a complexidade do cargo e o nível de formação exigido para a função.

03. ENTREVISTA POR COMPETÊNCIA:

Competências Avaliadas	Critério	Perspectiva de Avaliação
COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Humanização	**De acordo com o desenvolvimento do candidato frente a entrevistas por competências, que objetiva compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes que a pessoa tem, indo além dos aspectos técnicos**. Essa entrevista foca no comportamento do candidato e no grau de adequação aos valores e cultura da empresa, sendo este avaliado pelas perspectivas: **NÃO ATENDE**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.
COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Comprometimento		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Ética	**ATENDE PARCIALMENTE** **ATENDE** **SUPERA AS EXPECTATIVAS**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.

Competências Avaliadas	Critério	Perspectiva de Avaliação
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Comunicação	**De acordo com o desenvolvimento do candidato frente a entrevistas por competências, que objetiva compreender os conhecimentos, habilidades e**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de expressão verbal de pensamentos e de sentimentos, observado o uso adequado da língua portuguesa, comunicação com pares, comunicação com subordinados e superiores bem como o planejamento da disseminação da cultura de comunicação na equipe e/ ou envolvidos, bem como a habilidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo “Feedback” sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.

COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Resiliência	**atitudes que a pessoa tem, indo além dos aspectos técnicos**. Essa entrevista foca no comportamento do candidato e no grau de adequação aos valores e cultura da empresa, sendo este avaliado pelas perspectivas: **NÃO ATENDE** **ATENDE PARCIALMENTE** **ATENDE** **SUPERA AS EXPECTATIVAS**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Compromisso com a qualidade		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.

Competências Avaliadas	Critério	Perspectiva de Avaliação
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Planejamento	**De acordo com o desenvolvimento do candidato frente a entrevistas por competências, que objetiva compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes que a pessoa tem, indo além dos aspectos técnicos**. Essa entrevista foca no comportamento do candidato	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.
COMPETÊNCIA TÉCNICA: Específica de cada função		Por meio da utilização de casos hipotéticos e/ ou perguntas objetivas, será avaliado o conhecimento técnico.

COMPETÊNCIAS OPERACIONAIS: Específicas de cada função	e no grau de adequação aos valores e cultura da empresa, sendo este avaliado pelas perspectivas: **NÃO ATENDE** **ATENDE PARCIALMENTE** **ATENDE** **SUPERA AS EXPECTATIVAS**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais bem como atendimento as competências operacionais delineadas pelos responsáveis técnicos da área para desenvolvimento estratégico de cada função na instituição.

PAPEL DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO SELETIVO:

01. LIDERANÇAS/ RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS SERVIÇOS:

• Emissão de solicitação de vagas ao qual inicia-se por meio da abertura de postos de trabalho, sejam elas estipulados no Base Zero (quadro de lotação de vagas por setor) (implantação de unidade, substituição de colaboradores afastados ou desligados) ou necessidades sazonais de aumento por novas demandas ou cobertura de férias. Salienta que o RH, como forma de atuar de maneira estratégica ou mesmo proativa quanto ao tempo de preenchimento de vagas, poderá realizar ainda quadro reserva para as funções da unidade, seja este solicitado pela liderança ou mesmo por meio da identificação do próprio setor de Gestão de Pessoas;

• Subsidiar a equipe de Gestão de Pessoas com informações específicas sobre o perfil ou atividade da posição solicitada;

• Participar do processo de seleção, sempre que solicitado;

• Avaliar tecnicamente os candidatos;

• Entrevistar os candidatos finalistas e emitir parecer final do processo para equipe de Gestão de Pessoas;

• Sinalizar ao RH tanto pontos fortes quanto oportunidades de melhoria relativas ao candidato;

• Acompanhar o processo de admissão de candidatos, bem como fazer avaliação quanto a efetividade dos pontos encontrados na seleção em seu respectivo período de experiência.

02. PROFISSIONAL DE RECURSOS HUMANOS:

• Iniciar o Processo de Seleção após validação da disponibilidade da vaga na Instituição;

• Garantir a ampla divulgação e publicidade das posições abertas;
• Agir ativamente na busca de candidatos com o perfil da posição;
• Orientar os candidatos durante o processo de seleção;
• Elaborar avaliação comportamental dos candidatos;
• Apoiar no processo de avaliação técnica do candidato;
• Coordenar agenda e efetividade do processo de seleção;
• Comunicar aprovação e reprovação dos candidatos;
• Indicar candidato aprovado para avaliação/ validação da Medicina do Trabalho;
• Agendar data de Coleta de documentos para admissão;
• Receber e avaliar os documentos necessários para admissão do candidato aprovado no processo seletivo;
• Informar ao gestor se o candidato entregou todos os documentos e está apto a iniciar as atividades;
• Agendar data de início e integração do candidato aprovado, comunicando posteriormente à área solicitante da vaga.

03. PROFISSIONAL DO SESMT:

• Avaliar cartão de vacinas do candidato;
• Marcar consulta do candidato na medicina do trabalho e comunicar o setor de RH;
• Avaliar física e/ ou clinicamente o candidato aprovado no processo de acordo com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO;
• Emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO do candidato e entregar ao RH para admissão;
• Sinalizar ao setor de RH diante de qualquer intercorrência que impossibilite ou atrase o processo de contratação do candidato;
• Realizar entrega de EPI conforme atuação do cargo e definidos pelo PPRA.

1.1 - Generalidades.

Os colaboradores que executam atividades que afetam nos processos e na qualidade dos serviços da Entidade são capacitados para a função, conforme requisitos definidos na Estrutura Organizacional, considerando o perfil necessário de acordo com os PEC'S.

A Entidade atua com o recrutamento interno e entre unidades, **visando à valorização profissional e a retenção de talentos**, recrutamento externo e o misto, e em todos os meios de recrutamento são utilizados critérios descritos no PEC. Nos casos de recrutamento interno e entre unidades, o colaborador deverá ter mais de seis (6) meses de admissão, conter as necessidades exigidas para o cargo e **não ter sanções administrativas nos últimos 03 meses.**

Atualização de documentos: Após a admissão, conforme definido em contrato de trabalho, fica

determinado que o profissional admitido deverá comunicar para a instituição, qualquer atualização de seus dados pessoais e profissionais, relacionados aos seus documentos de admissão, sendo de sua inteira responsabilidade a entrega formal de documentação atualizada ao RH da unidade. Todavia, o setor de RH, caso ache interessante, poderá disponibilizar o formulário PRS HMTJ 047_Anexo 45_Atualização de Documentos aos colaboradores anualmente como forma preventiva de captação de informações atualizadas para regularização no sistema de registro.

Referência: PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal.

Integração, Gestão de Desempenho e Desenvolvimento dos talentos organizacionais: Todos os novos colaboradores deverão ser integrados em seu primeiro dia de trabalho, ou salvo exceções, em até o 35° dias contados da sua admissão, caso isso não ocorra este será automaticamente desligado pelo RH da unidade no seu primeiro período de 45 dias. O mesmo receberá este comunicado da obrigatoriedade da integração e sua liderança incumbida de receber colaborador capacitado na integração ou encaminhá-lo para tal finalidade em casos pendentes por alguma excepcionalidade.

O treinamento de integração tem por finalidade ambientar o colaborador sobre normas e políticas institucionais, baseadas no Regimento Interno do Comitê de Recepção, bem como conscientizá-los sobre a cultura organizacional, seus direitos e deveres enquanto funcionário. Neste mesmo momento é assinado a CTPS do colaborador, contrato de Trabalho, Termo de ciência do Manual de Normas, Condutas e Ética, e outros formulários relativos ao jogo admissional. Após estes treinamentos, o RH apresenta a unidade ao novo colaborador e o encaminha para a liderança.

Durante o período funcional do colaborador na Entidade, algumas ferramentas serão disponibilizadas para os gestores a fim de apoiá-los na gestão de pessoas que lhes compete. A primeira delas é o **TBI** (**Treinamento Básico Introdutório)** que garantirá o compartilhamento de informações e conhecimentos com o novo colaborador no que diz respeito às suas funções e a unidade em que ele atua.

Avaliações no período de experiência de 90 dias, também serão utilizadas e divididas em dois momentos **(45 + 45)**, e por meio destas estará sendo avaliada as competências descritas no PEC. Ao término de cada período, o gestor poderá optar por não continuar com esse colaborador, nos casos em que não atender os requisitos solicitados nessas avaliações ou ter cometido falta (s) gravíssima (s). Após esse período ficará entendido pelo RH, que esse colaborador atendeu os requisitos básicos para a vaga e o seu desligamento posterior só poderá ser solicitado nos casos de atos graves, ou por uma sucessão de faltas leves sendo todas estas respaldadas por medidas administrativas (advertência e suspensão) e intervenções do RH. O gestor deverá utilizar o sistema GCEPC para realizar o registro de todo o histórico do colaborador realizando feedbacks e comentários para que o RH possa acompanhar e validar o pedido de desligamento.

Observação: Durante a avaliação de experiência, as oportunidades de melhoria deverão ser realizadas por meio de feedback de orientação ao colaborador. E acompanhadas durante este período para decisão de efetivação ou não da vaga.

As medidas administrativas bem como a ação do RH através das intervenções, estarão disponíveis aos gestores como forma de reter talentos e não causar grandes oscilações no turnover e no absenteísmo.

Fica aqui determinado à aplicação de advertência para o colaborador que faltar sem justificativa comprovada formalmente por meio de documento legal aceito pela CLT. E fica orientado a utilização da ferramenta de intervenção do RH para os casos que o gestor julgar necessário. Através das intervenções e ações conjuntas do RH com o gestor da área, poderão ser feitas algumas mudanças em relação ao horário e escala do colaborador conforme consenso entre as partes no intuito de estabelecer uma melhor ação que minimize ou sane a possibilidade de absenteísmo do mesmo, desde que esta não cause impacto negativo na área.

Gestão do Treinamento e Desenvolvimento: A gestão de RH apoia a implementação das ferramentas necessárias e incentiva as próprias Coordenações a prepararem os recursos necessários para o desenvolvimento contínuo das pessoas e da Entidade. As Coordenações são responsáveis por orientar e realizar os treinamentos com seus Colaboradores, de forma que estes possam ter sucesso nas suas funções.

A gestão de RH e as Coordenações trabalham em conjunto para assegurar que o desempenho dos Colaboradores seja gerido com integridade, sendo estes avaliados ao longo do ano, através de ferramentas e processos, tais como a Avaliação do Período de Experiência de 45 e 90 dias, após Admissão e da Avaliação de Desempenho por Competências (ADC), realizada anualmente.

Gerir o desempenho do colaborador com base nas competências definidas para o cargo que o mesmo ocupa, cria a oportunidade de trabalhar os pontos de melhoria a fim de aumentar a sua performance, de ressaltar seus pontos de destaque através da valorização deste profissional, e fornecer ao gestor subsídio para efetuar desligamentos nos casos em que não for possível manter o colaborador por falta de adequação nas melhorias propostas.

Com este pensamento, os colaboradores devem receber regularmente *feedbacks* relativos aos seus desempenhos através da ferramenta GCPEC, sendo estes apoiados pela sua Coordenação quanto à sua responsabilidade pelo próprio desenvolvimento profissional. Na Entidade as promoções e oportunidades de carreiras são baseadas nesse desempenho, sendo este sustentado pelos resultados, comportamentos e potenciais de cada colaborador. Enfatiza-se assim a retenção de talentos e a motivação dos colaboradores por um futuro melhor na instituição.

A Entidade oferece, quando possível, convênios/ parcerias com instituições de ensino como forma de retenção de talentos, valorização e desenvolvimento profissional. Contamos ainda com um setor/ núcleo (de acordo com a unidade) responsável por questões de educação continuada. Buscamos fazer parcerias com empresas que sejam benéficas para os nossos colaboradores.

Referência: PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal.

Adicionalmente a este **PRS HMTJ 045**, existe o programa de incentivo a especialização de seus profissionais através da Concessão de Bolsa de Estudo de Pós-Graduação na Universidade da Mantenedora, Faculdade SUPREMA em Juiz de Fora.

Retenção de Talentos: Como continuidade dos processos de gestão de pessoas estabelecidos por esta instituição, entende-se que tão importante quanto ter as competências definidas para um cargo, realizar um processo de recrutamento e seleção com base nessas competências tentando extrair do mercado de trabalho a mão de obra que mais se aproxima do perfil desejado pela Entidade, se faz necessário reter esse talento.

Para o alcance desse objetivo, a Entidade além de priorizar a questão das capacitações e do acompanhamento deste colaborador por meio das avaliações de desempenho que fomentam a cultura de Feedback, buscamos sempre estender esses horizontes. Isso é feito por meio da oferta de benefícios, dentro das possibilidades da instituição, da escuta direta do colaborador através da Pesquisa de Clima Organizacional, que é usada como base para traçar ações de melhorias no que diz respeito ao bem-estar do colaborador em seu ambiente de trabalho, e da priorização dos processos seletivos internos que oferecem a possibilidade de crescimento e desenvolvimento profissional.

Referência: PRS HMTJ 189 - Concessão e manutenção para bolsa de estudo.

Ainda, adicionalmente a este **PRS HMTJ 045**, existem Programas de Liderança que ajudam a desenvolver e a manter uma gestão mais qualificada, na busca de líderes comprometidos com o incremento de resultados, que saibam atuar de forma integrada com todos os parceiros da Entidade, que estimulem constantemente o crescimento de suas equipes, sejam proativos e inovadores e proporcionem um clima organizacional de alto desempenho.

Referência: PRS HMTJ 052 - Programa de desenvolvimento de lideranças.

Lideranças em Cargos de Responsabilidade Técnica de Categorias Profissionais: A Responsabilidade Técnica é o dever de responder pelos atos profissionais quanto à aplicação técnica da ciência da Administração, em conformidade com os princípios éticos e com a legislação vigente. Baseando-se nesta premissa, a liderança que compõe o quadro da instituição em função de RT, tem o dever de zelar por este processo, sendo este o elo entre a entidade e a categoria profissional, obedecendo suas respectivas normas. Cabe a este profissional o monitoramento da aptidão dos

profissionais para desenvolvimento de suas respectivas funções logo após sua admissão bem como anualmente, obedecendo a data base e limite de atualização dos registros profissionais, a verificação de conformidade para atuação laboral dos funcionários sobre sua responsabilidade, solicitando a estes sua anuidade e relatório de nada consta que deverá ser direcionada para guarda em suas respectivas fichas de registro.

Regimento Interno: Em complemento a isto, é cobrado das categorias de classe (corpo clínico, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social), a elaboração e/ ou revisão dos regimentos internos, conforme padronização de atualização de documentos definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que houver necessidade de alteração, sejam elas por novas unidades ou serviços que impactem a atividade.

Após a elaboração dos regimentos, são cobradas às lideranças a comunicação de envio do regimento ao seu respectivo conselho, para que o mesmo tenha ciência ou valide o regimento em uso pela classe profissional na instituição, que também deve ser enviado para aprovação do RH posteriormente. Após estas aprovações/ validações, deverá dar ciência deste documento ao corpo técnico funcional pertencentes ao quadro profissional, seja por meio de ata de reunião ou mesmo registro de treinamento, se assim o gestor julgar necessário. Lembrando que ambos os documentos deverão ser entregues no setor de RH para arquivo ou compilação juntamente com os comprovantes da validação do Conselhos das categorias profissionais.

Referência: Regimentos internos das categorias profissionais

Cargos, Remuneração e Benefícios: a Entidade remunera e beneficia seus colaboradores de forma compatível à média do mercado da região, de acordo com as atividades exercidas e piso salariais estabelecidos, sejam eles por meio de CCT/ ACT, decretos ou mesmo legislações regionais ou nacionais, qualquer que seja a categoria profissional; o desempenho e a competência profissional, de forma a atrair, reter e valorizar sua força de trabalho. Outros aspectos são igualmente importantes na intenção de atrair novos talentos e manter os atuais Colaboradores: a confiança que os Colaboradores colocam no nome da Entidade, as relações estabelecidas com as Coordenações e os colegas de trabalho e as oportunidades de aprendizagem e crescimento. Bem como a entidade prima pela observância fiel a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus colaboradores e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**

Referência: PRS HMTJ 046 Cargos, Remuneração e Benefícios.

Valorização o Capital Humano: considerando que **o Clima Organizacional** é a percepção coletiva que os colaboradores têm de práticas, políticas e valores organizacionais e também os níveis de motivação e credibilidade existentes, a Entidade, acredita na alta relação entre clima, satisfação no

trabalho, qualidade, desempenho das pessoas e consequente aumento da produtividade. Através desta ferramenta gerencial que permite, além de mapear o ambiente da organização, a proposição de planos de ação para melhorias da produtividade, das relações de trabalho, do bem-estar e da qualidade de vida dos seus colaboradores.

Referência: PRS HMTJ 187 Gestão do Clima Organizacional.

Comunicação de Recursos Humanos: a Entidade busca promover a comunicação de assuntos relativos a recursos humanos, através da veiculação ágil, objetiva, clara, dirigida e eficaz de informações, buscando constituir uma base de confiança, transparência e credibilidade que permita fortalecer o relacionamento entre a Entidade e os colaboradores, alinhando-os às diretrizes e estratégias empresariais.

Referência: PRS HMTJ 188 Comunicação de Recursos Humanos.

Processos de Gestão por Competência GCPEC: Com a adoção efetiva da dos processos de Gestão por Competências na instituição por meio da plataforma GCPEC, se fez necessário a criação de um procedimento específico que contemplasse todo o processo de avaliação, tanto para o avaliador, como para o avaliado, apresentando as ferramentas, dessa forma, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

PRS HMTJ 263 Processos de gestão por competência GCPEC

Visando facilitar o entendimento de nossos colaboradores quanto a política de Gestão de Pessoas, a Entidade desenvolveu o **Manual de Normas, Condutas e Ética**, que compõe esta Política Institucional, que visa promover e estimular o comportamento ético na cultura organizacional, bem como estabelecer e manter relacionamentos de confiança, embasados em princípios e valores vigentes, norteadores de todos os processos e práticas de gestão, sintonizado com os demais códigos de ética específicos a cada categoria profissional, regimento interno e as políticas adotadas por ela. Sendo assim, todos os colaboradores e médicos da Entidade e os prestadores de serviços de qualquer natureza devem se comprometer a seguir este Código de Normas, Conduta e Ética, tanto no ambiente de saúde, como nos eventos de qualquer natureza, promovidos ou patrocinados por esta.

Sempre que surgirem dúvidas ou alguns pontos que se fizerem necessários esclarecer nesta Política Institucional, bem como sobre o seu cumprimento, deverão procurar orientação quanto à conduta correta, uma vez que, esta Política e seu Código apresentam situações vivenciadas no cotidiano da Entidade, mas sem prever todas as situações que eventualmente possam surgir.

A Diretoria da Entidade está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas, que visem ao aprimoramento dos serviços da Instituição e das relações de trabalho dentro dela.

A Entidade conta com um setor Jurídico que visa esclarecer e orientar os gestores quanto a dúvidas jurídicas práticas do dia a dia.

Discriminação: A entidade prima por um ambiente de trabalho positivo, baseado em nosso valores e boas condutas profissionais e pessoais e entende que este ambiente saudável no dia a dia é fundamental para o sucesso de qualquer negócio. Porém, toda instituição tem pessoas de diversas origens sociais, raciais e culturais, que não têm muito em comum além do fato de trabalharem juntas. Essas diferenças podem gerar situações de conflito na equipe ou até **discriminação no ambiente de trabalho.**

Será considerado como discriminação no ambiente de trabalho qualquer distinção no tratamento ou nas oportunidades dadas a um colaborador por motivos não relacionados ao seu desempenho profissional. Segundo a Constituição brasileira, todos são iguais perante à Lei, o que garante a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança.

Neste mesmo pensamento, a entidade caracterizará como discriminação quando essa inviolabilidade for desrespeitada, indo de encontro aos princípios constitucionais e institucionais. Sendo considerado atos de preconceito quando infringirem situações de desrespeito para:

- Nacionalidade;
- Raça;
- Gênero;
- Orientação sexual;
- Estado civil;
- Religião;
- Classe social.

Para tal, o RH estimula suas lideranças e colaboradores para a construção de um ambiente de trabalho e transformar o respeito às diferenças em uma prioridade em nossa cultura organizacional, promovendo assim um tratamento igualitário e inclusivo a todos os colaboradores, seja qual for:

- O cargo;
- A cor;
- A orientação sexual;
- O gênero;
- As escolhas pessoais de cada um.

São primordiais neste ambiente, relações com empatia e senso de colaboração, que devem estar presentes em todos os processos da organização, a fim de reforçar e institucionalizar esse

comportamento nos colaboradores em geral.

Bullying: Bullying é um conjunto de atos contínuos e intencionais de violência física, verbal ou virtual, que têm como objetivo desmoralizar, ofender e/ ou isolar uma pessoa. Vítimas têm a saúde mental e até física prejudicada, equipes veem sua performance ruir e empresas perdem talentos por causa dessa prática. Além disso, o comportamento pode se enquadrar na definição de assédio moral, culminando em possíveis processos contra a instituição.

O Bullying fica caracterizado quando há intimidação contínua, ou seja, vários episódios de piadas, fofocas, isolamento e/ou ameaças a um colaborador.

A Lei nº 13.185 afirma que a prática pode ser classificada em oito tipos:

- Verbal: insultar, xingar e apelidar pejorativamente;
- Moral: difamar, caluniar, disseminar rumores;
- Sexual: assediar, induzir e/ou abusar;
- Social: ignorar, isolar e excluir;
- Psicológica: perseguir, amedrontar, aterrorizar, intimidar, dominar, manipular, chantagear e infernizar;
- Física: socar, chutar, bater;
- Material: furtar, roubar, destruir pertences de outrem;
- Virtual: depreciar, enviar mensagens intrusivas da intimidade, enviar ou adulterar fotos e dados pessoais que resultem em sofrimento ou com o intuito de criar meios de constrangimento psicológico e social.

Assédio Moral: Segundo definição desta cartilha do Ministério Público Federal (MPF): “O assédio moral caracteriza-se pela exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, de forma repetitiva e prolongada no tempo, no exercício de suas funções.”

Ofensas ao trabalho ou vida pessoal, medidas infundadas de isolamento, gritos e ameaças são exemplos de manifestação do assédio moral.

Geralmente, essa conduta é praticada por superiores, que se aproveitam de sua posição privilegiada para humilhar, ridicularizar e/ou isolar um ou mais subordinados.

Porém, também pode ocorrer o assédio horizontal (entre colegas do mesmo nível hierárquico), misto (praticado por gestor e colegas, de forma simultânea) ou até partindo de um subordinado para uma chefia.

Violência no Ambiente de Trabalho: A violência no local de trabalho pode ser descrita como qualquer ação, incidente ou comportamento apresentado que esteja fora dos padrões aceitáveis como conduta normal, onde o trabalhador, durante o seu trabalho ou como resultado direto do mesmo, é assaltado, ameaçado, ferido ou injuriado. É qualquer ato em que uma pessoa é abusada, ameaçada, intimidada ou agredida em seu emprego. Embora as definições exatas possam variar de acordo com a lei, em geral a violência no local de trabalho tem as seguintes características:

- **Comportamento Ameaçador** – como sacudir os punhos, destruir propriedades ou atirar objetos.

- **Ameaças Verbais ou Escritas** – qualquer expressão que demonstre intenção de causar danos.
- **Assédio** – qualquer comportamento que humilhe, embarace, irrite, alarme ou agrida verbalmente o outro que não seja esperado. Isso inclui palavras, gestos, intimidação e outras atividades inapropriadas.
- **Abuso Verbal** – xingamentos, insultos ou linguagem condescendente.
- **Ataques físicos** – bater, empurrar, chutar entre outras agressões físicas.

Tratativas adotadas quando identificados possíveis casos de discriminação, bulling, violência e/ ou agressão:

Mesmo prevalecendo a tomada de medidas preventivas e estimuladas na instituição, podem ocorrer casos de denúncia ou mesmo de necessidade de investigação. Para tal, o HMTJ adota as seguintes premissas, tais como:

- **Preservação da Identidade dos Envolvidos**: O anonimato dos envolvidos deve ser preservado, a fim de evitar que o caso se torne alvo de especulações dos outros funcionários ou seja prejudicado ou mesmo perseguido;

- **Checagem dos Fatos**: Ao receber uma denúncia de discriminação no ambiente de trabalho, é fundamental fazer uma investigação minuciosa dos fatos e do que realmente ocorreu. Converse com a vítima, com o acusado e com possíveis testemunhas, dependendo do caso descrito. Quanto mais informação a empresa tiver em mãos, mais fácil será determinar se a situação caracteriza ou não discriminação no ambiente de trabalho.

- **Consulta a Legislação**: Antes de decidir qual atitude vai tomar perante os fatos, consulte o que diz a Constituição. A Lei 9.029/1995 veda “qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de trabalho, ou de sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, deficiência, reabilitação profissional, idade, entre

outros".

O racismo, por exemplo, é considerado crime inafiançável e imprescritível. Já com relação ao preconceito com mulheres no mercado de trabalho, a Lei proíbe a exigência de testes de fertilidade ou gravidez, assim como a indução à esterilização.

Outro ponto de atenção a ficar atento, diz respeito a desligar um funcionário por razões discriminatórias, ao qual podem exigir a **reintegração do profissional com ressarcimento integral** dos valores relativos ao tempo em que ele ficou parado. Outra consequência pode ser o pagamento em dobro da remuneração do período de afastamento.

- **Apoio Emocional e Legal à Vítima**: O apoio do RH e dos gestores é fundamental para que a pessoa discriminada se sinta acolhida e tenha mais tranquilidade para enfrentar o problema sem medo de retaliações.

  O jurídico poderá ser acionado para prestar consultoria caso seja necessário. Além disso, é necessário ficar atento aos efeitos **emocionais e psicológicos** que a situação causou à pessoa, tomando as atitudes necessárias para preservar a sua saúde mental.

- **Aplicação de Punição Adequada ao Agressor**: Após investigar e apurar os fatos, a instituição poderá punir o agressor por meio de advertência, suspensão ou, se houver reincidência, demissão por justa causa, após orientação jurídica e da Direção sobre os pontos encontrados.

Sanções Administrativas: Medidas administrativas que devem ser utilizadas para conscientização do colaborador em decorrência do não cumprimento de normas e políticas bem como em caso em que este esteja face a denegrir a imagem da instituição. A aplicação delas se dará de acordo com sua gravidade e conforme consenso entre a liderança e RH, além da área jurídica e Direção, se necessário. São elas:

Advertência: Utilizamos essa medida administrativa, de maneira verbal ou escrita, como forma de sinalizar o colaborador sobre alguma conduta que não esteja adequada com as normas e políticas apregoadas pela Entidade. Em hipótese nenhuma essa ferramenta deverá ser utilizada como forma de punir ou coagir o colaborador pelo ato cometido, e sim para disseminar uma cultura justa baseada nos valores da Entidade e na política de gestão de pessoas.

Suspensão: A suspensão visa disciplinar, resgatar o comportamento do empregado conforme as exigências da empresa. Ela pode ocorrer após advertências ou até mesmo logo após o cometimento de uma falta de maior relevância. Esta falta terá que ser bastante grave, pois haverá prejuízo ao colaborador e à Entidade.

Haverá prejuízo salarial ao colaborador uma vez que ele perde a remuneração correspondente aos dias de suspensão e a do descanso semanal remunerado correspondente, pois se trata de falta

injustificada; e à Entidade, no que diz respeito à prestação dos serviços.

Através da suspensão a Entidade poderá justificar futuramente uma eventual rescisão por justa causa, em razão dos atos reincidentes e graves praticados pelo colaborador mesmo tendo sido advertido e suspenso. Outras medidas cabíveis são os registros de **feedback de orientação** relativa a situações ao qual não cabe uma sanção administrativa mas trazem oportunidades de melhoria, descrição de atos ou condutas falhas do colaborador que trazem algum prejuízo para a liderança ou ao setor. Ou ainda, **o feedback de elogio**, que visa valorizar por meio da descrição de bons feitos ou situações de satisfação quanto a atuação dos nossos colaboradores. Ambos registros devem ser realizados pelo GCPEC, o gestor tem a opção de registrar o feedback comparado a uma competência atribuída ao PEC do colaborador.

OBSERVAÇÃO: MAS AFINAL O QUE É CULTURA JUSTA?

Independentemente da capacidade e experiência, qualquer colaborador é passível de errar. Faz parte da natureza humana. Por esta razão, é necessário conscientizar os profissionais e prepará-los para reduzir estes erros e a lidar com eles caso ocorram.

A diretriz institucional “Cultura Justa” de que equilibra as necessidades de notificações abertas e honestas dos colaboradores com um ambiente de aprendizado sobre qualidade e cultura.

Esta prática promove a mudança de foco: dos erros e efeitos para um sistema que projeta e gerencia o comportamento e as ações dos profissionais. Trata-se de ir além da criação de um ambiente confortável para que eles se sintam livres para reportar eventos adversos ou incidente mas que promove consciência dos profissionais para a importância destes relatos, visando a melhoria dos processos, por meio de:

- Constante preocupação com a possibilidade de erro;
- Respeito à expertise independentemente da patente ou status;
- Habilidade de adaptação, quando necessário;
- Habilidade de concentração em uma tarefa e visão sistêmica;
- Habilidade de alterar e nivelar a hierarquia para encaixar-se em situações específicas.

A Cultura Justa extermina a abordagem punitiva e o sentimento de culpa. Com esta prática em vigor, ocorre:

- Aumento da segurança do paciente;
- Empoderamento dos colaboradores;
- Engajamento dos colaboradores;

- Redução de riscos, incidentes e eventos adversos;
- Redução da morbimortalidade;
- Treinamento e melhor preparo dos profissionais para lidar com erros;
- Promoção de mudanças (nos pontos críticos apontados) visando melhorias;
- Promoção de trabalho multidisciplinar;
- Melhora da comunicação interna.
- Comprometimento organizacional de recursos para tratar de questões de segurança
- Reconhecimento da natureza de alto risco das atividades realizadas pela organização, com a determinação de se alcançar operações consistentemente seguras
- Um ambiente sem culpa onde os indivíduos são capazes de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição

Melhorar a cultura da segurança na saúde é essencial para prevenir ou reduzir os erros e melhorar a qualidade geral dos cuidados. Estudos documentaram uma variação considerável nas percepções da cultura de segurança entre organizações. Enfermeiros têm constantemente reclamado da falta de um ambiente sem culpa, e os prestadores de todos os níveis observaram problemas com o compromisso organizacional para se estabelecer uma cultura de segurança.

As razões de uma cultura subdesenvolvida de segurança em saúde são complexas: falta de trabalho em equipe, comunicação frágil, uma “cultura de baixas expectativas” e hierarquia/ autoridade.

Conseguir melhorias sustentadas na cultura de segurança pode ser difícil. Medidas específicas, como treinamento em equipe, rounds de pessoal executivo nas áreas assistenciais e criação de equipes de segurança baseadas em unidades, foram associadas a melhorias nas medidas de cultura de segurança, mas ainda não associadas a menores taxas de erro. Outros métodos, tais como Times de Resposta Rápida e métodos de comunicação estruturados, como o SBAR, estão sendo amplamente implementados para ajudar a abordar questões culturais como hierarquias rígidas e problemas de comunicação, mas seu efeito na cultura geral de segurança e nas taxas de erro permanece não comprovado.

A cultura da culpa do indivíduo (e não do sistema) nos cuidados de saúde prejudica o avanço de uma cultura de segurança. Vale lembrar que certos erros exigem responsabilidade. Em um esforço para conciliar as duas necessidades de falta de culpa e apropriada responsabilização, o conceito de “cultura justa” está sendo introduzido.

Uma cultura justa visa identificar e abordar problemas de sistemas que levam os indivíduos a se envolver em comportamentos inseguros, mantendo a responsabilidade individual e estabelecendo tolerância zero para o comportamento imprudente. Ele distingue entre erro humano (por exemplo, deslizes), comportamento de risco (por exemplo, tomar atalhos) e comportamento imprudente (por

exemplo, ignorar os passos de segurança exigidos), em contraste com uma abordagem abrangente de simplesmente “não culpar”. Em uma cultura justa, a resposta a um erro ou falha próxima é baseada no tipo de comportamento associado ao erro, e não na gravidade do evento. Por exemplo, comportamento imprudente, como recusar-se a realizar uma checagem de segurança antes da cirurgia, mereceria ação punitiva, mesmo se os pacientes não tivessem sido prejudicados.

Segunda Vítima:

Quando um erro resulta em dano ao paciente é comum que as instituições de saúde adotem medidas para prestar assistência a esse paciente e seus familiares. No entanto, muitas vezes o(s) profissional(is) de saúde envolvido nesse erro, embora vivencie uma experiência de angústia e sofrimento, não recebe suporte da instituição.

A expressão “segunda vítima” (sendo a primeira o paciente e/ou sua família) é utilizada para se referir ao profissional de saúde que vivencia algum dano emocional ou sofrimento em função do envolvimento de um erro com dano ao paciente. Estima-se que até 50% dos profissionais de saúde que vivenciaram a experiência de “segunda vítima” sofreram alguma síndrome ao longo de suas carreiras.

Diante desta ótica e visando sempre trabalhar a cultura justa, foi criado o protocolo de atendimento à segunda vítima, no intuito de definir abordagem aos profissionais envolvidos em eventos adversos.

Referência: PRS HMTJ 270 – Protocolo de Atendimento à Segunda Vítima

O Papel da Liderança:

A liderança organizacional deve estar profundamente envolvida e atenta às questões que os trabalhadores da linha de frente enfrentam, compreendendo a “cultura oculta” que muitas vezes orienta o comportamento. Muitos determinantes da cultura de segurança dependem das relações interprofissionais e de outras circunstâncias locais.

Mediante esta preocupação o RH sugere sempre além da averiguação e análise dos fatos, o fomento a cultura de aprendizagem nestas situações, ao qual dentre as oportunidades de melhoria identificadas sejam aproveitadas como forma de fortalecimento da barreira seja por capacitações das equipes de trabalho, seja por feedback seja pelo desenvolvimento estratégico e de gestão de processos nestas falhas.

Prestação de Contas: Mensalmente as unidades deverão se reunir com a alta direção para apresentação de seus indicadores, PDCA's, evoluções, e ações de melhorias contínuas, além de discutir assuntos que sejam pertinentes a manutenção dos serviços prestados por elas. Em relação a

Entidade/MG essa prestação de contas será feita pelo setor de RH, que apresentará seus indicadores e planos de ação visando a melhoria na gestão de pessoas, processos e resultados.

Mudança de Escala Permanente: Diarista para Plantão (ou vive versa) - pode ser feito apenas com o livre consentimento do colaborador, expressado através de carta de próprio punho.

Mudança de Escala Permanente: Plantão SD1 para SD2 ou Plantão Par para Plantão Ímpar (por exemplo) – pode ser feito sem consentimento do colaborador. O mesmo deverá ser comunicado, via termo formal, com 30 (trinta) dias de antecedência sobre essa troca. Além de assinar o termo**,** ele deverá fazer um documento de próprio punho na data da comunicação dizendo ter ciência dessa troca que ocorrerá após 30 (trinta) dias.

Troca de Turno - pode ser feito apenas com o livre consentimento do colaborador, expressado através de carta de próprio punho. Nos casos onde a troca for de noturno para diurno, o colaborador deve acrescentar na carta a ciência da perda do adicional noturno.

Mudança de Setor - se a função contratada for genérica, o gestor pode trocar o colaborador de setor com ou sem seu consentimento desde que essa mudança não traga prejuízos para o serviço nem para o colaborador, ou seja, essa alteração não pode acarretar supressão salarial, nos termos do que delimita o art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho. Nos casos de transferência de unidade aberta para fechada, deve ser observado se o colaborador possui a especialidade exigida.

Troca entre Unidades - somente poderão trocar de unidades uma vez que haja vaga disponível e de comum acordo entre as partes envolvidas, tendo como premissa a autorização do gestor responsável. É vedado transferir o empregado, sem a sua anuência, para localidade diversa da que resultar do contrato, não se considerando transferência a que não acarretar necessariamente a mudança do seu domicílio. Tanto em casos de solicitação do colaborador ou mesmo consenso com a liderança, deve vir acompanhada de um documento devidamente preenchido e assinado.

No caso de **Jovem Aprendiz e Estagiário** não é permitida a troca de horário e setor, devido ao contrato educacional com a instituição responsável. Cabe ressaltar que o **Jovem Aprendiz e Estagiário** não pode ficar exposto em setor de atendimento ao público, serviço de rua, setores insalubres e afins. Por esse motivo, a contratação deles já é direcionada para setores que se enquadrem no exercício dessa função. Essa definição é feita pela gerência de RH da Entidade em conjunto com as coordenações de RH.

PJ: Esta modalidade é permitida apenas para categoria médica, na qual todo o processo é realizado entre o setor de contratos, coordenação de serviço da unidade e a empresa prestadora de serviço, atendendo todas as exigências legais de contratação. Os profissionais PJ's deverão cumprir todas as

normativas definidas para os colaboradores celetistas no que tange à habilitação necessária para o cargo e avaliações funcionais.

RPA: Modalidade utilizada para categoria médica, e para casos de extrema necessidade em outras categorias desde que autorizada previamente pela alta direção da Entidade.

Vestimenta Apropriada/ Uniforme: A Entidade deverá fornecer o crachá e o uniforme ao novo colaborador, que deverá se responsabilizar pelo uso adequado, guarda e devolução do mesmo. Nos casos de falta de uniforme, o colaborador deverá preferencialmente utilizar a vestimenta sinalizada no Manual de Normas e Condutas, de acordo com a função ou a qual tenha sido orientado pela sua liderança ou o setor de RH.

Aniversariantes do Mês: Com a finalidade de prestigiar os nossos colaboradores e trabalhar o clima interno, a Entidade institui a Felicitação destes por meio de comunicados expostos em murais contendo nome, setor e data de aniversário, além da confraternização realizada na última sexta do mês.

Contrato de Trabalho e CTPS: Após o colaborador entregar seus documentos para admissão com 48h de antecedência, é confeccionado seu contrato de trabalho ao qual deve ser assinado antes do início das suas atividades laborais, bem como cadastrar seu ponto biométrico e assinar sua CTPS, que é devolvida no mesmo dia. Será sinalizado ao novo colaborador, a necessidade de comparecer ao SESMT para retirar o EPI (quando houver necessidade) e receber o treinamento obrigatório.

Mudança no Base Zero/ Aumento de Quadro: O RH realiza esta análise crítica em relação ao dimensionamento da unidade, juntamente com o setor de custos, alta direção da Entidade e direção da unidade, atendendo a critérios não só quanto a perfil epidemiológico da população, as exigências legais, bem como demanda, com relação a questões orçamentárias que atendam ao repasse da SES. Quanto ao dimensionamento de equipe, realizamos esse controle através de nossa Planilha Gerencial de Indicadores de Eficácia do RH e valores definidos pelo setor de custo por meio do Base Zero (quadro de lotação de vagas por setor).

Feriados: Funcionários Plantonistas deverão seguir a escala de trabalho normalmente; Funcionários Administrativos (Diaristas) deverão ser liberados em dias de feriado oficializados em calendário da Entidade. Quanto aos feriados que caírem nas terças e quintas serão avaliados pela Gerência/Coordenação Administrativa, a liberação ou não da dispensa laborativa, mantendo como critério a necessidade de funcionamento do setor, uma vez que não será permitido a interrupção de nenhum serviço por este motivo. Poderá ser utilizado, para organização dessas liberações, o calendário de recesso disponibilizado pelo setor de RH no início de cada ano vigente. Lembrando que

essas folgas de recesso deverão ser pagas ou descontadas por meio do Banco de Horas dentro do período de ponto vigente, bem como, acordado entre liderança e colaborador.

Aumento e/ ou Redução de Carga Horária: Os aumentos e reduções de carga horária deverão respeitar o instituído pelo Base Zero (quadro de lotação de vagas por setor), e devem ser informados ao RH, por meio da Movimentação de Pessoal via FLUIG e carta de próprio punho do colaborador anexada na solicitação, até o dia 05 de cada mês. As documentações que não chegarem até esta data, ou chegarem incompletas serão devolvidos quando necessário e computadas apenas para o mês seguinte. Cabe lembrar que essa alteração não pode acarretar supressão salarial, nos termos do que delimita o art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Remanejamento de Colaboradores (Entre Setores): Informamos que em casos de necessidade a fim de dar continuidade ao serviço prestado pela unidade, o colaborador poderá ser remanejado de setor temporariamente para cumprir funções compatíveis com suas atribuições/ função conforme descrito em contrato de trabalho, porém a alteração não pode implicar perda salarial ou alteração de função sem o consentimento do colaborador.

Dissídio (Suspensão de Demissão no Período): Durante a Data Base dos Sindicatos, fica estabelecido que está terminantemente proibida as demissões no período de 2 (dois) meses que antecedem a data base de cada categoria conforme legislação nº7238/84, no seu artigo 9º. Isto porque é necessário considerar o Aviso Prévio projetado no caso de demissão por aviso indenizado, e o Aviso Prévio trabalhado deverá terminar antes dos 30 (trinta) dias que antecedem a correção salarial.

A gerência de RH irá comunicar à direção das unidades através do RH Informa, a tabela indicando os meses de dissídio de cada categoria, bem como sinalizar esse tempo de suspensão das possíveis demissões.

Referência: Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador.

Qualidade:

- AUDITORIAS (ONA e 5S) - Qualidade
- ACAD - Qualidade
- INDICADORES - Qualidade
- SIGQUALI - Qualidade

Referência: Política da Qualidade.

Segurança, Saúde e Bem-Estar: a Entidade entende que para ser a “Melhor Gestora Hospitalar do Brasil”, precisa buscar, continuamente, a segurança de seus Colaboradores e clientes. Por isso estabeleceu princípios que constituem a sua Política de Segurança, Saúde e Bem-estar através do SESMT. Acreditamos que todas as relações devem ser baseadas na confiança e no respeito pelos

Colaboradores. Não toleramos qualquer forma de assédio ou discriminação. Assim, as Coordenações estão empenhadas em construir e manter, junto com suas equipes um ambiente de confiança mútua onde prezamos o diálogo e onde a voz do colaborador é realmente “ouvida”.

- DESVIO DE FUNÇÃO
- LTCAT
- INSALUBRIDADE
- EPI
- ACIDENTE DE TRABALHO
- PREVENÇÃO DE INCÊNDIO
- EXAME PERIÓDICO E ASOS
- SIPAT/ CIPA - SESMT
- PPRA / PCMSO
- NR32
- VERACIDADE DE ATESTADO

Referência: Política do SESMT.

DP:

- RECADASTRAMENTO FUNCIONAL - (Residência, Certificações e Anuidades) - DP
- LICENÇAS - (Maternidade, Paternidade, INSS, ENEM, Eleição, Funcionário Internado)
- BANCO DE HORAS / PLANTÃO PAGO (NÃO PODE) - DP
- PONTO BIOMÉTRICO - DP (regularidade de batidas e atrasos)
- ASSIDUIDADE - DP
- ATESTADOS (para acompanhar pais maiores de 65 e filhos menores de 14 anos; Atestado de comparecimento; Atestado de óbito; Atestado médico; (DP)
- VT - DP
- FOLHA DE PAGAMENTO - (Datas - DP)
- HOMOLOGAÇÕES (UNIDADE E SINDICATO) - (Controles e regras - DP)
- RECLAMAÇÃO DE PAGAMENTO - (DP)
- CONTRIBUIÇÃO SINDICAL - DP
- FÉRIAS - DP
- JUSTA CAUSA - Casos Graves, texto Jurídico.
- DISPENSA PARA PROVAS ACADÊMICAS E CONCURSOS - Não autorizado. Texto Jurídico
- ABANDONO DE EMPREGO - DP
- ENVIO DE TELEGRAMAS (OUTRAS SITUAÇÕES) - DP
- FALTA POR CONVOCAÇÃO DO JUDICIÁRIO - DP
- ATIPICIDADE - DP
- FUNCIONÁRIO FALECIDO - DP

- ABANDONO DE PLANTÃO - DP
- HORA EXTRA - DP
- DISPENSA CONVOCAÇÕES MILITARES - DP/jurídico
- TROCA PROVISÓRIA DE PLANTÃO – DP - somente dia com dia e noite com noite.

Referência: Política do DP.

Responsabilidades

Alçadas	Nível Hierárquico
• Decidir sobre as propostas de alteração fora desta política, ou as que, nas áreas subordinadas diretamente não obtiver consenso.	Diretoria Entidade
• Propor alterações e em conformidade com o que se encontra dentro desta política, em consenso com a área solicitante. • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores.	Gerência RH
• Propor alterações e em conformidade com o que se encontra dentro desta política, em consenso com a área de RH. • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores.	CSC - Setores: DP, Contratos, Controladoria e TI
• Garantir o cumprimento da Legislação Trabalhista Brasileira, Política e Procedimentos Internos; • Orientar, divulgar e praticar a Política Institucional de Gestão de Pessoas; • Solicitar a Gestão do CSC RH a análise dos pedidos, justificando as necessidades e objetivos; • Estabelecer e cumprir metas e orçamentos máximos a serem atingidos; • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores.	Alta Direção e Coordenações - Unidades
• Cumprir os requisitos internos da Entidade, administrativos e do sistema de gestão da qualidade.	Colaboradores

Contingências

1. **Descrição de Cargos de forma inadequada (atividade, competência e atualização):** Na ocorrência de um evento adverso, processos administrativos ou judiciais relacionados a descrição de cargos e competências, reavaliar definição do PEC visando melhor atendimentos a normativas relacionadas às funções mencionadas, por meio da readequação ou mesmo criação de um do cargo que melhor atenda a necessidade da Entidade.

2. **Preenchimento incorreto da Requisição de Pessoal:** Solicitar novo preenchimento para correção/ adequação das necessidades do documento estabelecido na política do RH, do qual fará que o processo de contratação fique embargado até a resolução do documento. Salvo exceções de vazios assistenciais autorizados pela Direção em prol da necessidade da Entidade.

3. **Falta de Candidato:** Verificar possibilidade de existência de um melhor canal de captação de candidatos pelas regiões próximas a Entidade no intuito de resolução da lacuna de colaborador. Estabelecer com a Direção, plano de ação que vise atender necessidade esporádica até que se finalize a contratação deste profissional.

4. **Triagem inadequada de currículo:** No caso de triagens onde o candidato não tenha sido selecionado, refazer triagem visando organizar processo de acordo com os requisitos estabelecidos no PEC do cargo. Em casos de candidatos que já estejam em processo de seleção, verificar caso junto à Coordenação e se necessário finalizar processo seletivo com o mesmo, orientando-o sobre indicação de seus currículos a outros processos seletivos ou mesmos a outras áreas da instituição.

5. **Não apresentação de documentos pré-requisitados:** Não apresentação de documentos pré-requisitados: Devido a este fato, o candidato não poderá ser contratado até a entrega completa dos mesmos. Salvo exceção, por autorização da Direção em casos de vazios assistenciais em prol da necessidade da Entidade.

6. **Aumento de demanda, absenteísmo e Turnover (dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor)**: Nos casos de aumento de demanda da entidade, ausência de profissionais na escala por motivo de falta (justificada ou injustificada) ou dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e período de cálculo para fechamento da folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição e/ ou clientes (segurança e grau de dependência); remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros da atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/

atendimentos nos casos assistenciais); verificação com a Direção e do orçamento financeiro praticado na unidade além da verificação de permissão do contrato/ contratante conveniado e por último a opção de pagamento de hora extra visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor, desde que obedecidas as legislações trabalhistas seja de banco de horas, seja de descanso intra jornada ou carga máxima de trabalho.

7. **Processo de seleção para vagas emergenciais**: Visando manter assistência ou processo adequados de funcionamento nos setores, em casos em que não houve como realizar remanejo interno de colaboradores que atendam perfil e necessidades do cargo, situações de quadro de vagas com quadro mínimo de colaboradores ou com dificuldades momentâneas na captação de profissionais, diante da realização de processos seletivos ao qual os candidatos não consigam atingir a nota mínima preconizada na prova, poderá ser alterada ponto de corte visando não ocorrer desabastecimento no setor ou grande agravo ao processo de trabalho, desde que devidamente autorizados pela Coordenação/ Gerência de RH ou Direção em comum acordo com os profissionais citados anteriormente.

8. **Ausência de Registro do Histórico Profissional (Seleção interna):** Verificação com gestor imediato atual por meio de uma declaração escrita onde deverá ser descrita a performance do colaborador, com indicação ou não para apresentação do processo seletivo.

9. **Seleção Inadequada do Candidato (caso não apresente as competências necessárias a função e sem definição do gestor da área):** Colaborador deverá ser desligado dentro do período de experiência. Ou após passagem deste tempo e em caso de impossibilidade, verificado a indicação para área de melhor aproveitamento de seu perfil.

10. **Elaboração da Avaliação de Desempenho Inadequada (alinhamento das competências e abrangência da instituição):** Refazer avaliação de desempenho de acordo com mapa estratégico da Entidade alinhando com cargos e competências necessárias para desenvolvimento das atividades institucionais dos mesmos com gestores imediatos e Direção.

11. **Realização da Avaliação de Desempenho Inadequada:** Reavaliação de maneira íntegra, com os dados necessários e solicitados no alinhamento do PEC, sempre com intuito do desenvolvimento e melhor capacitação dos colaboradores da Entidade.

12. **Atraso na realização dos procedimentos de treinamento e desenvolvimento:** Realização de treinamento em tempo hábil visando atender as necessidades de capacitação e desenvolvimento

da equipe de colaboradores ou em caso de impossibilidade em tempo promissor a data informada, reavaliar cronograma com gestor visando novo agendamento do treinamento.

13. **Realização da Avaliação de Desempenho de 45 dias e/ ou 90 dias fora do prazo/ em atraso**: Para evitar atrasos ou a falta de realização das avaliações de experiências dos colaboradores fora do prazo, o setor de RH envia às lideranças, no momento da admissão, as datas de vencimento das avaliações de 45 e 90 dias dos recém-admitidos. Além disso, mensalmente é enviada uma planilha com as pendências de avaliações desses períodos. Contudo, caso se identifique qualquer adversidade ou lacuna do colaborador que possa prejudicar a instituição, recomendamos considerar o desligamento imediato. Essa medida visa prevenir custos adicionais para a Entidade, relacionados a indenizações que poderiam ocorrer caso o desligamento fosse necessário posteriormente, mesmo sem a realização das avaliações.

14. **Realização da Pesquisa de Clima Organizacional não realizada:** Na ausência da Realização da pesquisa de acordo com cronograma estabelecido pelo RH da entidade por alguma eventualidade, pontuar por meio de um relatório manifestações do clima institucional para a alta Direção da Entidade justificando impossibilidade de ocorrência desta pesquisa bem como acordar melhor período para novo agendamento de aplicação da mesma.

15. **Ausência ou Erro de Comunicação:** A comunicação na entidade deve ser estabelecida de maneira clara e idônea, informando e orientando aos colaboradores. Diante de alguma falha na mesma, será feita uma retratação em forma de errata ressaltando a informação a ser corrigida a todos os colaboradores para um melhor entendimento. Se necessário, verificar comunicação *in loco* ou pessoalmente com colaboradores em casos pontuais para amenizar situações de sinistros que podem ocorrer ou mesmo de erros advindos desta comunicação. Lembrando sempre de primar pela integridade da entidade e seus canais de comunicação com seus públicos alvos.

16. **Implantação em unidades que contemplem profissionais de carreira no município ou estado (cedidos),** a política deverá ser aplicada aos mesmos de acordo com plano de trabalho da unidade, respeitando preceitos estabelecidos a estes colaboradores bem como normativas já regulamentada relativos ao tipo de vínculo junto aos órgãos competentes. Havendo possibilidade e disponibilidade, na aquisição de novas unidades e absorção profissionais de carreira no município ou estado (cedidos), estes devem passar por uma avaliação de conhecimento e experiência de atuação no referido cargo, de acordo com diretrizes e perfil estabelecidos na Descrição de Cargos e Competências institucionais, para facilitar alocação nos quadros funcionais da unidade, aproveitando desta forma os colaboradores por meio do seu potencial profissional. Lembrando que todas as práticas de avaliação, treinamento e capacitação deverão ser desenvolvidas com os mesmos.

17. **Adequação dos processos frente a uma pandemia ou outro tipo de calamidade:** Diante dessas situações os fluxos de alguns processos podem ser alterados e/ ou adequados, no intuito de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo.

IV. Siglas e Definições

Gestão de Pessoas ou Administração de Recursos Humanos: É uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.

Abrange atividades relacionadas à instituição e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (Manual ONA versão 2010).

- **PRS**: Procedimento Sistêmico
- **POP**: Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
- **PCO:** Pesquisa de Clima Organizacional
- **ADC:** Avaliação de Desempenho por Competência - É a identificação, mensuração e administração do desempenho humano na Entidade.
- **PCS:** Programa de Cargos e Salários
- **T&D:** Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
- **R&S:** Recrutamento e Seleção de Pessoal
- **PEC:** Perfil Estruturado por Competências
- **GCPEC:** Gestão por Competências - É o Software utilizado para gestão a competência
- **Cargo:** para efeito do enquadramento no Plano de Cargos e Salários, é o conjunto de funções exercidas pelo seu ocupante de mesma característica e idênticas quanto à natureza das tarefas executadas. Todos os cargos do Plano de Cargos e Salários terão uma definição própria.
- **Competências:** conjunto de **conhecimentos, habilidades e atitudes** necessárias para a pessoa exercer seu trabalho e, por outro lado, a entrega do conhecimento tácito para a instituição. Os saberes que compõem as competências têm conteúdo subjetivo, individual, e são desenvolvidos, construídos e apreendidos ao longo da vida profissional do colaborador. O desenvolvimento de competências, por meio, dentre outros, do treinamento, é condição imprescindível para que se atinjam os resultados organizacionais.

- **Gestão de pessoas ou administração de recursos humanos**: É uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.
- Abrange atividades relacionadas à instituição e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (Manual ONA versão 2010).
- **Seleção:** Descobrir as pessoas que interessam à instituição, aquelas mais adequadas ao trabalho, que possuem as características requeridas, como capacidade cognitiva, criatividade, motivação individual, e capacidade de trabalhar em equipe.
- **Socialização:** É o processo de inserir o trabalhador no lugar em que sua contribuição para a instituição seja a mais substantiva, respeitando interesses das pessoas e da instituição.
- **Treinamento:** É o processo de desenvolver habilidades e competências que cada área ou colaborador precisa desenvolver. À entidade fornecer os recursos adequados e criar um ambiente que estimule e promova os valores relacionados ao crescimento pessoal e do conjunto dos trabalhadores. Com o treinamento visa-se desenvolver as habilidades técnica, humana e conceitual.
- **Desenvolvimento:** É o processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos colaboradores a fim de torná-los futuros membros valiosos da Entidade. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.
- **Educação Continuada:** É a educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional, focalizando, geralmente, os cargos a serem ocupados futuramente na Entidade e as novas habilidades e capacidades que serão requeridas.
- **Orçamento Base Zero** (OBZ) é uma das ferramentas mais eficazes para **definir novos rumos** a partir da adequação dos custos de uma instituição. Essa ferramenta tem como base a teoria desenvolvida por Peter A. Pyhrr, autor da obra “Zero-Base Budgeting: a Practical Management Tool for Evaluating Expenses”. É o orçamento matriz que norteará o funcionamento da unidade, ou seja, o quadro de lotação de cargos para cada setor, ao qual sua constituição inicial pode se basear em três situações: expertise, legislação e/ ou contratos de prestação de serviço que tenham quantitativo mínimo de cargos.

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
PRS HMTJ 046 - Cargos, Remuneração e Benefícios
PRS HMTJ 047 - Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal
PRS HMTJ 052 - Programa de desenvolvimento de lideranças
PRS HMTJ 164 - Cadastro de Advertência no RM *Vitae*
PRS HMTJ 172 - Realização de Avaliação de Desempenho Período de Experiência

PRS HMTJ 187 - Gestão de Clima Organizacional

PRS HMTJ 188 - Comunicação de Recursos Humanos

PRS HMTJ 263 - Processos de gestão por competência GCPEC

VI. Indicadores – Efetividade

ESTRATÉGICO	APLICAÇÃO	META
Turnover Global	Mensal	2,00%
Absenteísmo Global	Mensal	2,00%
% Colaboradores Capacitados Global	Mensal	80%

TÁTICO	APLICAÇÃO	META
Adesão aos Processos de Gestão de RH	Mensal	100%
Cargos de Liderança capacitados Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento, deverão ser compiladas as avaliações de todos os treinamentos realizados.	Anual	80%
Demais cargos capacitados (Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.	Mensal	80%
Número de homem/hora treinamento – HHTM Representa a média das horas de treinamento recebidas por colaborador. ***Cálculo:*** *volume de homem/hora treinado / número ativos no período = média de treinamento no período H.H.T.* ***Exemplo:*** *digamos que sua instituição realizou apenas 2 treinamentos no ano, um de 12h e outro de 1h.*	Mensal	01:00:00

*Então o **volume de homem/hora treinado** foi de 12 + 1 = 13h homem/hora é **dividido pelo número de ativos no período.***		

Representa a média das horas de treinamento recebidas por colaborador. Um item importante a ser considerado é que deve ser utilizada a unidade horas para cálculo e lançamento dos indicadores. A fração de hora, ou seja, os minutos devem ser convertidos, aplicando-se regra de três. Exemplo: Se o indicador alcançar 2h20min, NÃO pode lançar no Sigquali 2,20 (está errado). O correto é transformar os 20min em horas. Então serão 2,33h, pois 20/60 é 0,33. Sendo assim, será lançado no Sigquali 2,33h.	Mensal	01:00:00
Adesão ao treinamento de integração	Mensal	100%
Avaliação de Desempenho por Competências	Anual	80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 10% como Regular.
Satisfação Pesquisa de Clima Organizacional	Anual	70%

OPERACIONAL	APLICAÇÃO	META
Tempo de preenchimento de vaga	Mensal	10 dias úteis
% Entrevistas de Desligamento no mês	Mensal	100%
Avaliação 45 dias	Mensal	100%
Avaliação 90 dias	Mensal	100%
Tempo Permanência Média do Colaborador	Mensal	2,5 (anos)

I. Objetivo

Apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Gestão de Pessoas, Sistema SIGQUALI, FLUIG e GCPEC, Formulários próprios.

III. Abrangência

O procedimento é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

DIRETRIZES:

1. DEFINIÇÃO:

Contratação de profissional para compor o Quadro de Pessoal das Filiais da Entidade observados os critérios e requisitos estabelecidos no processo de

recrutamento e seleção.

Numa Organização Social de Saúde onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Conhecimento (Saber): conhecimentos adquiridos no decorrer da vida, nas escolas, universidades, cursos etc.

Habilidade (Saber fazer): Todo o conhecimento que praticamos aperfeiçoado à habilidade.

Atitude (Querer fazer): Comportamentos que temos diante de situações do nosso cotidiano e das tarefas que desenvolvemos no nosso dia a dia.

2. PROCEDIMENTOS GERAIS:

- **Demanda da vaga:**

A liderança solicita a abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas via FLUIG, o formulário: Requisição de Pessoal, utilizando como base a descrição do cargo, tabela salarial, orçamento da área e a política de cargos e salários vigentes:

- Substituições e transferências: Sugerimos buscar informações para preenchimento do formulário de abertura de vaga, consultando situação do colaborador a ser substituído ou transferido de setor/ unidade e após análise e possibilidade aprovada pelo RH de tal substituição/ transferência realizar requisição e movimentação necessária;
- Vagas previstas: após análise do quadro orçado pelo Base Zero realizado pelo RH/ Custos.
- Vagas não previstas (aumento de quadro ou necessidades de criação de cargos): Quando existe necessidade de aumento de quadro, a criação da vaga deverá ser discutida entre a Direção da Unidade, OSS e Gerência de RH, verificando-se a disponibilidade dentro do orçamento, conforme Plano de Trabalho e Controladoria. O procedimento é feito por meio de reunião e a validação via FLUIG com a aprovação de todos os envolvidos no processo. Após validação pelo RH este define com a liderança prazos e etapas do processo

(aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável).

- **Priorização de vaga:**

As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig para papel do RH. Havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área. Sempre que necessário a equipe de RH fará reuniões com os responsáveis das áreas que tiverem um volume significativo de vagas em andamento, para reavaliação da prioridade.

- **Atração/ Recrutamento:**

➢ A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável.

NOTA: É alinhado juntamente com a coordenação da área quais serão as etapas aplicadas no processo seletivo de acordo com o perfil da vaga. Após alinhamento de perfil, a vaga é divulgada aos colaboradores através dos quadros de aviso da unidade e pelos grupos do WhatsApp corporativo. Externamente, esta vaga é divulgada no site da Entidade, sites específicos relacionados à vaga e mídias sociais. Outras formas de divulgação da vaga por parte da liderança deverão ser alinhadas com a equipe de RH. Caso ocorra mudança de perfil ou dados da contratação do novo colaborador por parte da liderança, após a etapa "Atração", a data de abertura da vaga será alterada e respeitará a ordem de abertura da vaga.

Considerando que as vagas são trabalhadas por ordem da abertura da vaga com o RH, o tempo médio para realização do Processo Seletivo é de 10 (dez) dias úteis e o prazo máximo para admissão é **até o dia 26 de cada mês.**

Caso haja interesse pelo solicitante do processo seletivo, o **RH** poderá encaminhar para a liderança da vaga, o currículo e parecer dos candidatos considerados aderentes ao perfil, e alinhar a agenda para a próxima etapa. O **RH** é responsável por todos os contatos e agendamentos com os candidatos, sendo assim, **nenhum contato poderá ser feito com candidatos sem conhecimento**

da equipe de RH.

- **Recrutamento Interno:**

É um processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados, podendo ser através de:

- Remanejamento;
- Transferência de pessoal;
- Promoções;
- Transferências com promoções de pessoal.

Observação: A Entidade preza o respeito pela igualdade de oportunidades. Qualquer colaborador que acredita não estar recebendo oportunidade igual deverá comunicar seu superior ou o Departamento de RH.

Para a realização do recrutamento devem ser observados alguns pontos:

1 - A Entidade prima por manter atualizadas as informações sobre os colaboradores, pois durante o decorrer de um ano, muitos podem ter realizado treinamentos diferenciados, concluindo cursos de língua estrangeira, graduação, pós-graduação ou mestrado. Dessa forma, é possível saber se algum colaborador é um candidato em potencial à vaga em aberto.

2 - O primeiro passo é divulgar a abertura do processo seletivo interno por meio dos canais internos de comunicação: e-mail, whatsapp corporativo e quadro de avisos para esgotar a possibilidade de que algum colaborador diga que não teve acesso à informação. Deixe claro o perfil para o Cargo, as atividades a serem desenvolvidas, horário e o setor.

- Convide os profissionais que se candidataram à vaga para explicar as reais possibilidades de mudança de função e ascensão dentro da Entidade. Isso é fundamental, para que eles tirem dúvidas se desejam ou não continuarem no cargo atual e descreverem a motivação que os levaram a se inscrever no processo.
- Os profissionais que estiverem aptos (atendendo o PEC - Perfil Estruturado por Competências), e que desejarem participar do processo seletivo

deverão apresentar à coordenação direta os formulários "Inscrição de Seleção Interna – Colaborador" PRS HMTJ 047_Anexo 6_Formulário Inscrição Colaborador Processo Seletivo Interno, que deverá ser entregue pelo colaborador ao RH e "Inscrição de Seleção Interna - Autorização da Coordenação" PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno, preenchida de forma sigilosa pelo gestor da área ao qual descreva uma analise das competências comportamentais que os candidatos apresentam no dia a dia. Após preenchido os formulários, o colaborador interessado na vaga deverá entregar formulário diretamente ao RH.

NOTA: Nenhuma liderança contratante pode abordar diretamente um colaborador interno para uma oportunidade em sua área, sem antes ter o consentimento da liderança imediata.

• Para qualquer tipo de promoção ou alteração de cargo o prazo mínimo é de 06 meses de contrato de trabalho na Entidade e no último trimestre este colaborador não poderá ter tido nenhum tipo de descrição de sanção administrativa em seu registro (advertência e/ ou anotação negativa), além dos requisitos exigidos no PEC e aprovação em processo seletivo e aprovação da Gerência respectiva a nível holding, esta, quando necessário. Nos casos em que o funcionário tiver em seu registro uma suspensão nos últimos 12 meses, este não poderá participar do processo seletivo. Colaboradores de férias poderão participar do processo seletivo, porém em caso de aprovação, se a vaga for imediata não poderá assumir as atividades, ficando no quadro reserva durante 6 (seis) meses contados a partir da data de realização. Funcionários afastados em qualquer situação não poderão se candidatar para nenhum processo seletivo interno.

3 - Com a definição dos candidatos, começa propriamente a seleção interna. Etapas:

O RH aplicará a Avaliação com dados institucionais, elaborada pelas Gerencias/Coordenadores dos setores solicitantes que foram padronizadas e validadas pela Entidade com data e horário pré-estabelecidos. Aplique os testes específicos para avaliar se os candidatos estão realmente capacitados para assumirem a nova realidade profissional.

➢ A entrevista será realizada com cada colaborador individualmente, utilizando o nosso formulário do Roteiro de Entrevista por Competências do cargo específico.

Havendo número suficiente, poderá ser utilizado ferramentas como dinâmicas de grupo. Entrevista com gestor do setor ao qual está ocorrendo o processo seletivo pelo candidato: Um fator que não poderá ser esquecido é a leitura do relato feito por meio do PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno pelo gestor atual do candidato. Após a realização de todas as etapas do processo seletivo, O RH se reunirá com o Gestor do departamento solicitante para finalizarem o processo após definição dos candidatos aprovados. Dar feedback a todos participantes do processo, pessoalmente informando-os respeitosamente o motivo de não ser aproveitado no momento apontando os pontos a serem melhorados para uma futura oportunidade ou de serem aproveitados em nosso quadro reserva que tem duração de 06 meses. Isso estimulará as pessoas a verem que elas são, de fato, valorizadas pela Entidade em que atuam e não devem desistir da ascensão. Em caso de surgimento da vaga, após o colaborador passar pelo processo seletivo e ser selecionado, deverá ser preenchido no FLUIG o Formulário Movimentação de Pessoal, com o motivo "PROMOÇÃO".

- **Recrutamento Externo:**

É o preenchimento de uma vaga através da contratação de uma pessoa de fora da Entidade.

O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: Linkedin, JFEmpregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

SELEÇÃO:

Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao **RH**, selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos existentes, ou seja, escolher o candidato com perfil que se aproxima do PEC, de modo que a Entidade

possa ver o seu colaborador como peça valiosa na obtenção dos resultados almejados.

Definir possibilidades de locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo.

Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no whatsapp corporativo ou contato por telefone, informando o processo seletivo quanto ao cargo a ser concorrido, local, data e hora da seleção.

No dia, local e horário agendado, cabe ao RH receber os candidatos, não podendo fazê-los aguardar por mais de 15 minutos, apresentando aos mesmos a Entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo.

Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção adotado pela Entidade, sendo:

- 1ª Etapa: Aplicação de Testes (criados e aprovados pelas lideranças setorais e padronizados junto a Gerência de RH) eliminatórios onde a nota mínima para aprovação é 70%. Os candidatos reprovados, receberão o feedback comunicando a não continuidade no processo seletivo pessoalmente, ou em caso de grande volume de candidatos o retorno será realizado via whatsapp corporativo. Dado o parecer negativo o candidato será informado que poderá participar de um novo processo seletivo após 6 meses;
- 2ª Etapa: Formulário de entrevista por competência e técnica de acordo com o cargo com o **RH e o Gestor solicitante**, também eliminatório. Ao final da entrevista, apresentar o que se espera do colaborador neste novo cargo, complementando e reforçando as informações sobre a Entidade, área de atuação, a vaga, benefícios oferecidos, bem como, as próximas etapas do processo seletivo, abrindo espaço para o candidato fazer perguntas.

Cabe ao RH verificar junto à Coordenação:

- Definir possibilidades de datas e horários para as entrevistas;
- Definir a necessidade da participação de outro colaborador na entrevista. Exemplo: outro líder do mesmo nível hierárquico ou responsável funcional. Orienta-se que é responsabilidade da liderança, informar aos participantes sobre o perfil da vaga.
- Ler, analisar e fazer as anotações que julgar necessárias nos currículos, antes das entrevistas;

- Conduzir a entrevista, considerando a descrição de cargo vigente, buscando nos candidatos evidências e fatos que atendam estes requisitos;

Cabe a Coordenação:

- Descrever na entrevista, a parte do Gestor solicitante se aprovado ou não e o motivo, podendo o gestor indicar para um processo em outra área, recolhendo ao final, sua assinatura para validação.
- Ler, analisar e fazer as anotações que julgar necessárias nos currículos, antes das entrevistas junto aos candidatos pré-selecionados pelo RH;
- Conduzir a entrevista, considerando as competências técnicas necessárias para buscar nos candidatos evidências e fatos que atendam estes requisitos;
- Formalizar um parecer de todos os candidatos entrevistados, no formulário de entrevista por competência, assinando e datando no espaço destinado para este fim, no mesmo dia logo após a conclusão da etapa de entrevista, indicando os candidatos aprovados e não aprovados, em escala de preferência para que a equipe de RH possa anexar ao histórico do candidato para futuras consultas.

Em alguns processos seletivos, ainda poderá ser aplicado dinâmica de grupo, que visa identificar pontos positivos quanto o perfil do profissional como: trabalho em equipe, pró-atividade, percepção, senso de priorização, dentre outras características evidenciadas no perfil de cargos e competências.

NOTA[1]: Havendo necessidade de prova prática de informática, o setor deverá enviar ao RH no prazo de 3 (três) dias úteis antes do processo as questões, para reserva do espaço adequado para realização da etapa.

Nos casos onde ocorrerem à mesma pontuação na primeira etapa (prova escrita), o critério de desempate será o parecer da entrevista Individual e/ou a redação.

NOTA[2]: As entrevistas para os cargos de coordenador ou gerente serão acompanhadas por um representante da Direção ou será agendado ainda uma entrevista com a própria Diretoria.

NOTA[3]: não existe a obrigatoriedade de ter que mostrar ao candidato não aprovado sua avaliação. Este somente poderá solicitar revisão e que deverá ser realizado por um representante do RH e o coordenador do setor em questão.

- **Finalização do Processo**

A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha

e aprovação do candidato e suas justificativas para o **RH.** Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades do mesmo.

Caso seja apontado alguma oportunidade de melhoria no roteiro de entrevista, será feito o cadastro deste apontamento na ficha do colaborador quando admitido para que a coordenação possa acompanhá-lo durante o período de experiência e desenvolver essas oportunidades de melhoria que foram apontadas na entrevista.

NOTA[1]: Na admissão, a coordenação não poderá negociar e/ou prometer revisão de salários, pois, futuramente, esta aprovação poderá ser afetada por diversos fatores (contexto econômico, desempenho do colaborador, resultado geral da área, dentre outros).

NOTA2: É obrigatória a apresentação dos documentos que comprovem os requisitos (escolaridade, experiência profissional e/ou as competências técnicas necessárias) na descrição do cargo vigente. O **RH** deverá comunicar ao candidato aprovado no que diz respeito à data de início das atividades, cargo e proposta salarial. Esclarecerá que a fase final do processo será a apresentação dos documentos necessários para admissão, PRS HMTJ 047_Anexo 12_Documentos Necessarios para Admissão, conforme agendamento do RH e caso não o faça o próximo candidato no quadro reserva (lista aprovados) será convocado para ocupação mediante ciência da Coordenação. Bem como, que na hora da conferência destes documentos, se encontrada alguma inconformidade também será caracterizada de caráter eliminatório. Neste caso o próximo sucessor da vaga (lista de aprovados) será convocado para ocupação, mediante ciência da Coordenação.

NOTA[3]: Caso o candidato decline da proposta, todos os envolvidos no processo serão informados para retomar o processo de seleção, e continuar a busca por novos candidatos, a vaga continuará priorizada. O **RH** mantém a liderança informada sobre o prazo de início do novo colaborador, e é responsável pelo retorno positivo ou negativo a todos os candidatos envolvidos no processo. O novo colaborador passará pela Integração, conforme consta em nosso PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

- **Transferência de Colaborador**

O colaborador aprovado no processo seletivo deverá ser efetivado no novo cargo assim que iniciar o exercício da nova atividade. Para isto a liderança e o RH local deverão enviar para a outra Unidade (liderança e RH local) que está recebendo

este colaborador a MP conforme solicitação no Fluig no campo Formulário Alteração e Movimentação de Pessoal, com ciência e aprovação, devidamente preenchida e autorizada. Em caso de transferências solicitadas por funcionários, na solicitação do Fluig, deverá constar juntamente as aprovações, carta de próprio punho feita pelo colaborador, relatando o seu próprio interesse em ser transferido e os principais motivos, em anexo a solicitação.

ATENÇÃO: o chamado deve ser aberto respeitando o prazo do dia 15 do mês anterior, à data de transferência. Recomenda-se que o colaborador inicie o exercício de suas atividades na nova oportunidade sempre no primeiro dia útil de cada mês subsequente. Cabe às lideranças negociarem este prazo, considerando necessidades, demandas e entregas de cada uma das áreas. A liderança responsável pela vaga é a pessoa indicada a conversar e formalizar o processo ao colaborador, clarificando a proposta de trabalho e o novo desafio.

NOTA[1]: Nos casos de transferência interna, é obrigatória a apresentação dos documentos que comprovem os requisitos (experiência profissional e/ou as competências técnicas necessárias) na descrição do cargo vigente, além da solicitação da alteração, via Fluig, devidamente validada e preenchida ao RH. O mesmo avaliará tal solicitação e aprovará ou não, dando em caso positivo, encaminhamento ao DP.

NOTA[2]: nas transferências internas é necessário que a antiga liderança solicite os ajustes em permissões de acessos e exclusões em listas de e-mail, que o colaborador não deverá mais possuir. E a nova liderança, será responsável por providenciar as novas permissões e inclusões em listas de e-mails que o colaborador deverá ter para o desempenho das atividades em sua nova função.

NOTA[3]: Nos casos de colaboradores em cobertura de férias ou em função definida como ferista, a liderança deverá fazer a solicitação deste colaborado via Fluig, respeitando o tempo estabelecido de 15 dias.

- **Processo de Análise para Recontratação**

Cabe o setor de RH, sempre ao iniciar um processo de seleção, checar junto ao Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, se o candidato é ex-colaborador e se tem algum tipo de restrição. Caso não haja, dará inicio ao processo seletivo. A SES - Secretaria de Saúde, impõe-se às organizações sociais a vedação à contratação de

pessoal que tenha sido demitido por justa causa da SES.

- **Processo de Implantação de uma Nova Unidade**

Sempre que houver a implantação de uma nova unidade, os cargos estratégicos serão preenchidos por pessoal indicado pela direção da OSS, por entender que são profissionais que ocupam cargos de alta complexidade, de confiança e que impactam no negócio da Entidade. Além de atender os pré requisitos básicos para o desempenho da função.

- **Cancelamento de Processo Seletivo**

Se a liderança definir pelo cancelamento do processo seletivo, deverá formalizar o pedido via fluig e-mail para o RH, esclarecendo os motivos do cancelamento. O RH deverá entrar em contato com os candidatos via e-mail ou telefone, informe o cancelamento da vaga.

3. CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS

A contratação de serviços médicos é realizada, inicialmente, por meio da direção clínica, que é o setor que tem o contato direto com os possíveis prestadores de serviços, após a documentação estar completa, é enviada via fluig uma solicitação de contratação ao setor de contratos o qual é responsável pela formalização do contrato.

- **Avaliação de Desempenho de Fornecedores de Serviços Médicos** - Cabe a direção geral e/ou médica a realização da avaliação de desempenho dos serviços médicos prestados na unidade, a se realizar por meio de formulário específico na plataforma Fluig.

4. CONTRAÇÃO DE PCD

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991, lei de contratação de Deficientes nas Entidades. Lei 8213/91, lei cotas para Deficientes e Pessoas com Deficiência dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais.

Art. 93 - a Entidade com 100 ou mais colaboradores está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos com beneficiários reabilitados, ou pessoas

portadoras de deficiência, na seguinte proporção:

- até 200 colaboradores..... 2%
- de 201 a 500 colaboradores..... 3%
- de 501 a 1000 colaboradores..... 4%
- de 1001 em diante colaboradores.... 5%

O RH Local ao selecionar algum PCD, deverá solicitar que este apresente o Laudo Médico, PRS HMTJ 047_Anexo 32_Laudo Médico PCD, comprovando sua deficiência.

Ao encaminhar para o SESMT para realizar o exame admissional, o RH Local irá pegar o formulário em anexo e a este anexar o Laudo, para que o candidato apresente ao Médico do Trabalho para o devido preenchimento.

O candidato ao passar pelo Médico do Trabalho, se apto, receberá de volta este kit devidamente preenchido, assinado e com carimbo do médico do trabalho (formulário + laudo médico), junto com o ASO e devolverá ao RH para que este faça a guarda junto com os demais documentos admissionais.

O RH Local deverá tirar uma copia do KIT para entregar ao novo colaborador, no ato da assinatura do contrato de trabalho.

Este documento serve para comprovar junto ao MTE que a Entidade contratou PCD caso venha a ser solicitado.

5. CONTRATAÇÃO DE EX-COLABORADOR

Os ex-empregados da Entidade que porventura forem desligados sem justa causa, ou solicitarem desligamento, podem participar de processo seletivo para retornar à Entidade após **3 meses contados da rescisão contratual (Lei 6.019/74, artigos 4º e 5º).**

NOTA: Cabe ao RH Local entrar em contato com o RH da outra Unidade para checar se existe algum tipo de contra-indicação.

6. CONTRAÇÃO DE JOVEM APRENDIZ E ESTAGIÁRIO NÍVEL SUPERIOR

A Lei de Cotas para Menor Aprendiz é mais que uma obrigação legal, a formação técnico-profissional de adolescentes e jovens, amplia as possibilidades de inserção no mercado de trabalho e torna mais promissor o futuro da nova geração. O empresário, por sua vez, além de cumprir sua função social, contribuirá para a formação de um profissional mais capacitado para as atuais exigências do mercado

de trabalho e com visão mais ampla da própria sociedade.

Entende-se por estabelecimento todo complexo de bens organizado para o exercício de atividade econômica ou social do empresário. Ficam obrigados a contratar aprendizes os estabelecimentos que tenham pelo menos sete empregados contratados nas funções que demandam formação profissional.

A Entidade possui convênio firmado com o Agente Integrador, Entidade renomada e responsável pela seleção desses jovens.

O RH local recebe a solicitação de vaga através do Fluig e encaminha à Coordenação de RH da Entidade. É realizada uma avaliação da solicitação de vaga e as necessidades da inserção dos jovens nos setores/Entidade. Após aprovação por parte do RH e Diretoria da Entidade é solicitada à Entidade conveniada a seleção de jovens através do site próprio do Agente Integrador, onde se inicia, através da equipe de relacionamento do Agente Integrador, as indicações e direcionamentos desses Jovens para seleção e aprovação por parte da nossa Entidade.

- **Seleção:**

Todo processo de seleção e avaliação inicial (como provas e entrevista) são realizados pela Entidade.

Após essa triagem inicial, são definidos pelo RH Entidade, a data, horário e local da seleção para as entrevistas. Esses Jovens passam por entrevista individual conforme Roteiro de Entrevista com as competência do cargo, com o RH e com as coordenações solicitantes.

Assinam lista de presença, conforme PRS HMTJ 047_Anexo 5_Lista presença Processos seletivos, para atestar seu comparecimento junto a Entidade solicitante.

Depois de selecionados passam pelo mesmo processo e fluxo admissional que os demais colaboradores (CLT), tendo que apresentar sua documentação completa e obrigatória para registro na Entidade.

Após finalizado o processo de admissão, os Jovens passam pelo processo de integração (Comitê de recepção) em seguida o RH leva-os para uma visitação a Unidade e finaliza encaminhando aos setores de destino para iniciarem suas tarefas.

Os Jovens participarão semanalmente, conforme calendário estabelecido pelo Agente Integrador, acompanhamento psicopedagógico e orientação profissional dentro do Agente Integrador. Sua carga horária é de: seis horas na Regional JF.

Considera-se indispensável, a leitura prévia das Leis que regem o programa Jovem aprendiz:

- Lei 10.097/2000 - **Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943 que institui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho. Aborda o contrato de Aprendizagem.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10097.htm
- Lei 8.069/1990 - **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que visa à proteção integral à criança e ao adolescente.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Lei 11.180/2005 - **Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos - PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial - PET, altera a Lei no 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11180.htm
- Portaria MTE nº 723/2012 - **Disciplina a fiscalização das condições de trabalho no âmbito dos programas de Aprendizagem.**
- Portaria MTE nº 1005/2013 - **Altera a Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, que dispõe sobre o Cadastro Nacional de Aprendizagem Profissional - CNAP, destinado ao cadastramento das entidades qualificadas em formação técnico-profissional metódica**.
- Resolução CONANDA nº 164/2014 - **Dispõe sobre o registro e fiscalização das entidades sem fins lucrativos que tenham por objetivo a assistência ao adolescente e a educação profissional e dá outras providências.**
- Resolução CDMCA-SP nº 104/2013 - **Estabelece normas gerais para a adequada aplicação da política municipal de atendimento aos direitos da criança e do adolescente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de São Paulo - CMDCA/SP.**
- Instrução Normativa SIT/MTE nº 108/2014 - Revoga dispositivo de Instrução Normativa.
- Instrução Normativa SIT/MTE nº 97/2012

- Nota técnica nº 52/COPES/DEFIT - Determina novas adequações para o desenvolvimento de Programas de Aprendizagem com vigor a partir de agosto de 2012.
- Manual da Aprendizagem - Esclarece as questões relacionadas à Lei da Aprendizagem e orienta os empresários a respeito dos procedimentos que devem ser adotados para a contratação de Aprendizes.

Promoção de Aprendiz e Estagiário / Efetivação:

Todos os Jovens Aprendizes poderão participar de processos seletivos internos visando a sua promoção/contratação. Sendo sua participação autorizada somente após 06 meses na Unidade, e escolaridade compatível ao cargo e desde que não tenha sofrido sanção administrativa nos últimos 03 meses.

Após ele participar do processo, estando apto, deverá proceder da seguinte forma:

- Pedir formalmente, desligamento do programa, junto a entidade, sendo esta por iniciativa dele;
- Apresentar ao RH a carta de pedido de desligamento, juntamente com o aceite da entidade;
- Somente depois de desligado é que poderá fazer todo tramite de admissão junto a Unidade da Entidade.

7. ADMISSIONAL

- **Principais atividades do processo:**
  - Comunicar ao (s) candidato (s) aprovado pela chefia do resultado, convocá-lo na unidade, entregar a lista de documentos necessários para admissão, verificar se possui conta corrente no banco conveniado com a unidade.
  - Após passar pelo médico do trabalho e ter ASO como apto, o RH deverá recolher a documentação necessária para contratação (documentos para admissão, exame médico) e em seguida digitalizar e encaminhar ao RH Admissão, em Juiz de Fora, para cadastro.
  - Em seguida digitalizar os documentos admissionais e enviar para o CSC Admissão RH para que eles incluam no Sistema TOTVS. Salvando o arquivo: Chapa X. em pdf

- Ao receber do RH Admissão, o jogo admissional (Contrato, Acordo de Banco de Horas, Etiqueta, Etiqueta 45 dias, Ficha Registro e Recibo CTPS, Minuta TI, Ficha de Vale Transporte e Ficha de Salário Família, quando declarado), precisará agendar o comitê de recepção para o novo colaborador, para que receba o treinamento obrigatório dos setores envolvidos.
- Deverão colher as assinaturas, providenciar o preenchimento da CTPS do novo Colaborador e cadastrar o ponto biométrico.

NOTA: O campo de "Testemunhas" estará presente no formulário, porém não é obrigatório o preenchimento do mesmo. Só será necessário o colher assinatura em casos específicos.

- **KIT Admissional:**
  - PRS HMTJ 047_Anexo 17_ Formulário solicitação VT
  - PRS HMTJ 047_Anexo 25_Termo de entrega de uniforme
  - PRS HMTJ 047_Anexo 28_Carta de Anuência de Ponto (quando cabível)
  - PRS HMTJ 047_Anexo 36_Recomendações para inicio de atividades laborais
  - PRS HMTJ 047_Anexo 36.1_Protocolo de Entrega de Orientações de Início de Atividades
  - PRS HMTJ 047_Anexo 38_Protocolo de Entrega do TBI
  - PRS HMTJ 047_Anexo 40_Declaração de múltiplos vínculos
  - PRS HMTJ 047_Anexo 41_Declaração de encargos de Família para fins de Imposto de Renda
  - PRS HMTJ 047_Anexo 42_Declaração de autorização para assinar documentos RH e DP (Quando cabível)
  - PRS HMTJ 047_Anexo 44_ Formulário de Contribuições para o sindicato

8. DESLIGAMENTO DE PESSOAL

A entrevista de desligamento tem como finalidade permitir que o colaborador desligado manifeste sua percepção em relação à equipe com a qual trabalhava à chefia e às políticas institucionais, princípios e valores da Entidade. Por outro lado é a oportunidade para que a unidade registre a informação para posterior análise da situação e correção de seu índice de turnover.

Sempre que algum colaborador for desligado da Entidade, deverá preencher o Formulário Entrevista de Desligamento, PRS HMTJ 047_Anexo 30_Entrevista de Desligamento, e em seguida ser entrevistado pelo RH, visando apurar as causas que

determinaram o desligamento, sob o ponto de vista do empregado, objetivando o levantamento das medidas que tendem a saná-las ou reduzi-las, ou seja, verificar o motivo pelo qual não estamos conseguindo reter os talentos.

Fluxos de demissão:

Para demandas de demissão sem justa causa (com ou sem cumprimento de aviso):

- A coordenação deverá informar ao RH a sua insatisfação (e os motivos) com o colaborador, a partir disso deverá realizar a abertura do FLUIG solicitando uma intervenção junto ao RH. A intervenção visa esclarecer com o colaborador a razão e a veracidade do comportamento informado pela sua coordenação. Além disso, deve ser verificado se os comportamentos sinalizados são reincidentes e qual a gravidade dos mesmos, para saber se na situação caberá advertência ou até suspensão. Nos casos de falta gravíssima, essas etapas de intervenção, advertência e suspensão não serão necessárias.

OBS: Os casos de faltas gravíssimas deverão ser comunicados via email para o RH antes de enviar a solicitação de desligamento via FLUIG.

- Após o colaborador ter passado pela intervenção, o mesmo entrará em um período avaliatório de 30 dias, em alguns casos o prazo poderá ser alterado para mais ou menos que 30 dias (de acordo com o estabelecido na intervenção entre coordenador, funcionário e RH). Se durante esse período o colaborador repetir o comportamento sinalizado para ele como inadequado, ele deve ser advertido. Ao fim do período o RH volta a conversar com o Gestor e com o colaborador a fim de saber se o mesmo teve melhoras ou não. Se a resposta for positiva o colaborador permanece, se for negativa a coordenação deverá encaminhar ao DP, via Fluig, o Formulário de Solicitação de Desligamento de Pessoal.
- Após recebimento via Fluig o setor de DP irá checar se existe a disponibilidade de verba para a realização do desligamento, é programado o desligamento e o DP informa o coordenador a data para realização. No documento virá a data do exame demissional e a data e horário da homologação no sindicato.
- Na data e hora agendada com o RH, o coordenador deve comparecer no setor com o colaborador para comunicar o desligamento, podendo informar ou não os motivos.
- Após fazer tal comunicação, o gestor pode se retirar e deixar o colaborador com o RH. O colaborador irá preencher a Entrevista de Desligamento, e após este processo

o mesmo será encaminhado ao Departamento Pessoal para que seja assinada a rescisão.

OBSERVAÇÃO[1]: Se o colaborador se recusar a assinar a carta, a mesma deve ser assinada por duas testemunhas e ele não terá direito de levar a sua via.

OBSERVAÇÃO[2]: Se o colaborador se recusar a preencher a Entrevista de Desligamento, ele deverá apenas assinar e escrever que não deseja preencher.

OBSERVAÇÃO[3]: Se o colaborador tiver menos de 90 dias de admitido, não precisará realizar o exame demissional, uma vez que o admissional tem validade nesse período.

OBSERVAÇÃO[4]: As demissões sem cumprimento de aviso devem impreterivelmente ser solicitadas com antecedência para a gerência de RH nível Sede.

- Caberá ao RH fazer um relatório semestral com os resultados específicos e apresentar para a Direção para que sejam tomadas medidas cabíveis para a redução do turnover. PRS HMTJ 047_Anexo 30.1_Relatório Gerencial Entrevista de Desligamento;
- Alimentar mensalmente no software SIGQUALI o indicador Percentual de Turnover descrevendo a aplicação de Entrevista de Desligamento.
- Para demandas de pedido de demissão (com ou sem cumprimento do aviso):
- O colaborador que desejar se desligar da empresa deve comparecer até o setor alocado e informar ao coordenador o seu desligamento, após a conversa o coordenador irá acompanhar o funcionário ao DP e solicitar a carta de demissão. Caberá ao RH sondar com o colaborador os motivos que o levaram a tomar tal decisão, e se for possível tentar reverter a mesma. A carta de demissão de modelo padrão deverá ser preenchida pelo funcionário, além de especificar se irá cumprir ou não o aviso.
- Não sendo possível a reversão, o RH realiza a entrevista de desligamento e o encaminha para o DP para o colaborador realizar o preenchimento da carta e receber as informações pertinentes à rescisão e homologação se forem o caso.

Para demandas de demissão por Justa Causa:

- Os casos de justa causa devem ser encaminhados através da Direção da Unidade de cada área, para a Coordenação/ Gerência de RH da Entidade.

- Caberá a Gerência de RH buscar orientação junto ao setor jurídico para esclarecer quais ações deverão ser tomadas em cada caso.
- Validado e autorizado pelo jurídico cabe ao RH proceder com os tramites normais do desligamento.

9. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

1. Índice de turnover – 2,0% (Regional MG) - Mensura a relação em percentual de colaboradores admitidos e demitidos durante determinado período;

2. Índice de absenteísmo – 2,0% (Regional MG) - Mensura a relação em percentual de horas faltosas e horas trabalhadas durante determinado período;

3. Percentual de Entrevistas de Desligamento no mês – Mensal – 100%

10. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

11. CONTIGÊNCIA:

I. Perfil de Cargo Inadequado (atividade, competência e atualização): Na ocorrência de um evento adverso, processos administrativos ou judiciais relacionados ao perfil estruturado por competência, reavaliar definição do PEC visando melhor atendimentos a normativas relacionadas às funções mencionadas, por meio da readequação ou mesmo criação de um do cargo que melhor atenda a necessidade da Entidade.

II. Preenchimento incorreto da Requisição de Pessoal: Solicitar novo preenchimento para correção/ adequação as necessidades do documento estabelecido na política do RH, do qual fará que o processo de contratação fique embargado até a resolução do documento. Salvo exceções de vazio assistenciais autorizados pela Direção em prol da necessidade da Entidade.

III. Falta de Candidato: Verificar possibilidade de existência de um melhor canal de captação de candidatos pelas regiões próximas a Entidade no intuito de resolução da lacuna de colaborador. Estabelecer com a Direção, plano de ação que vise atender necessidade esporádica até que se finalize a contratação deste profissional.

IV. Triagem inadequada do currículo: No caso de triagens onde o candidato não tenha sido selecionado, refazer triagem visando organizar processo de

acordo com os requisitos estabelecidos no PEC do cargo. Em casos de candidatos que já estejam em processo de seleção, verificar caso junto à Coordenação e se necessário finalizar processo seletivo com o mesmo, orientando-o sobre indicação de seus currículos a outros processos seletivos ou mesmos a outras áreas da instituição.

V. Não apresentação de documentos pré-requisitados: Devido a este fator candidato não poderá ser contratado até a entrega completa destes. Salvo exceção de autorização da Direção em casos de vazios assistenciais em prol da necessidade da Entidade.

VI. Dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor: Nos casos de dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e já em cálculo para folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição; remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros os atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/ atendimentos nos casos assistenciais) ou ainda verificação no orçamento financeiro da unidade e contrato conveniado para pagamento de hora/ plantão extras visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor.

VII. Ausência de Registro do Histórico Profissional (Seleção interna): Verificação com gestor imediato atual por meio de uma declaração escrita onde este descreverá performance do colaborador, com indicação ou não para apresentação do processo seletivo.

VIII. Seleção Inadequada do Candidato (não apresenta às competências necessárias a função e sem definição do gestor da área): Colaborador deverá ser desligado dentro do período de experiência. Ou após passagem deste tempo e em caso de impossibilidade, verificado a indicação para área de melhor aproveitamento de seu perfil.

IX. Informação incorreta/ incompleta por parte do candidato: Verificação por meio dos documentos apresentados pelo candidato;

X. Cargos de Confiança: Em casos em que a liderança indicar colaboradores, esta deverá passar por uma entrevista em conjunto com o RH a fim de verificar competências mínimas para a função e aptidão para o cargo;

XI. Implantação em novas unidades: Em casos de implantação de novas unidades geridas pelo HMTJ, a nota mínima pode ser alterada visando atender o número de candidatos para entrevista e tendo como premissa a otimização do tempo, observados o perfil de competência necessário aos cargos identificados na entrevista técnica do RH e lideranças/ representantes técnicos da área. Este mesmo procedimento poderá ser adotado também em casos de ocupações de vagas emergenciais ao funcionamento da unidade, onde a avaliação será feita no período de experiência.

XII. Implantação em unidades que contemplem profissionais de carreira no município ou estado (cedidos), estes devem passar por uma avaliação de conhecimento e experiência de atuação no referido cargo, de acordo com diretrizes e perfil estabelecidos no PEC, para facilitar alocação nos quadros funcionais da unidade, aproveitando desta forma o colaboradores por meio do seu potencial profissional. Lembrando que todas as práticas de avaliação, treinamento e capacitação deverão ser desenvolvidas com estes profissionais.

XIII. Adequação dos processos frente a uma pandemia ou outro tipo de calamidade: Diante dessas situações os fluxos de alguns processos podem ser alterados/adequados, no intuito de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo. Como por exemplo entrevistas realizadas por vídeo chamada junto com a coordenação da área para que seja possível serem feitas perguntas técnicas (substitituindo a prova escrita) e perguntas comportamentais.

XIV. Processo seletivo em tempos de pandemia - Realização das etapas padronizadas do processo seletitvo por meio de contato telefônico e/ou vídeo chamada para evitar aglomeração com os canditados.

XV. Roteiro de entrevista técnicos de enfermagem - Em caso de processo seletivo para montagem do quadro reserva geral será utilizado um único roteiro de entrevista com todas as competências organizacionais e técnicas.

XVI. Aprovação de candidatos na prova técnica com nota inferior ao acordado na Política de RH - Em processos seletivos, dependendo da especificidade da vaga, prazo para contratação, número de candidatos, dentre outros motivos, poderão ser aprovados para a etapa de entrevistas, candidatos com nota menor que exigido na política (70%).

12. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição.

V. Siglas e Definições

PEC: Perfil Estruturado por Competências

RH: Recursos Humanos

SES: Secretaria de Estado e Saúde

Recrutamento: Compreende todos os procedimentos utilizados pelas instituições para divulgar suas vagas e atrair candidatos potencialmente qualificados a ocupar um cargo. É a maneira como as instituições comunicam e divulgam no mercado de recursos humanos suas ofertas de oportunidade de emprego.

Seleção: A seleção de pessoas é o processo que busca, dentre os vários candidatos recrutados, aqueles que são mais adequados aos cargos existentes nas organizações, visando manter ou aumentar a eficiência e o desempenho do pessoal, bem como a eficácia da organização, ou seja, preservar ou enriquecer o capital intelectual da organização (CHIAVENATO, 1999). Assim, o objetivo do processo de seleção de pessoal é escolher o candidato com melhores conhecimentos e habilidades para desempenhar determinada tarefa, de modo que a instituição possa ver o seu colaborador como peça valiosa na obtenção dos resultados almejados.

Entrevista: É uma conversação entre duas ou mais pessoas (o entrevistador e o entrevistado) em que perguntas são feitas pelo **entrevistador** para obter informação do entrevistado.

Feedback: Nada mais é que um retorno que o candidato tem da instituição/recrutador, seja ele positivo ou negativo de sua participação em um processo de seleção para uma oportunidade de trabalho.

Aprendiz: É um contrato de trabalho especial, ajustado por escrito e por prazo determinado, em que o empregador se compromete a assegurar ao maior de 14 e menor de 24 anos – inscrito em programa de Aprendizagem – formação técnico-profissional, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico. O Aprendiz, por sua vez, deve executar com comprometimento as tarefas necessárias a essa formação.

VI. Anexos

PRS HMTJ 045 - Treinamento e desenvolvimento de pessoal
PRS HMTJ 047_Anexo 5_Lista Presença Processos seletivos
PRS HMTJ 047_Anexo 6_Formulário Inscrição Colaborador Processo Seletivo Interno
PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno
PRS HMTJ 047_Anexo 12_Documentos Necessários para Admissão
PRS HMTJ 047_Anexo 16_ Minuta TI
PRS HMTJ 047_Anexo 17_ Formulário solicitação VT
PRS HMTJ 047_Anexo 22_ Modelo E-mail Agradecimento Participação Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 23_ Modelo E-mail Convite 1- etapa Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 24_ Modelo E-mail Convite 2- etapa Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 25_Termo de entrega de uniforme
PRS HMTJ 047_Anexo 26_Termo de entrega de crachá
PRS HMTJ 047_Anexo 26.1_Lista de entrega crachá de treinamento
PRS HMTJ 047_Anexo 28_Carta de Anuência de Ponto
PRS HMTJ 047_Anexo 30_Entrevista de Desligamento
PRS HMTJ 047_Anexo 30.1_Modelo Relatório Gerencial Entrevista de Desligamento
PRS HMTJ 047_Anexo 31_Planilha de Controle de Cadastro Admissões
PRS HMTJ 047_Anexo 32_Laudo Médico PCD
PRS HMTJ 047_Anexo 36_Recomendações para inicio de atividades laborais
PRS HMTJ 047_Anexo 36.1_Protocolo de Entrega de Orientações de Início de Atividades
PRS HMTJ 047_Anexo 37_Formulário Prova Processo Seletivo

PRS HMTJ 047_Anexo 40_Declaração de múltiplos vínculos

PRS HMTJ 047_Anexo 41_Declaração de encargos de Família para fins de Imposto de Renda

PRS HMTJ 047_Anexo 44_ Formulário de Contribuições para o sindicato

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

I. Objetivos

Gestão de pessoas por competências é um sistema para gerenciar os diferentes tipos de competências dos profissionais da organização. Esse modelo estabelece critérios claros para construção dos Perfis dos Cargos por Competências (antiga descrição de cargos), sendo assim, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

II. Materiais

Computador, Sistema GCPEC.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

A partir da iniciação do projeto, se estabelece junto com um Comitê Estratégico da instituição, a Metodologia de Avaliação de Desempenho para os cargos de Liderança e Operacionais e as ferramentas de Feedback, Planos de Desenvolvimento Individuais (PDIs).

O acesso ao sistema se dá por meio do endereço www.gcpecfatorrh.com.br/gcpec/Login. No campo usuário digite a sigla da empresa + o número do seu CPF sem traços, pontos e/ou espaços. Exemplo: usuário: hmtj12345678910. A senha no primeiro acesso é a data de nascimento no formato ddmmaaaa. Digite seu usuário, senha e clique em "Entrar", conforme Figura I.

Figura I

Após o login pela primeira vez, o sistema solicitará que você cadastre uma nova senha. O usuário permanecerá o mesmo. A nova senha pode conter letras e números. Devem ser cadastrados no mínimo 6 caracteres e não há limite máximo conforme Figura II.

Figura II

Depois de cadastrar uma nova senha o sistema abrirá a tela inicial do sistema, o qual a quantidade de ícones "abertos" irá se distinguir de usuário para usuário de acordo com perfil cadastrado pelo Recursos Humanos, conforme imagem a seguir.

Figura III

Ao clicar em qualquer ícone do sistema, este apresentará, no rodapé da página, submenus que reúnem funcionalidades (submenu de cor azul) e relatórios (submenu de cor laranja). O submenu na cor branca é o que está em uso, ou seja, a página que você está operando, conforme exemplo abaixo.

Figura IV

Como o GCPEC funciona diferente para cada tipo de perfil liderança (avaliador) ou operacional (avaliado), será demonstrado a seguir as funcionalidades relativas a cada perfil.

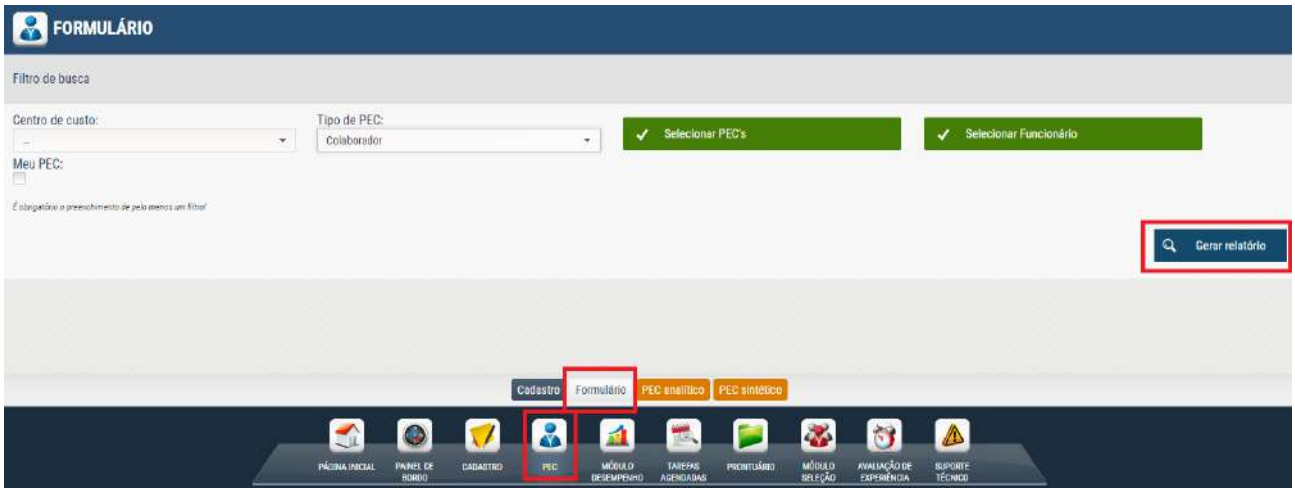
Manual do Avaliador (perfil de liderança)

PEC

No ícone PEC o avaliador poderá consultar o seu PEC e dos seus avaliados. Se desejar visualizar o seu PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Para visualizar o PEC de seus colaboradores, utilize os filtros para escolher de qual funcionário deseja visualizar, e clique em "Gerar Relatório", conforme Figura V.

Figura V



Avaliação de Experiência

O icone avaliação de experiência é onde o avaliador poderá fazer a avaliação de seu subordinado. Este modelo de avaliação se refere a 90 graus ao qual o gestor avalia seu liderado devido este estar em periodo de integração e adpatação do trabalho, não sendo assim plausível a autoavalição neste momento. O mesmo pode acesar por meio da aba de mesmo nome, clicando em avaliação, conforme Figura VI.

Figura VI

As avaliações de experiência na instituição são padronizadas, divididas em duas etapas, 45 e 90 dias. Em ambas as etapas a avaliação estará disponível com 10 dias de antecedência.

Nota[1] Em ambos períodos de avaliação, após o vencimento do prazo a avaliação expira não sendo possível sua realização, cabendo ao gestor realização de justificativa de pendência de avaliação de desempenho pelo FLUIG, bem como a realização de 1 feedback para cada competência essencial do cargo do colaborador.

Nota[2] A realização da avaliação pelo gestor deve ser feita em conjunto com o colaborador, cabendo o mesmo a validação ao término do processo.

Nota[3] A Realização da avaliação no GCPEC, não exime o gestor do cumprimento das demais atividades conforme etapa de avaliação descrita no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Nota[4] Mesmos nos casos em que o gestor optar pelo desligamento este deverá conduzir a avaliação no intuito de justificar sua decisão baseado na análise do desenvolvimento deste profissional em comparativo as competências relativas ao PEC. Nos casos que não for possível a validação do colaborador, este poderá optar pela opção de dispensar, ou preferencialmente optar pelo campo de registro de testemunha ao qual deverá colocar o dado relativo a mesma.

Avaliação

Nesse ícone o avaliador poderá fazer a sua autoavaliação e avaliar os seus colaboradores, bem como visualizar os relatórios de desempenho pessoal e de sua equipe.

1) Autoavaliação

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação, no rodapé da página você vai observar que há alguns botões azuis. Clique na opção autoavaliação e clique no botão , carregará a tela de avaliação contendo 02 páginas: primeira página com as Competências Essenciais e segunda página com as Competências Complementares.

Figura VII

2) Avaliação de Colaborador

Clique na opção Avaliação colaborador, selecione qual funcionário deseja avaliar e clique no botão "Avaliar". O sistema exibirá a tela de Avaliação para que as notas sejam atribuídas.

O processo de autoavaliação e de avaliação de colaboradores segue o padrão disposto a seguir com relação ao significado de cada cor:

1) **Azul** → "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.
2) **Verde** → O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.
3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.
4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.
5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

As competências e indicadores definidos pela Instituição estão divididas em duas categorias: Competências ESSENCIAIS e COMPLEMENTARES.

Competências ESSENCIAIS → São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competências COMPLEMENTARES → São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a Avaliação de Desempenho.

Embora os significados das cores, citados anteriormente, sejam os mesmos para ambas as categorias, a escala de notas é um pouco diferente, devido ao nível de exigência ser menor para as competências COMPLEMENTARES.

Figura VIII

Um "Avaliado" que atende 100% de um indicador de uma competência ESSENCIAL, deve receber a nota verde 8 e pode vir a receber a nota verde 9 em sua próxima avaliação de desempenho.

Para um funcionário que está sendo avaliado pela primeira vez, quando este atende plenamente um indicador, deve ser atribuída sempre a nota verde menor (8 para ESSENCIAIS e 7 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª ou 3ª Avaliação, caso o profissional mantenha o bom desempenho no mesmo indicador, ou seja, o bom desempenho é frequente (comparado ao histórico anterior de nota verde), então pode ser atribuída a nota verde mais alta.

Se o "Avaliado" atende parcialmente algum indicador, deverá ser atribuída a esse indicador uma nota amarela. Nesse caso, deve ser feita a seguinte análise: Se o "Avaliado" cumpre 60% ou menos do que está descrito no indicador, deve ser atribuída a nota amarela menor (6 para ESSENCIAS e 5 para COMPLEMENTARES). Entretanto, se o "Avaliado" cumpre mais do que 60% do indicador, então pode ser atribuída a nota amarela maior (7 para ESSENCIAS e 6 para COMPLEMENTARES).

Caso o "Avaliado" não faça nada do que está escrito em determinado indicador (0%), dentre as cinco opções de nota vermelha disponibilizadas (e quatro opções para Competências

COMPLEMENTARES), deve sempre ser atribuída a nota vermelha mais alta da escala (5 para ESSENCIAIS e 4 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª Avaliação, caso o profissional não apresente uma melhora no desempenho (Ex.: Não cumpriu seus planos de ação.), então a nota vermelha deverá cair pelo menos 01 Ponto... (para que o profissional perceba que há consequências).
Se o "Avaliado" faz mais do que está escrito no indicador (110%), ou seja, Supera as Expectativas (faz mais do que o esperado), então sua nota deverá ser Azul. Assim como as notas verdes, inicialmente deve ser atribuída a menor nota azul e a partir das demais avaliações, se necessário, aumentá-la (quando disponível).

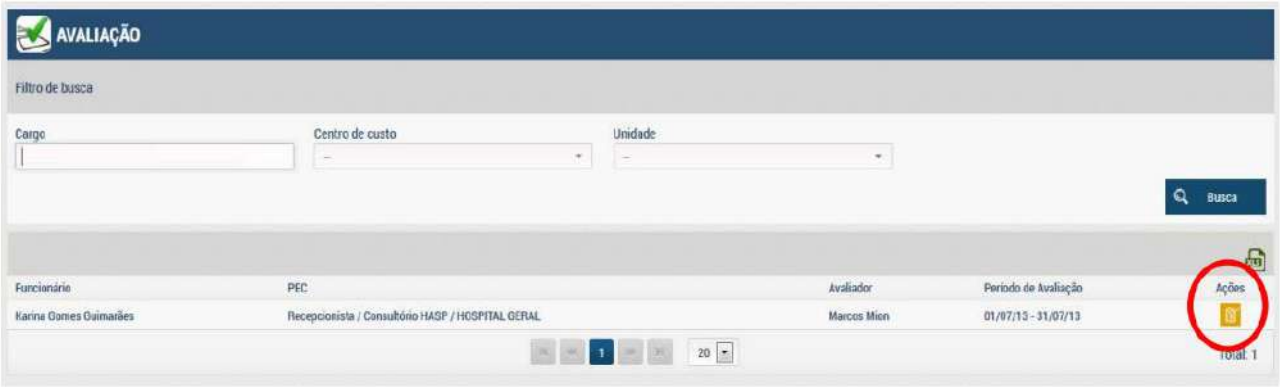
0 (Zero) não é considerado uma nota. Atribuir uma nota cinza significa somente que o indicador em questão não se aplica ao "Avaliado" e à Avaliação e, portanto, não será avaliado.

Notas cinzas também não são consideradas para os cálculos das médias a serem apresentadas nos relatórios.

Nota[5] Para ambas as notas, azuis e cinzas, é obrigatório o preenchimento de uma justificativa.

Nota[6] Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas. Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura IX



Iniciando a avaliação:

Leia atentamente as instruções da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua às notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá justificar essa escolha para que essa nota seja salva. Para notas iguais ou abaixo do PEC, as justificativas são opcionais. Se o indicador não se aplica ao cargo do colaborador, que você está avaliando, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

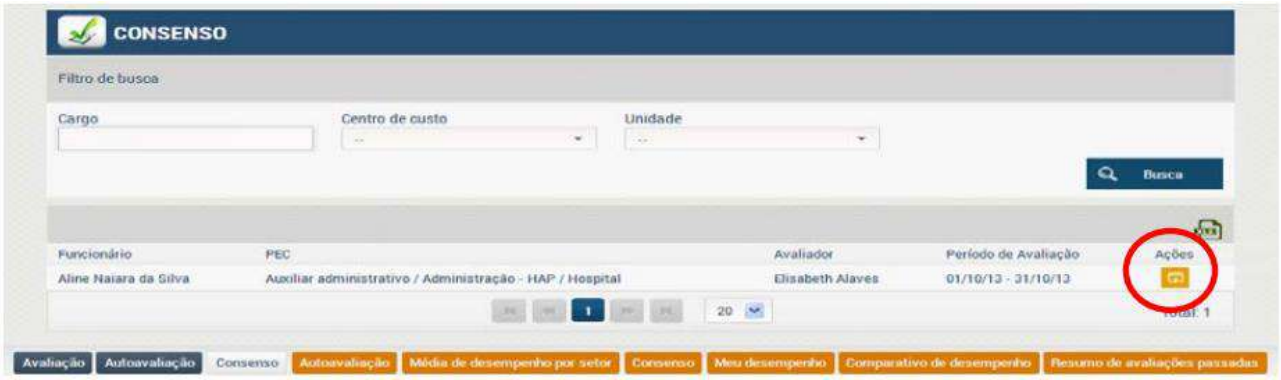
Regras:

- Só poderá ser avaliado o profissional que já tiver cumprido o " Tempo Mínimo " de ocupação do PEC atual (consulte o seu RH), e de vínculo a um mesmo líder, ou seja, alterá-lo de PEC ou de líder fará com que a avaliação só possa ser feita após esse " Tempo Mínimo" a contar da data da alteração.
- Um funcionário só poderá ser avaliado novamente após 12 meses da última avaliação.

3) Consenso

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação e clique na opção consenso, escolha de qual colaborador deseja realizar e clique no botão "Lançar".

Figura X



O sistema abrirá a tela de lançamento do consenso. Caso as notas dadas pelo avaliado e pelo avaliador sejam iguais, o sistema já trará a nota do consenso preenchida, embora passível de alteração.

Caso tenham sido lançadas justificativas durante o preenchimento da Avaliação ou Autoavaliação, ao passar o mouse sobre as notas o cursor deixará de exibir uma seta e passará a mostrar uma mão, indicando que ali há justificativa lançada. Basta clicar na nota e o sistema exibirá uma janela com o texto da Justificativa.

Sempre que a nota do consenso for inferior à nota exigida pelo PEC, o sistema exibirá um botão "+" abaixo da nota realizada consenso, indicando que é preciso lançar um plano de ação para a melhoria daquele indicador.

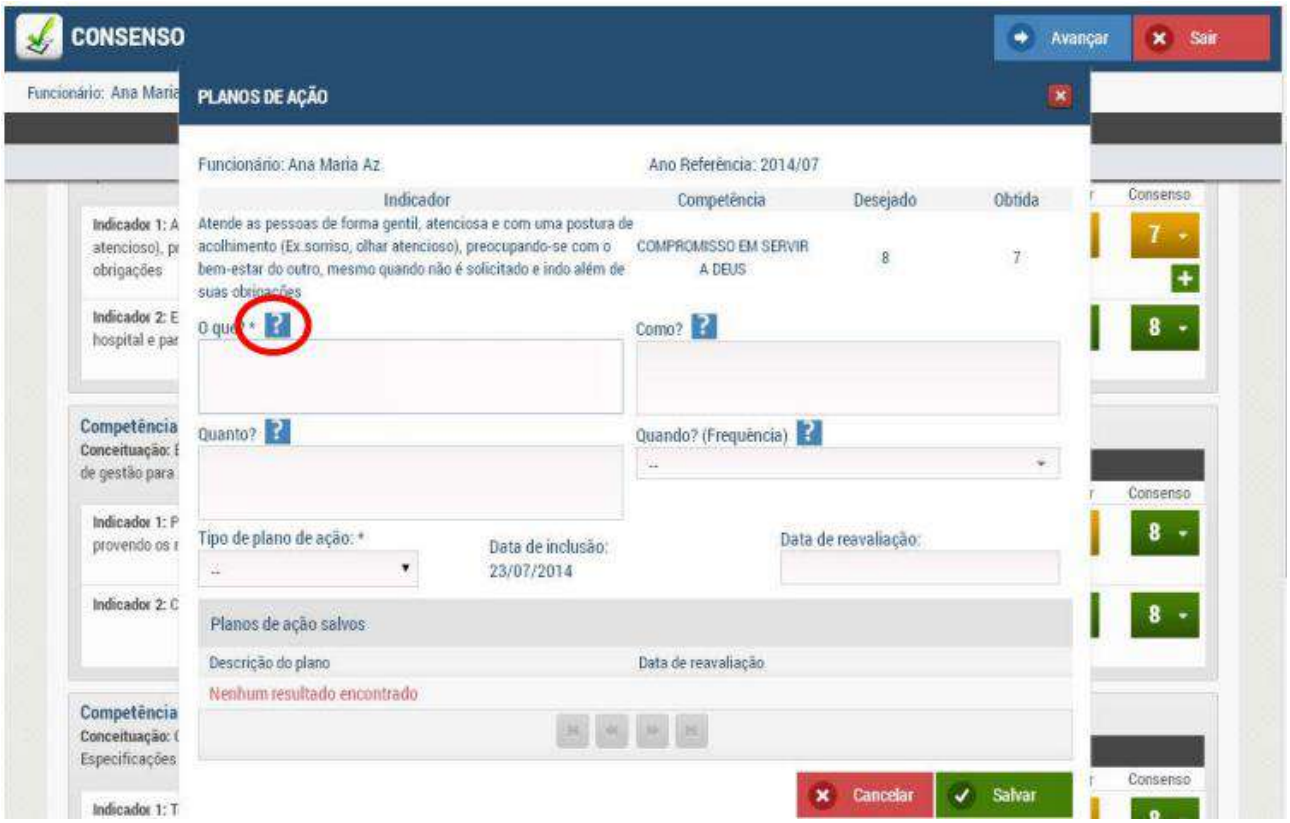
Figura XI

<u>* Para lançar um plano de ação:</u> clique no botão abaixo da nota consensada. O sistema abrirá uma tela para inclusão de plano de ação. Preencha os campos solicitados e clique em salvar.

Os campos com o símbolo "?" trazem orientações adicionais. Ao clicar sobre o símbolo, uma janela exibirá o que deve ser lançado no campo correspondente.

Não há uma quantidade mínima ou máxima de planos de ação a lançar; o que rege a criação de um plano de ação é o comum entendimento de que a ação planejada auxiliará o avaliado a reduzir ou sanar o gap apresentado em determinado indicador.

Figura XII



Importante! Ao inserir um plano de ação deve-se respeitar as seguintes regras:

- A data de reavaliação não pode ultrapassar 11 meses da data de inclusão;
- Após encerrado o consenso, o gestor só poderá alterar a data de reavaliação uma única vez.
- Uma vez salvo, o plano de ação não poderá ser excluído.

Finalizado o lançamento dos planos de ação você deverá clicar em concluir e o sistema trará a opção de escolher se quer associar as datas de reavaliação dos planos de ação à sua agenda.

Plano de Ação

O ícone Planos de Ação permite ao avaliador consultar os planos de ação já lançados ou inserir novos planos de ação após a conclusão do consenso. Além disso, é por meio desse ícone que o avaliador atualiza o status dos planos de ação de seus avaliados ou ainda prorroga o seu

cumprimento. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Planos de Ação.

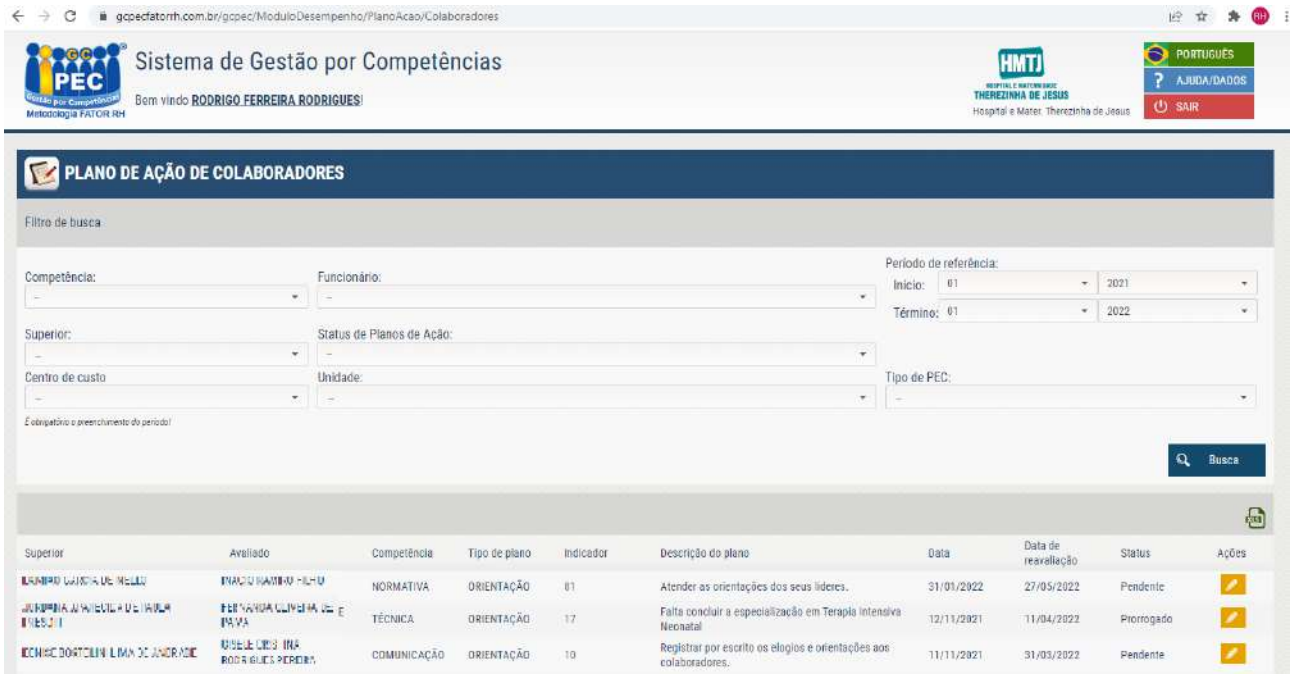
Consultar plano de ação: Ao clicar no ícone Plano de Ação o gestor terá duas opções:

Meus Planos de Ação → Nesta opção ele só consulta os seus planos de ação. Não tem acesso para realizar alterações).

Planos de Ação Colaboradores → Neste caso o sistema abrirá uma tela com todos os colaboradores desse avaliador. Nela ele poderá escolher de qual funcionário quer acessar os planos de ação.

O avaliador terá acesso para Consultar, Alterar e Incluir.

Figura XIII



*** Para inserir novo plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores e clicar em Adicionar. Selecione o colaborador e clique no botão Ação à frente do Indicador para o qual deseja incluir um novo plano de ação. A janela de inclusão aparecerá tal qual na tela de consenso. Preencha os campos solicitados e clique em Salvar

Importante! Um gestor só poderá inserir novo plano de ação para seu subordinado direto.

*** Para prorrogar um plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores, escolher o profissional cujo plano de ação será prorrogado e clicar no botão Ação. O sistema abrirá o plano de ação. Modifique o status para prorrogado e mande salvar. O plano será prorrogado por mais 30 dias.

Importante:

- A data de reavaliação pode ser prorrogada por mais 30 dias, desde que o plano de ação não conste como vencido.
- O avaliador receberá 03 e-mails de alerta de Planos de Ação:
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 10 de cada mês (alerta sobre o restante do mês);
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 25 de cada mês (alerta sobre o próximo mês);
  - Alerta de Plano de Ação Vencido: dia seguinte ao vencimento.
- Os planos de ação Vencidos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado.
- Os planos de ação de colaboradores desligados são automaticamente cancelados quando da atualização mensal do cadastro de funcionários.
- Caso o avaliado esteja afastado na data de reavaliação, o status dos seus planos de ação será automaticamente alterado para Suspenso, desde que o RH tenha efetuado a atualização mensal dos dados no sistema

Quando da ocorrência de vencimento do plano de ação, o avaliador deverá criar um feedback de elogio ou orientação para cada plano de ação vencido no sistema, conforme modelo a seguir:

1) Fato Ocorrido → NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO ANO: descrever o nome do plano de ação, assim como cadastrado no GCPEC no campo "o que?"

2) Compromisso Assumido → Descrever a forma que a ação deve ser realizada campo "como?"

3) Revisar em → Escolher um período de tempo de acordo com a necessidade para conclusão da ação.

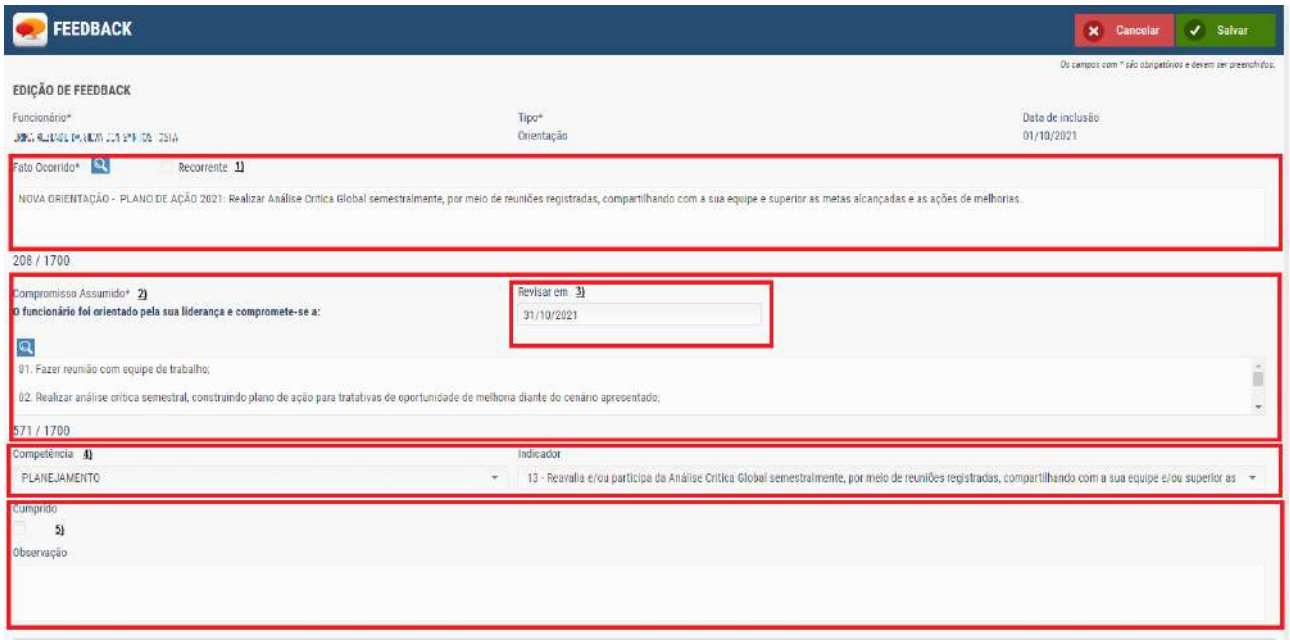
4) Competência e Indicador → Escolher **competência** de acordo com plano de ação traçado e incluir **indicador** que mais se adeque ao plano de ação.

5) Antes do término do prazo dado para revisão, cabe a coordenação entrar no feedback criado, relativo ao plano de ação, e assinalar se os fatos acima foram ou não cumpridos. No campo observação, o líder deve preencher com as evidências que demonstre tal conclusão.

Nota[7] Os dados dentro do campo feedback só poderão ser atualizados antes da data da reavaliação, após o data o sistema bloqueia.

Nota[8] Caso a liderança perca o prazo, a mesma deverá criar um novo feedback de elogio se as ações foram cumpridas ou de orientação descrevendo novo período para reavaliação.

Figura XIV



Feedback

O ícone Feedback permite ao gestor consultar os feedbacks já lançados ou inserir novos feedbacks para seus subordinados diretos. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Feedback.

1) Meus Feedbacks

Para consultar os feedbacks recebidos: o gestor tem a opção de consultar os próprios feedbacks. É só clicar no submenu Meus Feedbacks. Defina o período que deseja pesquisar e clique em Busca.

Figura XV

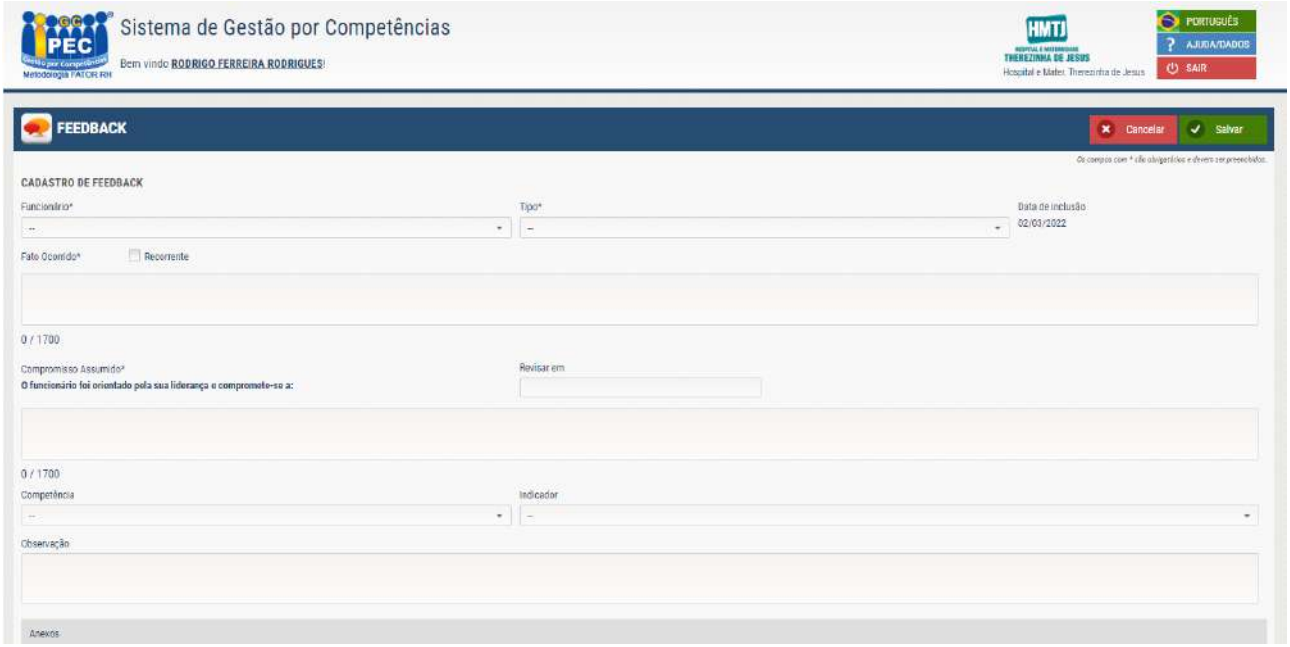
A tela carregará a lista de todos os feedbacks recebidos com sua respectiva descrição. Para visualizar mais detalhes, clique no botão de consulta . Lembre-se que não é possível editar os próprios feedbacks.

2) Feedbacks de colaboradores

Para consultar feedbacks atribuídos a qualquer profissional da instituição: clique no submenu Feedback de Colaboradores faça a busca conforme os filtros escolhidos. O sistema exibirá todos os feedbacks registrados com as respectivas descrições.

Para inserir um feedback para um colaborador: clique no botão Adicionar nessa mesma tela. O sistema abrirá a tela de Cadastro de Feedback. Preencha os campos e clique em Salvar.

Figura XVI



Importante: Se o feedback cadastrado foi do tipo com advertência ou suspensão, o sistema mostrará na tela uma mensagem para o Gestor informando que deve ser impresso o formulário de Registro de Feedback para ser assinado e encaminhado para a área de RH/DP para as providências legais pertinentes.

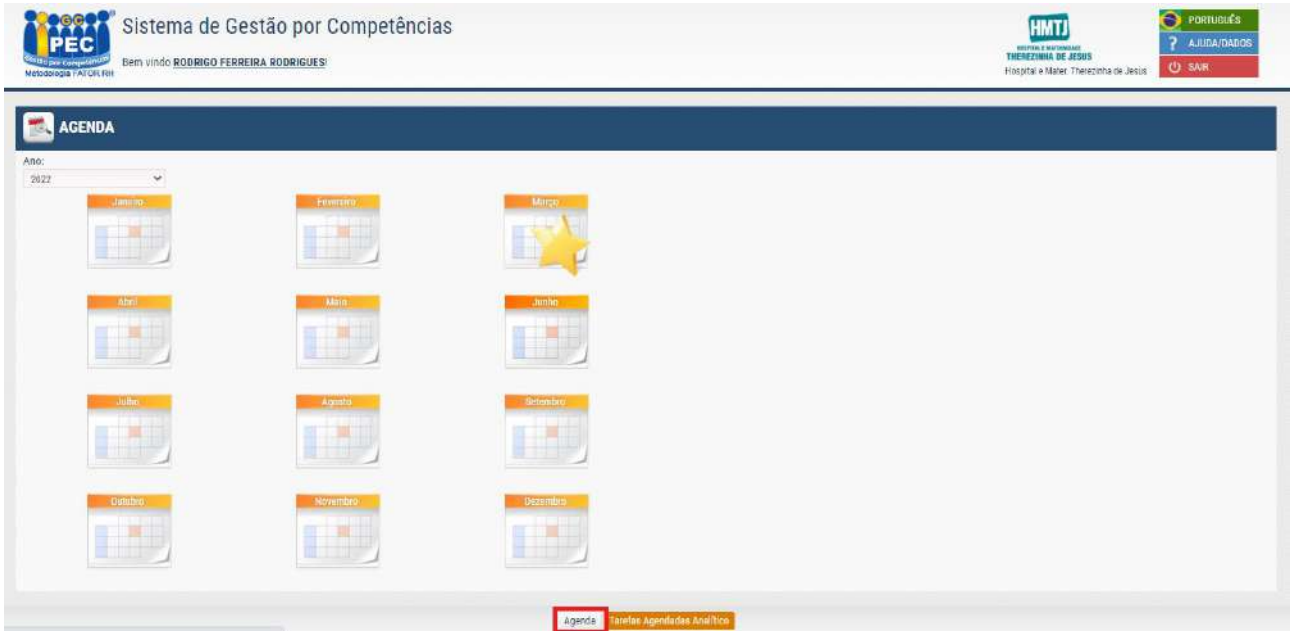
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao gestor visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação;
- Período de Avaliação de Subordinados;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação de Colaboradores.

Figura XVII



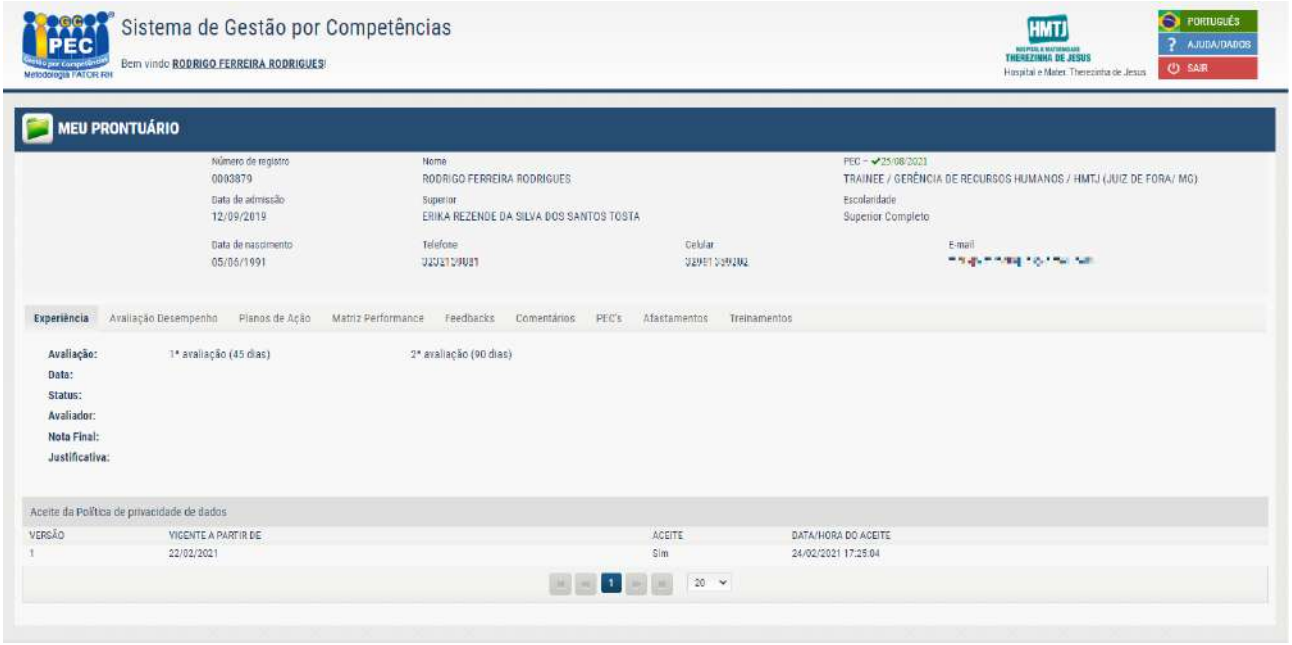
Prontuário

No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações e de seus avaliados.

1) Meu prontuário

Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

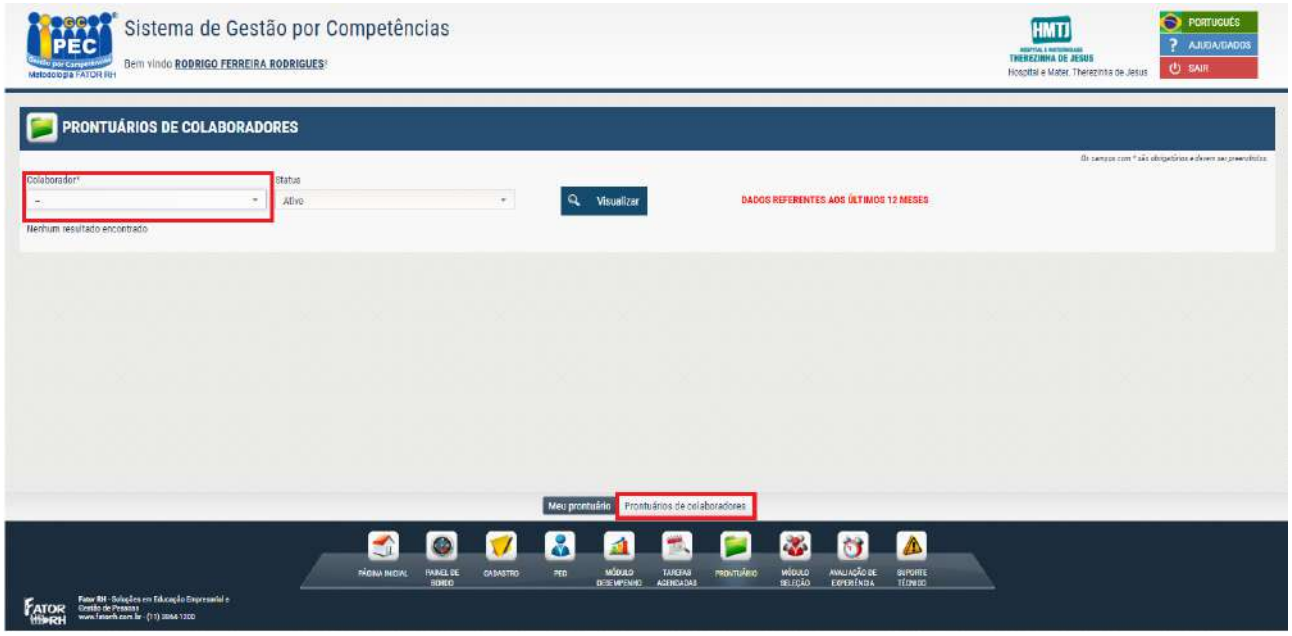
Figura XVIII



2) Prontuário de colaboradores

Clique na opção "Prontuários de colaboradores", escolha no filtro "Colaborador" de qual funcionário deseja visualizar o prontuário, e clique no botão "Visualizar".

Figura XIX



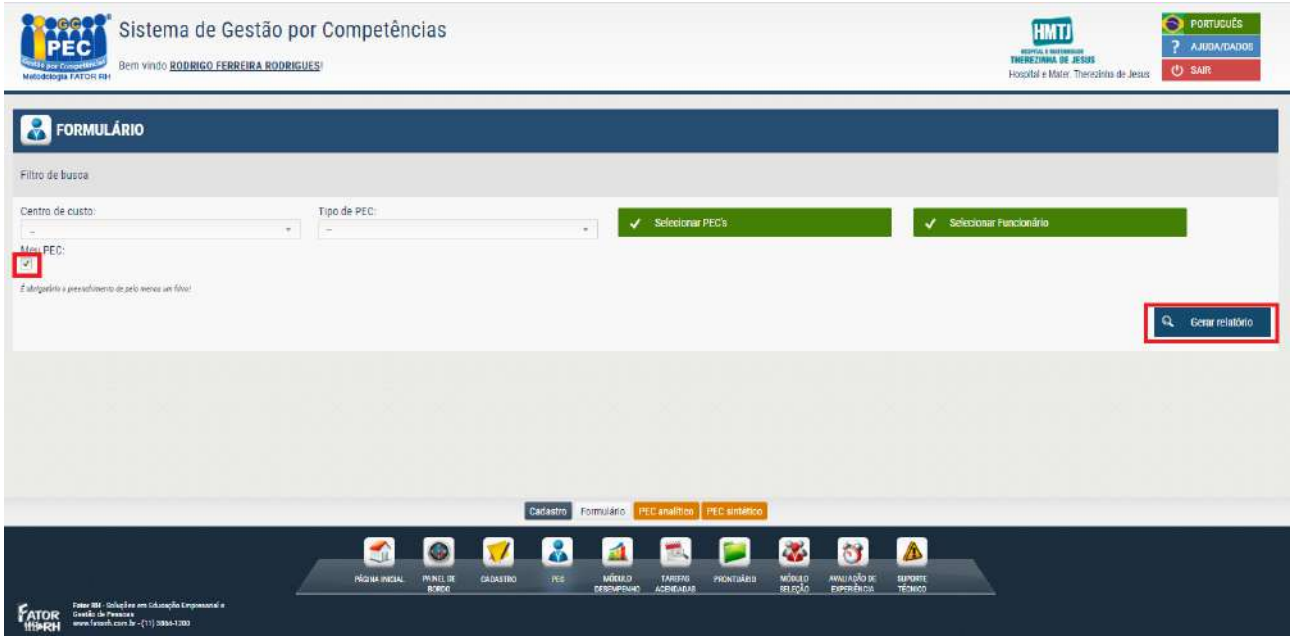
Manual do Avaliado (perfil de colaborador)

PEC

No ícone PEC o colaborador poderá consultar o seu PEC.

Clique em PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Figura XX



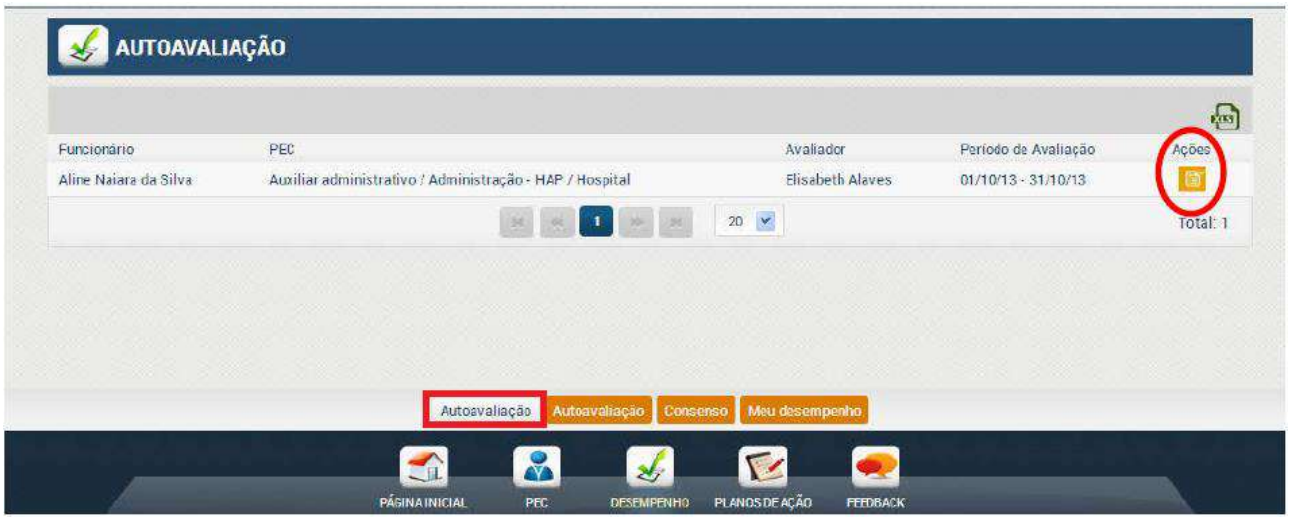
O sistema exibirá o relatório na mesma tela. Se desejar exportar, escolha para qual versão quer exportar e clique no botão verde "Exportar".

Avaliação

Nesse ícone o avaliado poderá realizar a sua autoavaliação.

Para fazer a autoavaliação → O avaliado deve clicar no ícone avaliação, escolher a opção autoavaliação no botão azul na parte inferior da tela e clicar no botão "Ações".

Figura XXI



Iniciando a autoavaliação:

Leia atentamente as informações da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o exercício do seu cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua as notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá obrigatoriamente que justificar sua escolha. A nota só será salva depois que a justificativa for preenchida. Se sua nota for igual ou inferior a nota do PEC, a justificativa é opcional. Se o indicador não se aplica ao seu cargo, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Para navegar pelas páginas 01 e 02 da sua autoavaliação, utilize os botões "Avançar" e "Voltar".

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura XXII

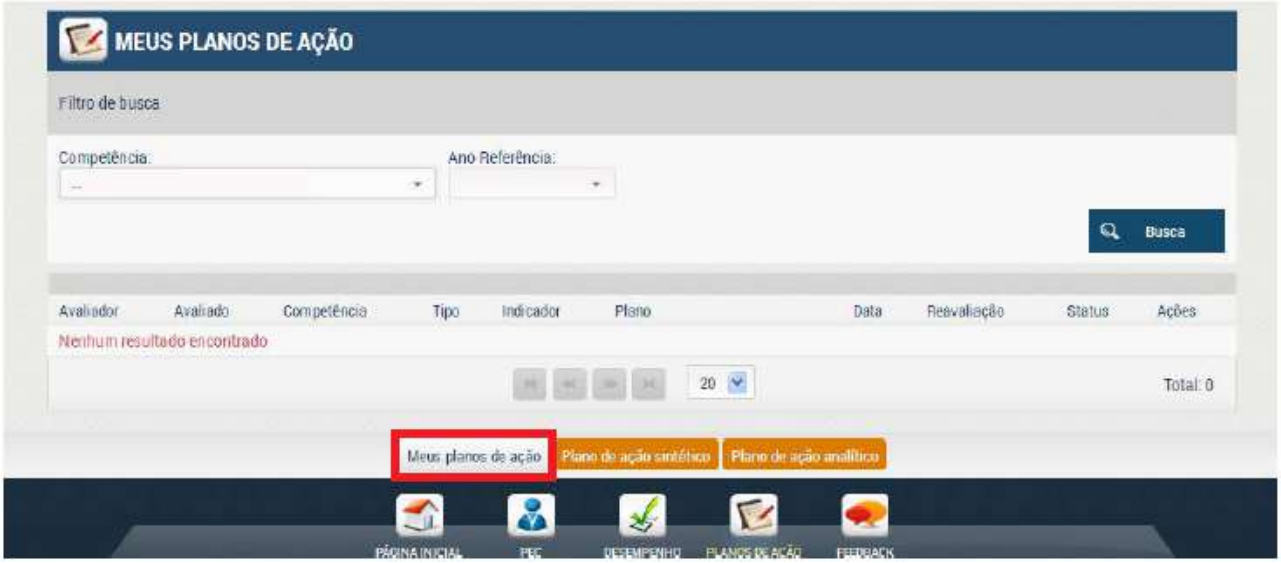
Plano de Ação

Nesse ícone o avaliado poderá consultar os seus planos de ação e os relatórios de plano de ação sintético e analítico.

Clique no ícone Plano de Ação, escolha qual filtro de busca deseja utilizar para visualizar os seus planos de ação e clique no botão "Busca".

Para visualizar os relatórios, clique no relatório que deseja visualizar, selecione um filtro de busca para agilizar a sua escolha e clique em "Gerar relatório".

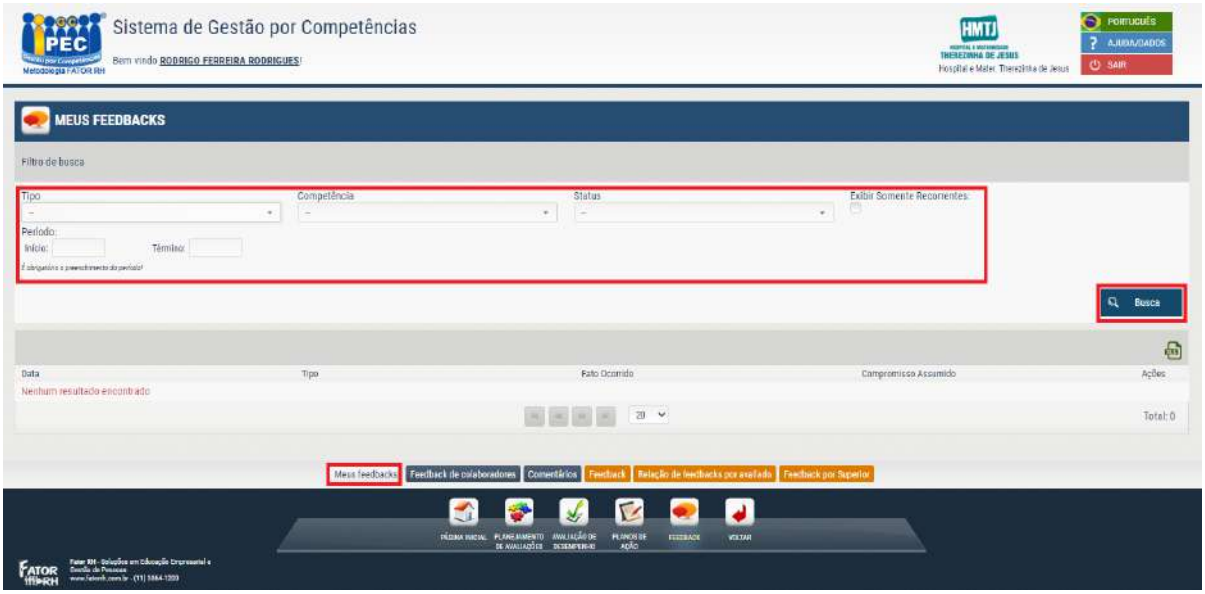
Figura XXIII



Feedback

No ícone Feedback o avaliado poderá consultar os seus Feedbacks. Clique no ícone feedback, escolha o filtro desejado e clique no botão "Busca", aparecerá todos os seus feedbacks recebidos, de acordo com o filtro escolhido.

Figura XXIV



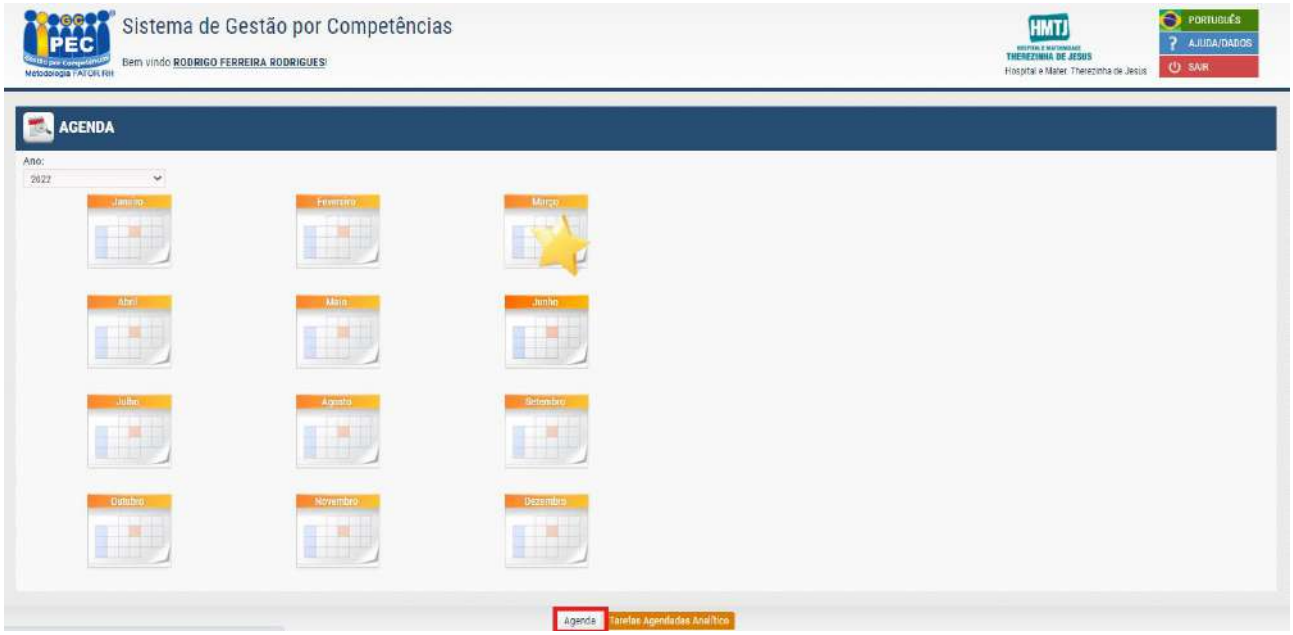
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao avaliado visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio

Figura XXV

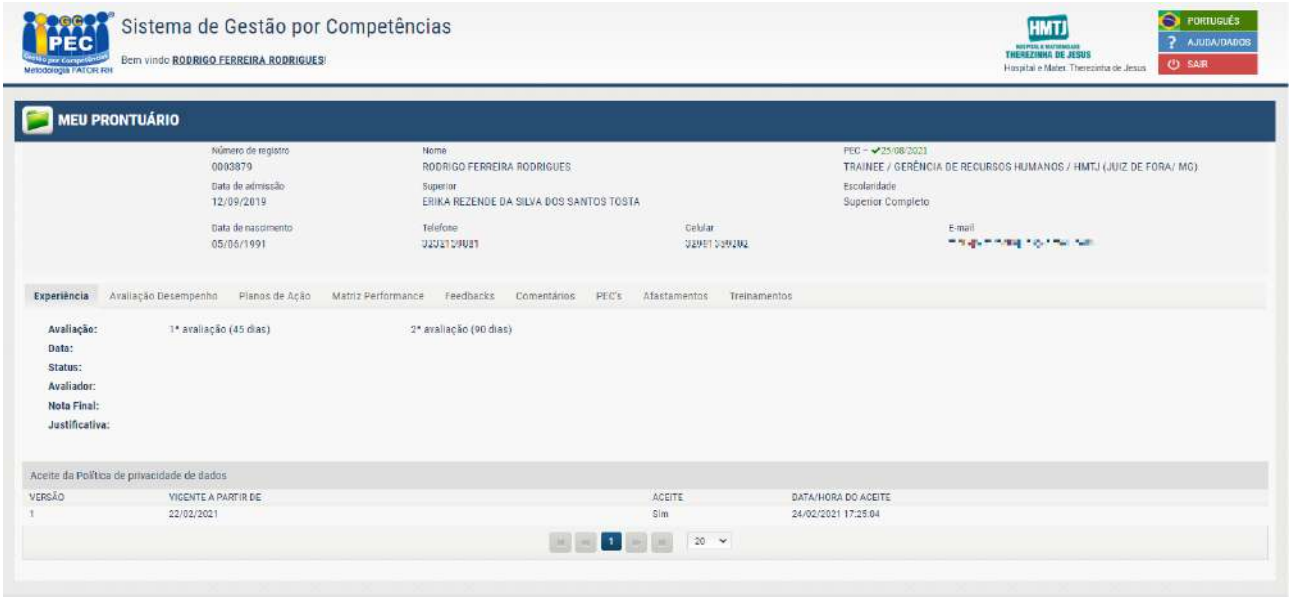


Prontuário

No ícone prontuário o avaliado terá a acesso as todas as suas informações.

Meu Prontuário → Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XXVI



Nota[9] Os processos relativos a consulta e registro de feedback, comentários e planos de ação, também podem ser feitos por meio do aplicativo "GCPEC" disponível nas plataformas Android e iOS.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

I. **Avaliação de Desempenho por Competências (Anual) - Meta: 80%** - dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria) / Ruim.

II. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas (Mensal) - Meta: 80% -** nos processos descritos pelo indicador.

III. **Avaliação de experiência dos colaboradores - Meta 100% -** dos profissionais avaliados no período correto.

IV. **Cumprimento dos Planos de ação - Meta 100% -** dos planos de ações dos colaboradores cumpridos.

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. **Não realização da avaliação no período de experiência** → Caso a liderança imediata não realize a avaliação de experiência do colaborador, cabe a mesma a realização de 4 feedbacks (1 para cada competência essencial), afim de apresentar um retorno ao colaborador sobre seu desempenho nas competências essenciais para o desempenho de sua função.

II. **Não realização da avaliação de desempenho anual** → Somente é permitido prorrogar uma avaliação de desempenho uma vez e por 30 dias. Se o consenso não foi concluído e o período se encerrou, todas as avaliações serão excluídas do sistema e o RH programará uma nova data para que o Avaliador e "Avaliado" façam novamente todo o processo de avaliação.

III. **Não cumprimento do plano de ação no prazo** → Para acompanhamento dos planos de ação, o gestor poderá controlar por meio do ícone Plano de ação ou em feedbacks. O RH realiza o controle do cumprimento dos planos de ações, após vencidos os mesmos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado. **Observação:** Caso o plano de ação vença, cabe a liderança direta a criação de um feedback ou de elogio ou de orientação, dependendo do desempenho, tendo como fato ocorrido, a descrição do plano de ação e o compromisso assumido a descrição dos fatos para acompanhamento.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que surgirem atualizações nos processos da plataforma GCPEC que impactem os usuários.

V. Siglas e Definições

DP - Departamento pessoal
GCPEC - Sistema de gestão por Competências
PDI - Planos de Desenvolvimento Individuais
PEC - Perfil Estruturado por Competências

RH - Recursos humanos

VI. Anexos

Manual de avaliação avaliador e avaliado

Guia rápido de acesso GCPEC

VII. Referências

Manual de gestão por competências para líderes.

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Processos do Departamento De Pessoal			
Responsável: Gestores e Coordenadores dos setores	**Código:** PRS HMTJ 233	**Revisão:** 01	**Data:** 06/04/2022

I. Objetivos

Disseminar o processo do Departamento De Pessoal, melhorar o desempenho dos processos internos que serão abordados abaixo e desenvolver estratégias para alinhar junto às unidades aos objetivos da organização.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

1. DESCRIÇÃO

1.1. O Departamento De Pessoal é parte integrante de uma estrutura organizacional de todas as empresas. Um setor que lida, exclusivamente, com todos os processos burocráticos no que diz respeito aos funcionários, onde suas principais responsabilidades são: contratação, administração do cadastro, desligamentos, férias, concessão de licenças, afastamento médico, 13° salário, folha de pagamento entre outros.

1.2. Cuida exclusivamente, neste caso, de números e arquivos. O D.P é o “Departamento responsável pela administração de todos os procedimentos que envolvam os empregados, por fazer cumprir a legislação trabalhista e, de certa maneira, o setor que serve como termômetro em uma escala inversamente proporcional para o setor jurídico. Ou seja, quanto melhor definido os processos dentro do Departamento De Pessoal, menor o número de processos impostos pelos ex-funcionários.

1.3. Sendo assim, este setor traz a organização, uma economia em suas despesas. Em geral, é o setor que administra 60% do custo total da empresa. Com a complexidade da legislação, é necessário que os funcionários de tal departamento, estejam sempre atualizados e informados sobre assuntos que envolvam este setor, como, por exemplo, admissão e desligamento, sendo um dos assuntos mais simples, ou até mesmo em assuntos mais complexos, para que a rotina do departamento seja executada corretamente.

1.4. O Departamento De Pessoal, em regra, é dividido em três macros processos: Admissão, Direitos Trabalhistas e Desligamento. O processo de Admissão tem por função efetuar o registro de acordo com as

conformidades da legislação do trabalho. Hoje, na OSS HMTJ, por decisão da direção atual o processo admissional é conduzido pelo RH, sendo o DP responsável pelo arquivamento e atualização dos dossiês.

1.5. O Direito Trabalhista constitui por toda a parte que envolve os direitos do trabalhador e os deveres da empresa, desde a sua integração. Controla todo o fluxo de frequência, as médias de férias, a proporcionalidade do 13º salário, as médias dos adicionais noturnos, insalubridades, periculosidades, os benefícios, as rescisões, os envios das informações trabalhistas para o Governo Federal além dos pagamentos de taxas, impostos e contribuições.

1.6. O processo rescisório cuida de toda atividade relativa aos desligamentos e rescisão do contrato de trabalho dos funcionários. Além de ser responsável por todos os direitos trabalhistas junto aos sindicatos e das leis previstas na CLT, Portarias, Medidas Provisórias e jurisprudências dos Tribunais Superiores. Sendo assim, vemos claramente a importância em se ter a implantação do Departamento De Pessoal nas organizações, pelo fato de agilizar os processos burocráticos internos na relação entre empregado e empregador, mantendo essa relação trabalhista de acordo com todas as leis vigentes, direcionando a organização ao alcance de todas as exigências impostas a ela.

2. ADMISSÃO

Toda admissão deve ser feita de 01 a 20 de cada mês pelo RH.

3. CONTROLE DE PRESENÇA

Todos os colaboradores devem ter sua frequência ao trabalho registrado através do ponto biométrico ou folha manual para casos **extraordinários**. O ponto deve ser registrado pelo próprio funcionário, onde deve ser registrado no início do expediente, início e final de intervalo para almoço/janta, e final no expediente. A ausência de marcação no ponto sem justificativa implicará no salário, sendo considerada falta ao trabalho, desconto em folha de pagamento e advertência por escrito. Em caso de troca ou substituição, o ponto deverá ser registrado normalmente pelo colaborador que estará trabalhando e a solicitação de troca ser previamente solicitada à chefia imediata através do FLUIG e enviado ao D.P no prazo de 48h de antecedência**. O período de apuração do ponto vai do dia 01 ao dia 30**, onde neste período são apuradas as faltas justificadas e injustificadas, atrasos, trocas, extras, adicionais e substituições que serão lançados em folha. Todo ajuste de marcação será inicialmente tratado pela **chefia imediata** dentro do período pré-estabelecido, e **impreterivelmente liberado ao DP até o dia 1º do mês subsequente**. Caso o colaborador tenha algum problema em sua biometria, impossibilitando sua marcação de ponto no relógio biométrico, o mesmo deverá apresentar no D.P um laudo médico dermatológico onde conste sua impossibilidade na marcação da biometria. Neste caso o ponto, todavia, será registrado através de Folha de Ponto Manual e ao final do período, o mesmo deverá ser entregue no D.P devidamente preenchido e assinado pelo colaborador e seu coordenador. A ausência de entrega da Folha de Ponto Manual no D.P ao

final do período ou com preenchimento incorreto, implicará no salário sendo considerada falta ao trabalho e gerando desconto em folha de pagamento.

4. BENEFÍCIOS

A compra do VT, VA e VR será efetuada no máximo até o dia 22 de cada mês porque os benefícios deverão estar disponíveis até o dia 1º de cada mês. A empresa concede o benefício do vale transporte ao funcionário para locomoção entre residência x trabalho x residência, somente. O funcionário optante pelo recebimento do benefício participará dos gastos de seu deslocamento com desconto em seu salário no percentual de 6%. O vale transporte é concedido ao funcionário que optar pelo recebimento através do preenchimento do documento de opção de transporte fornecido pelo RH na admissão ou, em qualquer momento posterior, no D.P. Sua disponibilização é feita através do cartão magnético e seu uso é **pessoal e intransferível**. Observando que o uso indevido poderá acarretar penalidade conforme legislação. O uso e conservação do cartão é responsabilidade de cada um. E sua inteira responsabilidade locomover-se para residência X trabalho X residência, apenas. Em caso de ausência do cartão por perda, roubo ou avaria o funcionário deverá solicitar outro cartão no D.P. A 1ª via o cartão não tem custo algum para o colaborador, já a emissão da 2ª via em diante tem um custo de aproximadamente R$ 27,00 a depender de cada região. Sendo descontado de seu salário na folha de pagamento do mês seguinte.

O Vale Alimentação e o Vale Refeição são comprados e fornecidos nos mesmos moldes do VT, nas mesmas datas citadas acima e somente para as regiões onde existem acordos coletivos ou convenções coletivas que os regule e delimite os valores a serem pagos. Nesses casos não existe desconto na folha de pagamento para o fornecimento do benefício e também não são considerados como cálculo ou médias salariais.

Os benefícios são disponibilizados no cartão magnético do colaborador até o 1º dia útil do mês.

5. FOLHA DE PAGAMENTO

O pagamento de salário é feito mensalmente até o 5º dia útil do mês.

6. FÉRIAS

O Departamento De Pessoal central envia às coordenações a provisão anual de férias dos funcionários informando a data inicial e a data limite de gozo de férias. As coordenações fazem toda a programação anual de férias da sua equipe e envia, através do FLUIG, para o Departamento De Pessoal central até o dia 20 do mês de dezembro do ano anterior. Caso haja alguma alteração de programação das férias ao longo do ano, o coordenador responsável deverá enviar até o dia 10 do mês anterior. Isso se faz necessário porque o Aviso de Férias deve ser assinado com 30 dias que antecede o início do gozo. Antes de autorizadas as férias, no próprio sistema FLUIG, é verificada pendências com o SESMT que analisa junto ao setor se o ASO e o cartão de vacinação estão em dia, etc. Caso tenha alguma pendência, o funcionário

terá 48 horas para resolvê-la, caso contrário, às férias estarão suspensas. Com a listagem final de férias liberadas, o Departamento De Pessoal cadastra as férias no Sistema RM, emite o Recibo e Aviso das férias para que o funcionário as assine com 30 dias de antecedência. Emitirá também o líquido de férias e arquivo bancário para o financeiro.

Prazo para pagamento de férias: 02 dias antes do início do gozo.

7. DESLIGAMENTOS

7.1. Pedido de Demissão: O colaborador comparece ao D.P da unidade, faz uma carta escrita a próprio punho informando que à partir daquela data está solicitando o desligamento da empresa e opta por cumprir ou não o aviso prévio. O D.P da unidade envia as informações, via FLUIG, sobre o detalhamento da demissão para a CSC JF e a carta original é arquivada dentro da documentação do colaborador desligado na unidade. Após o cálculo da rescisão, a CSC JF envia os documentos pertinentes à rescisão, via FLUIG, para o D.P da unidade solicitante. Os mesmos serão impressos, carimbados, assinados e homologados em sindicato ou no próprio D.P, dependendo do caso. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

7.2. Dispensa por Iniciativa do Empregador: As demissões por iniciativa da empresa devem ser solicitadas a CSC JF através do FLUIG para saber se há possibilidade financeira e estratégica. Sendo aprovada e após ter sido comunicado da demissão, o colaborador comparece ao D.P da unidade para ser orientado em relação ao cumprimento do aviso e prazos. É feito a marcação de exame demissional, devolução de uniforme e crachá. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

V. Siglas e Definições

CSC JF – Central de Serviços Compartilhados de Juiz de Fora

CTPS – Carteira de Trabalho Previdência Social

TRCT – Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho

DP – Departamento Pessoal MP – Movimentação de Pessoal

RH – Recursos Humanos

TRCT – Termo Rescisório de Contrato de Trabalho

VT – Vale Transporte

VA – Vale Alimentação

VR – Vale Refeição

OSS HMTJ – Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FLUIG – Sistema interno usado pela instiuição

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

Controlar de forma eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

O registro eletrônico do ponto tem por finalidade controlar de forma mais funcional e eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição, conforme legislação, Acordo ou Convenção Coletiva. A precisão destas informações possibilita a elaboração da folha de pagamento.

O registrador do ponto eletrônico tem como principais requisitos:

a. Finalidade exclusiva e intransferível em registrar a marcação do ponto pelo funcionário;
b. Possuir memória das marcações de ponto que não possa ser alterada ou apagada;
c. Emitir comprovante a cada marcação efetuada pelo funcionário;
d. Não possuir mecanismo que permita marcações automáticas ou restrições às marcações;
e. Registrar as entradas e saídas dos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição;
f. Cumprir a legislação do MTE.

O funcionário tem a obrigatoriedade de realizar 04 marcações por plantão/dia no relógio biométrico: (1) Início do Trabalho; (2) Saída para o Intervalo; (3) Retorno do Intervalo; (4) Saída do Trabalho.

- A tolerância diária é de até 10 (dez) minutos conforme legislação. Ou seja, 05 (cinco) minutos antes e 05 (cinco) minutos após o horário normal de trabalho do funcionário. Ressaltando que o funcionário deverá respeitar o intervalo intra jornada não podendo realizar descanso menor do que o estabelecido.

Intra jornada - são as pausas dentro da jornada diária de trabalho para o repouso e alimentação do trabalhador.
I – Em qualquer trabalho contínuo cuja duração ultrapasse 06 horas é obrigatória a concessão de intervalo de no mínimo 30 (trinta) minutos e no máximo 02 (duas) horas.
II – Não excedendo 06 horas será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos quando a duração ultrapassar 04 horas.

Inter jornada – é o período de descanso devido ao empregado em razão do trabalho realizado entre um dia e o outro dia. CLT art. 66 – Entre 02 (duas) jornadas de trabalho deve haver um período mínimo de 11 (onze) horas consecutivas de descanso.

A OSS HMTJ estabelece o intervalo de 01 (uma) hora para descanso e refeição

- A ausência de qualquer uma das 04 marcações constitui falta grave restando a chefia imediata o dever de aplicar medidas disciplinares cabíveis como advertência escrita e/ou suspensão de acordo com a rotina já estabelecida e difundida na Instituição (lembrando: 03 Advertências - 02 Suspensões – 01Justa Causa).

A ausência de marcação para fins de advertência/suspensão será avaliada por dia:

Ex1. O funcionário deixou de realizar a marcação quando retornou do intervalo e nesse dia teve o total de apenas 03 marcações;
Ex2. O funcionário deixou de realizar a marcação na entrada do trabalho, no retorno do intervalo e na saída do trabalho, tendo nesse dia o total de apenas 01 marcação.

Tanto no exemplo 01 quanto no exemplo 02 o número de advertência para ambos será o mesmo, ou seja, 01 única advertência para cada funcionário, porque o número de ausência de marcação no dia é indiferente. O que vai contar na quantidade de advertência/suspensão a ser aplicada são os dias que não tiveram as marcações corretas e não a quantidade de batida.

Portanto, o correto a ser aplicado:

Ex1. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 03 dias que ele não marcou qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências.
Ex2. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 04 dias que ele deixou de marcar qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências e 01 suspensão de imediato.

Por isso que é importante que as marcações sejam tratadas e avaliadas semanalmente pela liderança até o dia 27 de cada mês. E nos dias 28/29/30 que seja tratado diariamente, pois no dia 1º o Departamento De Pessoal precisará iniciar o processo da folha de pagamento. Em regra, para os demais casos as advertências/suspensões são aplicadas de imediato por orientação do jurídico. Especificamente para o Ponto Eletrônico por entender que o tratamento em sua maioria é semanal, as advertências/suspensões serão aplicadas imediatamente após a verificação, pela chefia, tendo seu efeito retroativo válido.

- A validação das marcações pelos gestores e aplicação da advertência/suspensão deverá ser semanal.
- O funcionário tem o dever de registrar o ponto uniformizado.
- É proibido o trabalho dentro da unidade sem a devida marcação no ponto biométrico.
- É proibido iniciar a alimentação no refeitório sem registrar a segunda batida do dia.
- É proibido realizar horas extraordinárias (para os administrativos e assistenciais não médicos) sem a devida autorização prévia, através do FLUIG, pelo diretor da unidade.
- Em nenhuma hipótese o chefe de equipe poderá obrigar o funcionário a registrar o ponto de saída e retornar ao trabalho.
- É vedada a compensação de horas extras pela chefia sem a prévia autorização da Instituição.
- O banco de horas só pode ser utilizado quando integrado de forma automatizada. Não pode cada chefia utilizar planilhas avulsas para fazer a compensação dentro do RM. Existem regras a serem estabelecidas antes de iniciar qualquer tipo de compensação.
- **Nas unidades que existirem banco de horas poderá ser realizado**

As faltas justificadas são aquelas em que o trabalhador pode deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo no salário. Para isso é necessário a comprovação da ausência no SESMT, no prazo de até 48 horas após o fato ocorrido. São consideradas:

Código	Descrição	Disponível no RM Portal
01	ATESTADO MEDICO	✓
02	ATESTADO DE OBITO	✓
03	DOAÇÃO DE SANGUE	✓
04	AFASTAMENTO SERVIÇO MILITAR	✓
05	ABONO COMP. JUIZO	✓
06	ABONO EMP. SINDICAL	✓
07	ABONO VESTIBULAR	✓
08	SAIDA POS GRADUAÇAO	✓
09	CONCURSO PUBLICO	✓
10	FOLGA ACORDO COLETIVO	✓
11	RETORNO FERIAS	✓
12	LICENÇA AMAMENT/RED. JORN...	✓
13	CONGRESSO	✓
14	LICENÇA CASAMENTO	✓
15	LICENÇA ELEITORAL	✓
16	REDUÇÃO. JORN. AVISO PRÉVIO	✓
17	LICENÇA PATERNIDADE	✓
23	TROCA DE HORARIO	✓
25	TROCA DE PLANTAO	✓
27	REUNIÃO EXTERNA	✓
28	PONTO MANUAL	✓
29	CURSO JOVEM APRENDIZ	✓
30	DECLARAÇAO DE COMPARECI...	✓
31	SUSPENSÃO	✓
32	COMPENSAÇÃO BANCO DE HO...	✓

As faltas **NÃO** justificadas, ou seja, aquelas descontadas em folha de pagamento que influenciam no período de gozo das férias. Serão consideradas as faltas injustificadas ocorridas no período aquisitivo de férias do colaborador, observado a tabela abaixo conforme as faltas no período:

Dias de gozo de férias	Faltas injustificadas no período aquisitivo
30 dias	Até 5 faltas
24 dias	De 6 a 14 faltas
18 dias	De 15 a 23 faltas
12 dias	De 24 a 32 faltas

O colaborador que faltar sem justificativa por mais de 32 dias dentro de período aquisitivo perderá o direito de gozo de férias conforme legislação trabalhista.

- Qualquer mudança de horário deverá ser comunicada ao D.P, através do FLUIG, com o prazo de no mínimo 24h anterior a solicitação para as devidas alterações. Sendo necessário informar a data da mudança e o novo horário a ser realizado. Aqueles funcionários que solicitarem a mudança de horário por interesse próprio recomenda-se que seja solicitado por escrito a chefia da unidade, desde que tal solicitação atenda a demanda da Instituição.
- O tratamento do ponto é realizado pelas chefias no programa de automação de ponto RM TOTVS.
- O período do ponto é do dia 01 ao dia 30 do mês.
- Só é permitida até 02 (duas) trocas dentro do mesmo período através de formulário próprio no FLUIG. Lembrando que esse não constitui um direito adquirido do funcionário. Fica a cargo da chefia autorizar e conceder as trocas levando sempre em consideração a conduta profissional do empregado na instituição. Podendo negá-las a qualquer momento através de justificativa plausível ao funcionário.
- Para a conferência do ponto inicia-se acertando as batidas para verificar se os funcionários possuem: a) Falta de marcação por esquecimento; b) Atrasos; c). Realizar horário de descanso inferior ao estabelecido pela sua jornada de trabalho; d) Mais de duas trocas de plantão dentro do período. Conforme treinamento realizado.

V. Siglas e Definições

D.P – Departamento de Pessoal
FLUIG – Sistema de Gestão Interno
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
RM TOTVS – Sistema de Conferência do ponto
SESMT - Segurança e medicina do Trabalho
OSSHMTJ – Organização Social de saúde Hospital e maternidade Therezinha de Jesus

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

HEMODINÂMICA ESCALA MENSAL - 01/07/2023 a 31/07/2023

DIARÍSTA

FUNCIONÁRIO	HORÁRIO	SITUAÇÃO	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ANA CAROLINA SENRA VIDAL PAULA - COREN 521164 - COORDENADOR	08h às 16h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
IZABELA BRASIL TEIXEIRA - COREN 370559 - ENFERMEIRO	07h às 16h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
VERA LUCIA MOREIRA PEREIRA - COREN 76714 - TÉC. ENF.	08h às 18h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
THALITA RIBEIRO D AVILA - COREN 884007 - TÉC. ENF.	.	Férias	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr
VALDILENE DA SILVA GENEVAIN - COREN 242949 - TÉC. ENF.	12h45 às 18h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
ROSANGELA CORREA SENRA VIEIRA - ASS. ADMINISTRATIVO	08h às 17h	Férias	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
BRUNA MENDES DA SILVA - COREN 774044 - TÉC. ENF.		INSS	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Observação:

ESCALA SUJEITA A ALTERAÇÕES **F: FOLGA** **P: PLANTÃO DE 12 HORAS** **D: DIARISTA** **A: ATESTADO/INSS/LICENÇA MATERNIDADE** **Fr: FÉRIAS**

Responsável Técnico: Enfermeiro Fernando Cordeiro Ribeiro

I. Objetivos

Provisionar escala de trabalho de acordo com habilidades necessárias de cada colaborador, visando atender cobertura de férias e necessidades de trabalho do setor.

II. Materiais

Computador, planilha de Excel

III. Descrição dos passos da atividade

Logo após entrega do provisionamento de férias entregue no Departamento de Pessoal, montar escala de trabalho dos colaboradores:

1. Montar a escala descrevendo o nome dos colaboradores e respeitando seu contrato de trabalho, se plantonista ou diarista. Lembrando que os colaboradores para serem mudados de horário deverá ser respeitado se o mesmo possui outro vínculo empregatício.

2. Toda mudança de horário de trabalho que ocorrer, avisar o colaborador com antecedência ou tempo hábil para sua programação. Caso envolva mudança de sua escala (plantonista para diarista ou diarista para plantonista), comunicar ao RH antes do dia 10 ou antes do dia 20 de cada mês no caso de complementação.

IV. Siglas e Definições

Escala de trabalho: A escala de trabalho é a forma que a empresa organiza seu fluxo de trabalho para se tornar mais produtiva. Ele varia conforme o tipo de atividade e as determinações de cada sindicato relacionado. É preciso escolher se os sábados serão trabalhados ou não, quantas horas diárias serão necessárias e de quanto em quanto tempo cada colaborador tem intervalos, folgas e férias. Obviamente, cada empresa e equipe tem formas específicas de trabalho e precisam encontrar a melhor maneira de definir os horários de entrada e saída das funções. Não há fórmula pronta. Porém se for contratar alguém com carteira assinada, é preciso que a legislação seja cumprida. Assim, é necessário balancear o que exige a lei com as necessidades da empresa e, principalmente, com a maneira em que a pessoa empregada terá seu melhor desempenho.

Todo dia

Segundo as normas da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), algumas **regras** básicas devem ser seguidas:

- O tempo máximo de uma jornada diária de trabalho é de 12 horas. Contudo, é necessário um período de folga de 36 horas ininterruptas após o tempo dedicado ao trabalho;
- Quando a jornada for entre 04 horas e 06 horas, é obrigatório que, no mínimo, 15 minutos de intervalo sejam concedidos. Nos casos de horários noturnos como a hora é reduzida, dever ser verificada com Departamento de Pessoal o horário de trabalho;
- Quando a jornada for maior do que 06 horas, tendo o limite em 8 horas, é necessário que haja um período de intervalo de 1 hora ou mais;

Todo período (semanal, quinzenal, mensal…) além disso, fora a escala diária de horários para entradas e saídas, é preciso organizar adequadamente a escala de trabalho semanal ou mensal. Nesse âmbito, algumas regras fundamentais – também baseadas em lei – devem ser seguidas: A cada 6 dias de trabalho é

obrigatório que haja 1 dia de folga. É possível fazer variações disso, onde se trabalham 5 ou 4 dias e folgam-se 1 ou 2 dias. Contudo, em alguns casos, é necessário que haja acordo coletivo e também sindical; é obrigatório que a cada, no máximo 7 semanas, haja um domingo como dia de folga. Sendo que isso, para mulheres, salvo regulamentação específica, é de 15 dias. Ou seja, a cada 15 dias, uma folga deve ser no domingo; legalmente, o limite máximo de 44hs semanais deve ser respeitado. Contudo, variações com menos tempo – 40 h, 32 h, etc. – são possíveis.

Observe atentamente as obrigatoriedades a serem cumpridas quando há Convenção Coletiva de Categoria ou Classe, seja intermediado por sindicato ou em assembleia. Em muitos casos, essas obrigatoriedades têm força de lei ou podem gerar multas e desacordos caros aos resultados do empreendimento.

V. Anexos

Anexo I – Escala de trabalho da Recepção

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RECEPÇÃO

Título: Escala de Trabalho — **Período:** De 01 à 30/09/17

Dia da semana			Chapa	Jornada de Trabalho		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Telefonia	**Cargo**	**Admissão**		**Diarista**	**Descanso**	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	S	Q
Adriana Maria Costa Lamas	Recepcionista	31/01/2009	1599	07:00/13:15 h	De 12 às 12:15	M	F	F	M	M	M	F	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Claudineia Fonseca Faita Viana	Recepcionista	15/03/2017	3325	12:00/18:15 h	De 16 às 16:15	T	M	F	T	T	T	F	T	F	M	T	T	T	T	T	F	M	T	T	T	T	T	F	M	T	T	T	T	T	F	T
Lilian Ribeiro Resende	Recepcionista	11/04/2017	3351	17:00/23:00 h	De 20 às 20:15	T	T	F	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	T
Sábado (07:00/13:15 horas e 13:15/19:30 horas) e domingo (07:00/13:15 horas): revezamento																																				
Recepção Principal	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Maria Clara Lisboa Alvim	Recepcionista	15/01/2017	3303	06:30/16:30 h	De 12 às 13 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Luciana do Carmo Silva	Recepcionista	12/04/2017	3355	09:00 às 19:00	De 12 às 14 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	
Sexta-feira (Maria Clara Lisboa Alvim): 06:30 às 15:30 h/ Sexta-feira (Luciana do Carmo Silva) 09:00 às 18:00																																				
Gerenciamento de Leitos (Administrativo)	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Débora Fátima Oliveira Egydio	Recepcionista	17/11/2014	2905	09:00 às 19:00	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Joana Felix Dias Soares	Recepcionista	03/03/2015	2980	06:30/16:30 h	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	
Sexta-feira (Joana Felix Dias Soares): 06:30 às 15:30 h/ Sexta-feira (Débora Fátima Oliveira Egydio) 09:00 às 18:00																																				
Arquivo Ambulatorial	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Frederico Mitterhofer	Recepcionista	10/03/2016	3154	07:00/17:00 h	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Sexta-feira (Frederico Mitterhofer): 07:00 às 16:00 h																																				
Recepção dos Consultórios	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Tamara Talita da Silva	Recepcionista	03/09/2015	3063	06:30/16:30 h	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Grecyane Vitório Davi	Recepcionista	03/03/2015	2961	06:30/16:30 h	De 12 às 13 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Camila de Souza Lopes	Recepcionista	24/11/2015	3448	09:00 às 19:00	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Sexta-feira (Tamara Talita da Silva e Grecyane Vitório Davi): 06:30 às 15:30 h/																																				
Recepção da Clínica	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Carla de Oliveira Lima	Recepcionista	02/08/2016	3203	08:00/18:00 h	De 16 às 17 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
(Ludmila Santos Silva Ribeiro e Carla de Oliveira Lima): 08:00 às 17:00 h/																																				
Recepção da Ginecologia	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Laizza Mara Luiz Teixeira	Recepcionista	14/09/2016	3223	07:00/17:00 h	De 11:30 às	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Ludmila Santos Silva Ribeiro	Recepcionista	22/06/2015	3033	08:00/18:00 h	De 12 às 13 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	

VI. Referências

N.A

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Recebimento, cadastro e controle de Atestado			
Responsável: Enfermeiro do trabalho	**Código**: POP SESMT 018	**Revisão:** 05	**Data:** 05/12/2022

I. Objetivos

Acompanhar os afastamentos do trabalho da instituição, através do registro no sistema TOTVS com a finalidade de mapear os motivos de afastamento, integrar a informação junto ao setor de Departento Pessoal e instituir ações de promoção e prevenção de doenças.

II. Materiais

Computador;
Papel;
Caneta;
Sistema RM Vitae;

III. Abrangência

Todos os setores

IV. Descrição dos passos da atividade

Para que seja feito o recebimento do atestado o colaborador deverá apresentar o documento atendendo aos itens abaixo:

- Prazo pré-estipulado de 48 horas úteis a partir da data inicial do documento, prtazo previsto em contrato de trabalho;
- Documento deverá ser original ou cópia autenticada em cartório;
- Informações contidas como nome do colaborador, data, CRM, nome do médico devem estar legíveis e sem rasura;
- Ciência da liderança através de assinatura no verso do documento;

  Após o recebimento do mesmo, deverá ser verificado no sistema se o colaborador possui algum atestado anterior com afastamento que a soma dos dias seja superior a quinze dias no período de sessenta dias e se os mesmos possuem motivos relacionados sendo este com o mesmo CID, com CIDs associados ou sem CID.
- Caso este colaborador não tenha atestado somando um período superior á 15 dias ou que tenham motivos diferentes, deverá ser feito o cadastro no sistema e no FLUIG.

  Atestado deverá ser entregue ao colaborador do DP com registro em caderno de protocolo.
- Caso o colaborador apresente atestados somando um período superior à quinze dias com motivos relacionados o atestado deverá ser cadastrado no sistema e inserido no FLUIG. Posterioermente deverá ser feito o

agendamento da perícia no INSS no site: https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/agendamento/, utilize de preferência o navegador Mozilla Firefox, os outros geralmente bloqueiam este agendamento. Deve ser impresso duas vias do requerimento de benefício, uma ficará arquivada na empresa e a outra o colaborador deverá levar na perícia. Caso o agendamento não esteja disponível online, este deverá ser feito por telefone pelo número 135 e deverá ser anotado o número do requerimento e do benefício, nestes casos deverá ser disponibilizado ao colaborador um documento com a data do último dia trabalhado. Sempre que o colaborador for encaminhado ao INSS, deverá ser enviado com atestado original.

Para os atestados médicos que forem por suspeita de COVID-19, os mesmos poderão ser encaminhados de forma digital via e-mail ou whatsapp. Estes casos serão repassados para a médica do trabalho para que a mesma possa realizar o tele- atendimento destes colaboradores, desta forma tendo como objetivo reduzir o risco de contato com casos suspeitos de COVID-19 e disseminação do vírus.

Após o cadastro do atestado, a via origibnal do documento deverá ser entregue ao DP que vai receber e assinar o protocolo de recebimento do atestado e posteriormente vai anexar juntamente com o ficha do colaborador disponível no setor.

O controle dos atestados deverá ser realizado através do CUBO disponível no sistema, filtro 35 SESMT no relatório de colaboradores com atestado. Para que seja atualizado este cubo pede o período em que você quer realizar a conferência, deverá ser verificado o período de 60 dias.

V. Siglas e Definições

DP -- Departamento pessoal

CID - Classificação Internacional de Doenças

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Pontotel.com.br/**atestado-medico/**

https://pt.slideshare.net/cpalasio/gesto-dos-atestados-mdicos

http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/atestado_medico.htm

https://www.portalmedico.org.br/resoluçoes/CFM 2002 1658 2002.pdf

https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=98085

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE TECNICA

METODOLOGIA DE PROJETOS

Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.

PLANO DE AÇÃO

RESPONSÁVEL:	**Kleiton Oliveira Vianelo**
ÁREA:	**Recursos Humanos**
OBJETIVO:	**Organizar processo de Gestão de Pessoas na unidade licitada**
PRAZO FINAL:	**Operacionalização para atuação/ implantação estabelecida conforme assinatura no contrato de prestação de serviços**

CRONOGRAMA DOS PROCESSOS DE GESTÃO DE PESSOAS PARA IMPLANTAÇÃO

O QUÊ ? (What)	**QUEM ?** (Who)	**ONDE ?** (Where)	**COMO?** (How)	**POR QUÊ?** (Why)	**QUANTO?** (How Much)	**QUANDO?** (When)
Implantar Gestão de Recursos Humanos	Equipe de Recursos Humanos	**Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**	1 - Divulgar em jornal local e site OSSHMTJ as vagas para cadastro	Possibilitar a toda população, participação em processo seletivo da OSSHMTJ	-	1º mês
			2 - Análisar os currículos cadastrados para processo seletivo e convocar os candidatos para processo seletivo	Triar currículos cadastrados para as vagas da unidade de acordo com PEC de cada cargo e convocar candidatos aprovados na triagem para realizarem processo seletivo	-	1º mês
			3 - Realizar Processo seletivo das vagas ociosas ou para composição de quadro técnico funcional conforme proposto e previsto no plano de trabalho	Realização de processo seletivo para encontrar candidatos com perfil estimado no PEC	-	1º mês
			4 - Avaliar documentos necessários para admissão e realizar admissão dos candidatos aprovados	Verificação dos documentos conforme nossa listagem de documentos para admissão, validação das plantaformas dos programa governamentais (CNES, E-social) bem como realizar admissão no sistema dos candidatos aprovados	-	1º mês
			5 - Treinar todos os candidatos admitidos no processo de integração dos novos colaboradores (Normas, políticas, fluxos, serviços, organização dos setores) para início das atividades na unidade	Incorporação dos colaboradores nos conceitos da OSSHMTJ relacionados as políticas institucionais registrando em formulário padrão do RH	-	2º mês
			6 - Realizar treinamentos básicos introdutórios conforme PEC de cada colaborador para capacitação e desenvolvimento de suas funções na unidade no período de experiência para posterior avaliação de desempenho	Capacitação e padronização da perfomance dos colaboradores admitidos conforme instruções de trabalho na unidade registrando em formulário padrão do RH	-	2º mês
			7 - Realizar avaliação de desempenho no 1º período de experiência - 45 dias de todos os colaboradores	Verificação das competências esperadas para cada função de acordo com a avaliação do primeiro período de experiência	-	1º e 2º mês
			8 - Realizar avaliação de desempenho no 2º período de experiência - 90 dias de todos os colaboradores	Verificação das competências esperadas para cada função de acordo com a avaliação do segundo período de experiência	-	2º e 3º mês
			9 - Confeccionar Levantamento de Necessidade de Treinamento e Desenvolvimento de cada da unidade	Programação de treinamento ao longo da vigência do contrato na unidade para desenvolvimentos profissional dos colaboradores	-	3º mês
			10 - Realizar avaliação de desempenho por competência Global das lideranças que tenham mais de 06 meses na instituição	Verificação das competências esperadas para cada líder de acordo com a PEC e por meio da avaliação de desempenho ao qual deverá ser feita criação dos planos de ação para desenvolvimento dos gestores	-	6º mês
			11 - Aplicar pesquisa de clima organizacional na unidade	Verificação das variáveis corporativas para avaliação e identificação das oportunidades de melhorias na unidade por meio da visão dos colaboradores	-	12º mês
			12 - Realizar avaliação de desempenho por competência Global de todos os colaboradores que tenham mais de 01 ano na instituição	Verificação das competências esperadas para cada função operacional que não exerce papel de liderança por meio da avaliação de desempenho ao qual deverá ser feita criação dos planos de ação para desenvolvimento dos colaboradores	-	12º mês
			13 - Atualizar PEC das funções que compõem quadro técnico funcional da unidade	Atualização e validação do gestor quanto as responsabilidades e atribuições contidas nos PEC's de cada função de acordo com as atividades desenvolvidas por cada cargo	-	12º mês

* **Observação**: Cronograma poderá ser alterado em virtude da data de assinatura do contrato para prestação de serviço ou da necessidade de ampliação de umas das etapas deste cronograma

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

RESPONSÁVEL:	**Jefferson Mendonça (Gerente)**
ÁREA:	**Suprimentos**
OBJETIVO:	**Organizar implantação - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**
PRAZO FINAL:	**30 dias antes da administração das unidades**

O QUÊ ? (What)	QUEM ? (Who)	ONDE ? (Where)	COMO? (How)	POR QUÊ? (Wyn)	QUANTO? (How Much)	QUANDO? (When)
Implantar Gestãode Suprimentos	Suprimentos	POLICLINICA	Treinamentos referente aos processos de compras, para os colaboradores: - Avaliação de fornecedor - Lançamento do consumo - Solicitação de compra TOTVS / Fluig - Acesso aos orçamentos via Fluig	Permitir que através do treinamento das rotinas do setor, a unidade possa seguir os modelos padronizados da OSS, no que tange à Política do Setor de Suprimentos quanto às: Solicitações de compras (via Sistema FLUIG e RM); Avaliação dos Fornecedores Comunicados de Desempenho dos Fornecedores; Interface dos sistemas; Comunicados de Intercorrência dos Fornecedores; Prestação de Contas; Monitoramento de compras.	-	10 dias antes da administração das unidades
	Suprimentos / Coordenador Administrativo		Levantamento do pedido de compra referente a todos os insumos necessários para a unidade.	Verificar se o mesmo está de acordo com o orçamento (Base zero) da unidade.	-	10 dias antes da administração das unidades
	Coodenador administrativo		Gerar no sistema TOTVS a solicitação de compra		-	
	Coodenador administrativo		Enviar email informando as compras que foram validadas e autorizadas.		-	
	Suprimentos		Validação dos pedidos de compra.		-	
	Suprimentos		Efetuar a cotação dos insumos.	Necessário para apresentação da prestação de contas das compras efetuadas.	-	
	Suprimentos		Analisar e efetuar a solicitação de contratos para os itens que for necessário.		-	
	Suprimentos		Gerar as ordens de compra no sistema e comunicar aos vencedores da cotação.	Permitir acesso dos responsáveis pelo recebimento, quanto aos itens que estão sendo fechados e assim estando autorizados o recebimento do pedido na unidade. A comunicação aos fornecedores necessária para o faturamento dos produtos adquiridos com o mesmo.	-	
	Suprimentos		Disponibilizar as cotações da compra ou a carta de exclusividade para apresentação futura da prestação de contas	Necessário para apresentação da prestação de contas das compras efetuadas.	-	
	Suprimentos		Monitoramento da entrega dos pedidos	Afim de evitar desabastecimento dos produtos pelo atraso na entrega e prejuizo à assistência dos pacientes por falta dos itens.	-	07 dias antes da administração das unidades
	Coodenador administrativo		Avaliação dos fornecedores	Para mensurar o desempenho dos fornecedores tornando possível seu desenvolvimento e seleção conforme interesses da instituição	-	
	Suprimentos / Coordenador Administrativo		Definição de data para as solicitações de compras.	Padronização e otimização dos processos para alinhamento do cronograma no setor de compras.	-	7 dias antes da administração das unidades

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - CONTRATOS

ÁREA:	**Setor de Contratos**
EDITAL:	**INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**
OBJETIVO:	**Seleção, Contratação e Monitoramento dos Contratos de Prestação de Serviços**

O QUÊ ? (What)	QUEM ? (Who)	ONDE ? (Where)	COMO? (How)	POR QUÊ? (Wyn)	QUANTO? (How Much)	QUANDO? (When)
Implantar Gestão de Contratos	Representantes do setor de Contratos da OSS HMTJ	**Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**	1 - Elaborar o termo de referência para a concorrência e posterior execução dos serviços a serem contratados	Possibilitar que as análises de mercado e cotações dos serviços respeitem o Edital de seleção; o base zero orçado para a unidade e o Regulamento de Compras e Contratações da Instituição.	-	6 dias
			2 - Iniciar as pesquisas de mercado e solicitações de cotação.	Buscar na região empresas qualificadas que apresentem custo benefício compatível com o proposto, além de toda a documentação legal e técnica necessária a prestação dos serviços.	-	8 dias
			3 - Receber e analisar as propostas recebidas.	Verificar se as propostas recebidas atendem ao Termo de Referência (análise qualitativa) e não ultrapassem o base zero (análise orçamentária)	-	6 dias
			4 - Reunião de fechamento com as empresas a serem Contratadas.	Analisar documentação de qualificação das empresas; reunião entre as lideranças da OSS HMTJ com a empresa para alinhamentos pertinentes à execução do Contrato.	-	6 dias
			5 - Visita Técnica	Realizar a visita técnica nos Fornecedores considerados Críticos pela Política de Qualificação de Fornecedores do Setor de Contratos com o corpo técnico da Instituição para validação da contratação dos serviços pela referida empresa Proponente.		4 dias
			6 - Redigir os Contratos dos prestadores de serviços selecionados.	Elaborar a Minuta de Contrato conforme negociação e direcioná-las ao setor Jurídico da Instituição para chancelamento e posterior assinatura.	-	14 dias
			7 - Assinar os Contratos.	Fidelizar a negociação através de instrumento Contratual.	-	07 dias
			8 - Treinar os colaboradores contratados, pelo RH da Instituição, em relação às rotinas do Setor de Contratos	Permitir que através do treinamento das rotinas do setor, a unidade possa seguir os modelos padronizados da OSS HMTJ, no que tange à Política do Setor de Contratos quanto às: Solicitações de contratação do serviços (via Sistema FLUIG); Avaliação Trimestral dos Fornecedores; Comunicados de Desempenho dos Fornecedores; Relação Mensal de Força de Trabalho; Comunicados de Intercorrência dos Fornecedores; Prestação de Contas; Provisionamento dos Contratos; Prestação de Contas ao Contratante, entre outros.	-	6 dias

Metodologia de Projetos

Esta Proposta de Trabalho foi descrita seguindo o roteiro do INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 10/2024-SES/GO , visando atender os Parâmetros para Julgamento e Classificação das Propostas de Trabalho com adequado planejamento, observando os objetivos a alcançar, oportunos cronogramas de execução, com definição das estratégias de implantação, custos estimados e resultados factíveis baseado nas Informações sobre a **Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa**, metas de produção, das obrigações, indicadores de desempenho e indicadores de qualidade e sistemática de avaliação do seu edital de chamamento público para seleção de OSS; assim como também as políticas institucionais, processos, procedimentos e instruções que regem o funcionamento desta entidade.

OBJETIVO DO PROJETO: O objetivo da Policlínica é oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada do profissional, abordagem integral do processo saúde-doença, tempo médio de consulta adequado, atuação multiprofissional e interdisciplinar, ênfase nas ações educativas e no autocuidado, projeto terapêutico individualizado, estratificação do risco do paciente, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

Desta forma, a Policlínica trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que têm como conceito estruturante: "o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde, com base em protocolos clínicos"

Tal visão se alinha com a do HMTJ, á medida que, trata-se essa proponente, de uma organização social em saúde, que almeja proporcionar bem estar à população, contemplando programas de ensino e pesquisa alinhados seus valores nos preceitos do Sistema Único de Saúde.

O edital do Chamamento Público em tela aponta que Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, oferece assistência de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00 e realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). A área de abrangência é composta por 04 (quatro) regiões de saúde e 31 Municípios: Região de Saúde Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II.

Além disso o sustentáculo da parceria à ser realizada entre HMTJ e SES/GO para gestão e operacionalização da Policlínica se dá do seguinte modo:

- Lei 8080/90, princípios e diretrizes do SUS;

- Observância da legislação sanitária e ambiental;
- Gestão da unidade baseada em indicadores mensuráveis;

- Busca de certificação de qualidade em saúde.
- Política de Educação Permanente em Saúde do SUS;
- Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS

O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com o Hopital e Maternidade Thereinha de Jesus respeitará os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

Buscou-se também atender os preceitos e especificidades da entidade a ser gerida com base nos seguintes parâmetros:

Assistência Ambulatorial Espcializada:

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde, onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde

O HMTJ irá organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SPAIS/SES-GO.

Serão consideradas as seguintes linhas de serviços: Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), processos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional):

I - Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou acompanhamento com equipe multiprofissional.
II - Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

III - Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento deverão ser registrados como processos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

A Policlinica Estadual da Região do Entorno – Formosa estará apta a atuar como unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio da Regulação Estadual, com dia e horário agendados.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

São procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório ou sala específica de procedimentos, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica.

Desse modo para efeito de SADT Externo, serão contabilizados apenas os pacientes devidamente referenciados pela Regulação Estadual para essa finalidade e informados separadamente na prestação de contas;

Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas Policlínicas

As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria de Consolidação no. 2/ GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e pela Portaria no. 702/GM/MS, de 21 de março de 2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas, como mostra o quadro abaixo:

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Yoga	Quiropraxia
Aromaterapia	Dança Circular	Meditação	Reflexoterapia
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	Reiki
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	Shantala
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	Terapia Comunitária Integrativa
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	Terapia de Florais
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia
Yoga/Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura			

A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC (das 29 práticas reconhecidas pelo Ministério da Saúde).

Telessaúde

A Telessaúde, que foi instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, é a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas.

Diante disto, a Policlínica Estadual deverá ofertar dentro do serviço de Telessaúde, a teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços

que a telessaúde permite. A unidade irá possuir todo aporte tecnológico para a realização desta atividade, bem como ter equipe técnica capacitada para utilização dessa tecnologia.

Ressalta-se que as vagas ofertadas para o serviço de telessaúde inicialmente serão para integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária. O serviço será preferencialmente para apoio Matricial das equipes de atenção Primária, para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica.

As consultas realizadas neste serviço serão computadas junto com as consultas médicas e multiprofissionais, a depender do profissional que a realizará. As consultas de telessaúde serão admitidas para interconsulta e retorno.

Serviço Especializado do Processo Transexualizador Na Modalidade Ambulatorial

O serviço especializado do Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial constitui-se na oferta da assistência especializada no processo transexualizador para acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, bem como companhamento psicossocial com ênfase na saúde mental às pessoas transexuais e travestis realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar composta minimamente por Médico (clínico geral ou endocrinologista ou ginecologista e/ou urologista); Médico psiquiatra; Psicólogo; Enfermeiro; Assistente social; e, embora não seja obrigatório, os profissionais nutricionistas e fonoaudiólogos também poderão compor as equipes.

Dentre as necessidades para implemento do serviço especializado do processo transexualizador, modalidade ambulatorial, com fármacos utilizados no acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal, a serem assegurados ao usuário.

As pessoas que demandam esse tipo de assistência serão encaminhadas pela Atenção Primária via regulação conforme as diretrizes do Protocolo Clínico Estadual de Regulação do Acesso Ambulatorial da Regulação Estadual, responsável pela gestão das listas de espera por serviços ambulatoriais especializados, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos já estabelecidos pela SES-GO.

Serviço De Assistência Especializada – SAE

SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial,

fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença e realizará as seguintes atividades.

A Equipe da Policlínica irá prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

Os Colaboradores da policlínica se compromete a adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

Irá Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência, assim como dispensar os medicamentos padronizados pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, conforme solicitações médicas, obedecendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e à otimização de recursos;

Caberá também a equipe orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares, oferecendo aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares, além de prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Centro Especializado em Odontologia (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria n° 599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

O HMTJ deverá apresentar à SES/GO; no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do ajuste, o projeto para implantação dos serviços de Odontologia ou a proposta para continuidade da implantação deste serviço, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento, que será analisada e homologada por meio de investimento. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal)

A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal. Ela inclui: hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal.

A TRS a ser implantada na Policlínica deverá contar com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico.

Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado, em turnos terapêuticos de 4 horas respeitando o intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, podendo chegar ao máximo de 3 (três) turnos diários, desde que previamente autorizado pela SES-GO formalmente.

O tratamento se dará por equipe multiprofissional exclusiva composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) Enfermeiro RT e 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno, 1 (um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes.

A terapia deverá ser complementada por equipe multiprofissional nas especialidades: 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista, 1 (um) psicólogo e 1 (um) fisioterapeuta. A assistência ofertada será composta por tratamentos por Hemodiálise – HD e Diálise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pré- Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Cabe à Policlínica a atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágio de risco de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos. Em consonância às legislações vigentes e a linha do Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Estadual da Região do Entorno - Unidade Formosa

Os veículos circularão pelas cidades da macrorregião Nordeste e levarão os pacientes até a Policlínica Estadual da Região do Entorno – Unidade Formosa, para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota preestabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES.

Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de

saúde, e devem seguir as orientações da Equipe Técnica da SES (SPAIS e SUREG, em conjunto), a qual será a responsável por elaborar e organizar o protocolo e rota de utilização das VANs e disponibilizá-los.

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O serviço de dispensação de medicamentos do CEAF tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS a estes medicamentos e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria GM/MS 1.554, de 30 de julho de 2013 e normatizações vigentes.

Compete ao CENTRO ESTADUAL DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO – Juarez Barbosa a distribuição dos medicamentos para as Policlínicas, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do CEAF executadas pelo PARCEIRO PRIVADO e disponibilizar o sistema próprio para registro das movimentações dos medicamentos.

Ressalta-se que haverá Protocolo e Fluxo de atendimento da Farmácia referente à dispensação dos medicamentos do CEAF e estes serão atualizados de acordo a necessidade e as normas vigentes. O agendamento do atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deverá ser realizado pela unidade (Policlínica), sendo registrado no prontuário do paciente

Situações de Urgência/Emergência

As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Porém, os profissionais estarão preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade, deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente. Os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

A Policlínica Estadual da Região do Entorno – Fomorsa irá manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pela legislação vigente e protocolos de Suporte de Vida Básico e Avançado, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente em

ação conjunta da equipe de farmácia e enfermagem.

Para os casos de pacientes que apresentarem intercorrências durante as sessões de hemodiálise, a equipe da Policlínica Estadual da Região do Entorno – Fomorsa prestará o primeiro atendimento e estabilização do quadro clínico e contará com o apoio do o Hospital Estadual de Formosa- HEF como unidade retaguarda para os casos graves, devendo inserir a solicitação de transferência no sistema da Regulação Estadual, com teste COVID e demais exames necessários em anexo à ficha de solicitação, para que seja providenciado pela mesa reguladora da urgência a autorização para o encaminhamento em tempo hábil.

Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Caso, ao longo da vigência do ajuste, em comum acordo entre as partes, o PARCEIRO PRIVADO e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.

Central de Materiais e Esterilização

O Serviço de Esterilização de Materiais será responsável pela lavagem, desinfecção, esterilização e distribuição de materiais e instrumentais. Realizará os procedimentos em consonância com a legislação sanitária vigente. Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

Serviço de Hotelaria e Higiene

Serviço responsável pela higienização de todas as áreas que compõem a Policlinica, bem como a manutenção da área externa, de acordo com a legislação sanitária vigente.

Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos, e executando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio do hospital em consonância com a RDC 306/04, sendo este em conjunto com a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Vigilância e Zeladoria:

O Serviço de Segurança e Zeladoria atende as funções de acolhimento, de orientação de fluxos dos usuários, o controle do acesso em todas as entradas e saídas da Policlinica, assim como a preservação do equipamento predial e patrimonial dos diversos equipamentos.

É parte intrínseca dos trabalhadores que auxiliam a implantação das diretrizes da política de humanização. Esta área deve ser vista como gestora condominial.

A Unidade possui mobiliário e equipamentos próprios pertencentes ao Estado de Goiás. O inventário deverá ser realizado e apresentado ao gestor municipal anualmente e obedecer às diretrizes específicas para a área.

Nesta área está incluído todo o sistema de segurança patrimonial e de controles dos bens descritos no controle de patrimônio.

Setor de Transporte

O HMTJ irá disponibilizar 3 (três) veículos automotores, tipo VAN. Todos os veículos devem ser equipados com ar-condicionado e itens de segurança obrigatórios exigidos pela legislação vigente. Os veículos circularão pelas cidades da Macrorregião Nordeste e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DO ENTORNO – FORMOSA, para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota pré- estabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES.

Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações da Equipe Técnica da SES (SPAIS e SUREG, em conjunto), a qual será a responsável por elaborar e organizar o protocolo e rota de utilização dos micro-ônibus/VAN e disponibilizálos para o PARCEIRO PRIVADO.

Tecnologia da Informação:

Fica reservado à Secretaria de Saúde, através de suas áreas técnicas, definir novas obrigações, oportunamente, sempre que novas necessidades de informação e informática se apresentem, considerando as funções assistenciais, considerando a dinâmica do SUS, considerando a dinamicidade dos próprios instrumentos tecnológicos, respeitando a necessidade de aditamento e disponibilização de recursos financeiros.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NA GESTÃO DA UNIDADE:

1) **Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária**

Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, desde que padronizadas e regulamentadas pela SES-GO ou por legislação federal, além de reuniões técnicas presenciais para o matriciamento das equipes de Atenção Primária, quando necessário.

O compartilhamento do cuidado do paciente entre a Policlínica e a Atenção Primária pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças

2) **Ferramentas Da Qualidade:**

- Fortalecimento do Programa 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização, senso de utilização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.
- Descrição e implantação de Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.
- O MASP é uma metodologia para o tratamento de ocorrências. Também chamada de QC-Story – Quality Control Story, ela é uma metodologia para gerenciar o ciclo de tratamento de uma ocorrência, da descoberta das causas até a padronização da solução.
- Assim como ferramentas de análise de causa, ela tem particular ênfase na descoberta das causas dos problemas identificados. Mas seu fluxo é estruturado de modo a auxiliar a tomada de decisão em relação a planos de ação e métricas de verificação.

O MASP tem 8 passos. São eles:

1. Identificação
2. Observação
3. Análise
4. Plano de ação
5. Ação
6. Verificação
7. Padronização
8. Conclusão.

• Brainstorming: detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.

• 5W2H: representar e unificar os processos, na organização de planos de ação e na afirmação de métodos adjuntos aos indicadores, sendo assim de cunho gerencial. Nesse contexto, é importante destacar que algumas ferramentas são utilizadas com menor assiduidade e outras são aplicáveis em determinadas atividades.

• PDCA: está entre as ferramentas da qualidade mais conhecidas, porque se adapta a qualquer situação. Ela estrutura a gestão de projetos com base em quatro pilares básicos, dos quais se derivam seu nome:

1. Planejar (plan)
2. Executar (do)
3. Verificar (check)
4. Agir (act).

3) CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES

O HMTJ informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho serão encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás , mensalmente.

4) CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE:

O HMTJ se propõe a adotar para O HEI os princípios de Gestão da Qualidade presentes nas demais unidades geridas pelo HMTJ que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do usuário pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela ONA, em prol da excelência e melhoria continua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

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

Realizado de forma voluntária e reservada, o método de avaliação para Acreditação não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua.

CUSTOS: Os custos dos projetos alinhavados acima pelo HMTJ já são embutidos na própria proposta financeira para a unidade, tendo em vista serem custos sobretudo com recursos humanos e processos assistenciais da unidade.

Legislação vigente e às normativas do SUS:

Todas as ações da OSS são pautadas no respeito às normas e legislações pertinentes. Em especial, mas não exaustivamente, os seguintes regramentos são lembrados:

- ✓ Toda a legislação básica que organiza o Sistema Único de Saúde, suas instâncias e o relacionamento entre elas.

- ✓ As portarias e normas operacionais do SUS, emanadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, ou por outros órgãos competentes, no que diz respeito às ações assistenciais, ações de vigilância à saúde, epidemiologia, informação em saúde, prestação de contas e faturamento, dentre outras.
- ✓ Respeitar os princípios, diretrizes e recomendações da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), elaborada pelo Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde.
- ✓ Legislação sobre guarda de informações e documentos de caráter público, nos termos da Lei 8.159/1991 da Casa Civil da Presidência da República, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina na Resolução CFM 1.639/2002 que aprovou normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico.
- ✓ Legislação sobre transparência e acesso a informações, previsto na Constituição Federal e na Lei 12.527/2011 da Casa Civil da Presidência da República, bem como regulamentos complementares, e diretrizes da Controladoria Geral da União dentro do programa Brasil Transparente.
- ✓ Compras, contratações e aquisições de serviços, materiais e equipamentos, devem seguir as normas e orientações estabelecidas pela administração pública, pela Secretaria de Saúde, e pelos órgãos de fiscalização.
- ✓ Normas e padrões de prontuário eletrônico do paciente consignados no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), elaborado por meio de contrato técnico-científico entre o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informação em Saúde.
- ✓ Registro correto e oportuno de todas as condições constantes nas Listas de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, definidas no âmbito federal (Portaria Nº 1.271/2014 do Gabinete do Ministro da Saúde, ou outra que a suceda) ou no âmbito estadual (Resolução SS-20/2006 do Gabinete do Secretário Estadual da Saúde de São Paulo, ou outra que a suceda), ou outras listagens oficiais que venham a ser definidas para o âmbito regional ou municipal.

O HMTJ reafirma seu compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

A estratégia do HMTJ está focada em:

A. - Sistema de informação adequado às necessidades de avaliar indicadores e varáveis que influenciam na qualidade da gestão;
B. - Gestão baseada em inteligência competitiva;
C. - Mapeamento e implantação de processos com foco no resultado;
D. - Técnicas de análise e implantação de indicadores de performance e desempenho
E. (KPI's), Business Inteligence (BI) e gerenciamento de projetos.
F. Prestação de serviços baseada na gestão do controle da área operacional, avaliação e definição de processos e programas;
G. Gestão de Recursos Humanos: analise e acompanhamento dos indicadores de gestão e desenvolvimento de pessoas; Capacitação técnica e comportamental das lideranças, elaboração de cronograma e acompanhamento dos treinamentos internos da unidade;
H. Implementação do programa de integração para o corpo clinico;
I. Implementação de projeto para identificação, formação e retenção de talentos;
J. Implementação de projeto social – inserção de profissionais com necessidades especiais;
K. Pesquisa de clima organizacional periódica;
L. Implantação das ferramentas de Gestão da Qualidade;
M. Implantação de Gestão da Qualidade na Informação;
N. Implantação dos protocolos de qualidade da gestão operacional;
O. Definições de fluxos de processos e desenvolvimento da cadeia de valores;
P. Desenvolvimento de relatórios gerenciais para tomada de decisão;
Q. Gestão das unidades de saúde com embasamento organizacional, com critérios definidos para todos os prestadores de serviços;
R. Promoção da cultura de humanização dos serviços;
S. Desenvolvimento e implantação de protocolos e trabalho padrão nas atividades tanto operacionais quanto administrativas, de acordo com as normas técnicas preconizadas pelo órgão de fiscalização.

Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

A Unidade dará continuidade às atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campo de práticas para estágios para instituições de ensino superior conveniadas com a Secretaria de Saúde do estado de Goiás.

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção a Saúde oferecida pela Unidade aos usuários do SUS.

Se ao longo da vigência do Contrato de Gestão, de comum acordo entre as partes, a OSS ou o estado de Goiás / Secretária de Saúde se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes das aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato de Gestão.

A organização das atividades e serviços oferecidos na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS está descrita nos Procedimentos Operacionais das respectivas áreas e Regimento Interno da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , que fazem parte desta proposta técnica.

Estratégias para Melhoria da Qualidade Assistencial :

São estratégias que o HMTJ adotará para melhorar a qualidade assistencial:

- Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.
- Identificar as barreiras de acesso ao serviço.
- Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.
- Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências/emergências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.
- Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.
- Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos.
- A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

Ações para a Promoção da Qualidade técnica:

- Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários.
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades.
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para desenvolvimento dessas alianças.
- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança,

- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência.
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços.
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade ê da correta análise dos dados coletados.
- Incorporar mecanismos de alocação de: recursos dispor infraestrutura recursos humanos e tecnológicos necessários para o projeto,
- Promover suportes logísticos necessários para o projeto

Ações para Gestão de Pessoas:

- Conhecer a equipe, saber-quais são os pontos fortes e fracos para poder atribuir tarefas específicas de acordo com as habilidades de cada um.
- Ter a gestão de RH voltada para' fazer a conexão entre pessoas e o sucesso da instituição, atrelando seus resultados da instituição
- Avaliar os níveis de eficiência e eficácia dos v processos e subprocessos de RH por meio de indicadores, medições, sistematicamente, de modo a compor um conjunto dados que privilegie todos os aspectos importantes da gestão.
- Estabelecer estratégias que reorientem a Administração o desenvolvimento e a formação de Recursos Humanos - RH.
- Desenvolver ações para regularizar atendimento à comunidade por meio de RH qualificado.
- Orientar todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam e de acordo com suas atribuições
- Preparar o pessoal necessário, tornando-o habilitado ao pleno exercício das atividades.
- Dispor de pessoal capacitado e de infraestrutura necessária para prestar um atendimento de qualidade, com resposta oportuna e efetiva.
- Definir mecanismos de contratação, promover ações educativas, participar ativamente da seleção, avaliar desempenho, atuar na melhoria das relações de trabalho, entre outros.
- Ouvir a equipe com atenção, dar valor às suas sugestões de melhorias integral e integrada.

Declaração de Validade Jurídica da Proposta

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: Chamamento Público nº 10/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa, localizada na Avenida Oeste- Quadras 04, 05 e 09 – Jardim Oliveira - Formosa - GO, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 10/2024.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Em Juiz de Fora, 18 de setembro de 2024.

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Identidade MG 6649396 expedida pela SSP MG
CPF 261.429.297-49

Marco Antônio Guimaraes de Almeida
Diretor Presidente - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Identidade M3040499 expedida pela SSP MG
CPF 485.399.966-34

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 3AA3-87FF-746A-825C.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 3AA3-87FF-746A-825C.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/3AA3-87FF-746A-825C ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 3AA3-87FF-746A-825C

Hash do Documento

20CFBF36D3D57BE64DFCE8D2DCD72CED64C898D0396230CD18BA14008062B5C9

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 07/10/2024 é(são) :

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 07/10/2024 12:25 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Mon Oct 07 2024 12:25:39 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.777822 Longitude: -43.359246 Accuracy: 100
IP 152.255.98.170
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
21D22DE34EBFB7349B15093AB28BBCD8F95E9E8EC0E1F3FE9196A34D4B062F69

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 07/10/2024 12:24 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Mon Oct 07 2024 12:24:41 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.778298870206555 Longitude: -43.359965641871796 Accuracy: 19.189865400553803
IP 201.55.120.193

Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

86E7F44856ADC40A4DB38009787B1CDDB211D4F89A99704F1D95369E5B9BAF10

PROPOSTA FINANCEIRA

Orçamento

Policlínica Regional Goiás - PRRV

PESSOAL	MÊS 01	TOTAL 36 MESES
Salários	339.887,81	12.235.961,02
Benefícios	56.792,30	2.044.522,80
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	98.278,56	3.538.028,13
Verbas Rescisórias - Provisões	41.918,36	1.509.061,07
Serviços Médico - PJ	580.226,75	20.888.162,93
TOTAL	**1.117.103,78**	**40.215.735,95**
MATERIAIS	**MÊS 01**	**TOTAL 36 MESES**
Drogas e Medicamentos	55.717,55	2.005.831,97
Materiais de Consumo Hospitalar	211.726,71	7.622.161,47
Materiais Odontológicos	8.914,81	320.933,11
Material de Limpeza	16.716,01	601.776,30
Material de Expediente	14.927,01	537.372,53
Material de Informática	4.457,40	160.466,56
Material de Manutenção	16.715,80	601.768,67
Roupas Profissionais e Epi	6.140,74	221.066,75
Combustíveis e Lubrificantes	6.128,93	220.641,52
Bens de Pequeno Valor Deduzidos	2.228,70	80.233,28
TOTAL	**343.673,67**	**12.372.252,16**
GERAIS	**MÊS 01**	**TOTAL 36 MESES**
Serviços - Manutenção Predial	37.323,68	1.343.652,41
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	148.342,93	5.340.345,48
Segurança Patrimonial	38.192,24	1.374.920,55
Serviços - Manutenção Equipamentos em Geral	3.493,49	125.765,66
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	17.467,45	628.828,32
Serviços - Manutenção Equipamentos de Informática	7.743,90	278.780,56
Serviços Laboratoriais	266.340,55	9.588.259,71
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	272.711,44	9.817.611,95
Locação de Equipamentos de Informática	29.745,91	1.070.852,71
Gases Medicinais	17.224,80	620.092,92
Dedetização	5.962,22	214.640,07
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	1.746,75	62.882,83
Assessoria em Programas de Qualidade	33.254,54	1.197.163,36
Licenças de Software	112.207,35	4.039.464,44
Serviços Especializados	10.480,47	377.296,99
Divulgação Institucional	8.151,48	293.453,22
Despesas com Hospedagem e Alimentação	56.358,31	2.028.899,03
Rateio	80.329,01	2.891.844,36
TOTAL	**1.147.076,52**	**41.294.754,58**

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código DABC-4F42-1572-9DCD.

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código DABC-4F42-1572-9DCD.

Orçamento Policlínica Regional Goiás - PRRV		
INDIRETOS	**MÊS 01**	**TOTAL 36 MESES**
Água Ind.	17.066,29	614.386,33
Energia Elétrica Ind.	44.713,34	1.609.680,15
Internet	3.842,83	138.341,81
Telefone	4.157,25	149.661,14
TOTAL	**69.779,71**	**2.512.069,44**
TOTAL GERAL	**2.677.633,67**	**96.394.812,12**

Juiz de Fora/MG, 20 de Setembro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código DABC-4F42-1572-9DCD.

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código DABC-4F42-1572-9DCD.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/DABC-4F42-1572-9DCD ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: DABC-4F42-1572-9DCD

Hash do Documento

F53675222B6C9659001E99F6EBA115BFA95CB4028CAEDCC18242E8283891BF94

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/09/2024 é(são) :

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 20/09/2024 16:34 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 16:34:40 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.775584433333332 Longitude: -43.356494149999996 Accuracy: 5
IP 152.255.115.93
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
38312305A2C74D0BF0D22955C90DDE501548298E0DA303CCE2E5448484565C89

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 20/09/2024 16:30 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 16:30:25 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782347 Longitude: -43.3593258 Accuracy: 100
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

BE286F13D5B47D6A812BE60261A87249B085AA7691460EAA3A6A295766FD0846

Recursos Humanos - Policlínica Regional Goiás - PRRV

Cargo	Quantidade	Salário base	Dissídio	Gratificação	Assiduidade	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salários	Férias, 13° Salário e Encargos	Total Férias, 13° Salário e Encargos	Verbas Rescisórias	Total Verbas Rescisórias	Cesta Básica	Auxílio Creche	Total Benefícios
Gerente de Enfermagem - Dia - Diarista	2	4.968,00	298,08	2.980,80	-	282,40	-	**17.058,56**	2.466,24	**4.932,48**	1.051,92	**2.103,83**	440,00	-	**880,00**
Coordenador Administrativo - Policlínica - Dia - Diarista	1	7.692,31	615,38	-	-	-	-	**8.307,69**	2.402,17	**2.402,17**	1.024,59	**1.024,59**	440,00	-	**440,00**
Gestor de Cuidados - Dia - Diarista	1	4.280,00	342,40	1.750,00	-	282,40	-	**6.654,80**	1.924,24	**1.924,24**	820,74	**820,74**	440,00	-	**440,00**
Aprendiz em ocupações administrativas - Dia - Diarista	2	1.000,00	80,00	-	-	-	-	**2.160,00**	312,28	**624,56**	133,20	**266,39**	440,00	-	**880,00**
Analista de Indicadores - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	**2.862,00**	827,55	**827,55**	352,97	**352,97**	440,00	-	**440,00**
Analista Administrativo Junior - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	**2.862,00**	827,55	**827,55**	352,97	**352,97**	440,00	-	**440,00**
Enfermeiro Pleno - Dia - Diarista	1	3.745,00	224,70	-	-	282,40	-	**4.252,10**	1.229,49	**1.229,49**	524,41	**524,41**	440,00	-	**440,00**
Ouvidor - Dia - Diarista	1	3.999,38	319,95	-	-	-	-	**4.319,33**	1.248,93	**1.248,93**	532,70	**532,70**	440,00	-	**440,00**
Analista de Qualidade Pleno - Dia - Diarista	1	3.710,00	296,80	-	-	-	-	**4.006,80**	1.158,57	**1.158,57**	494,16	**494,16**	440,00	-	**440,00**
Assistente de Pessoal - Dia - Diarista	2	2.014,00	161,12	-	-	-	-	**4.350,24**	628,94	**1.257,87**	268,26	**536,52**	440,00	-	**880,00**
Assistente Administrativo Pleno - Dia - Diarista	2	1.833,80	146,70	-	-	-	-	**3.961,01**	572,66	**1.145,33**	244,26	**488,51**	440,00	-	**880,00**
Técnico em Segurança do Trabalho - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	**2.862,00**	827,55	**827,55**	352,97	**352,97**	440,00	-	**440,00**
Técnico de Apoio ao Usuário TI - Dia - Diarista	1	2.288,00	183,04	-	-	-	-	**2.471,04**	714,50	**714,50**	304,75	**304,75**	440,00	-	**440,00**
Encarregado de Limpeza - Dia - Diarista	1	2.316,67	185,33	-	-	282,40	-	**2.784,40**	805,11	**805,11**	343,40	**343,40**	440,00	-	**440,00**
Auxiliar de Limpeza/ Serviços Gerais - Dia - Diarista	6	1.450,00	116,00	-	-	282,40	-	**11.090,40**	534,46	**3.206,79**	227,96	**1.367,78**	440,00	-	**2.640,00**
Supervisor de Manutenção - Dia - Diarista	1	4.500,00	360,00	-	-	-	-	**4.860,00**	1.405,27	**1.405,27**	599,38	**599,38**	440,00	-	**440,00**
eletricista - Dia - Diarista	1	2.500,00	200,00	-	-	1.080,00	-	**3.780,00**	1.092,99	**1.092,99**	466,19	**466,19**	440,00	-	**440,00**
Oficial de Manutenção - Dia - Diarista	3	2.250,60	180,05	-	-	564,80	-	**8.986,34**	866,13	**2.598,40**	369,43	**1.108,29**	440,00	-	**1.320,00**
Jardineiro - Dia - Diarista	1	1.769,20	141,54	-	-	282,40	-	**2.193,14**	634,15	**634,15**	270,48	**270,48**	440,00	-	**440,00**
Supervisor de Farmácia - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	874,82	94,48	282,40	-	**5.975,73**	1.727,88	**1.727,88**	736,99	**736,99**	440,00	-	**440,00**
Farmacêutico - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	-	94,48	282,40	-	**5.100,91**	1.474,93	**1.474,93**	629,10	**629,10**	440,00	-	**440,00**
Auxiliar de Estoque - Dia - Diarista	3	1.484,00	118,72	-	-	-	-	**4.808,16**	463,43	**1.390,28**	197,66	**592,99**	440,00	-	**1.320,00**
Assistente Administrativo Junior - Dia - Diarista	23	1.484,00	118,72	-	-	-	-	**36.862,56**	463,43	**10.658,81**	197,66	**4.546,26**	440,00	-	**10.120,00**
Supervisor NIR - Dia - Diarista	1	4.240,00	339,20	457,92	-	-	-	**5.037,12**	1.456,48	**1.456,48**	621,23	**621,23**	440,00	-	**440,00**
Atendente Call Center - Dia - Diarista	4	1.484,00	118,72	-	-	-	-	**6.410,88**	463,43	**1.853,71**	197,66	**790,65**	440,00	-	**1.760,00**
Psicólogo Clínico - Dia - Diarista	3	3.000,86	240,07	-	-	282,40	-	**10.569,99**	1.018,77	**3.056,31**	434,53	**1.303,60**	440,00	-	**1.320,00**
Nutricionista - Dia - Diarista	2	2.676,00	214,08	-	144,50	282,40	-	**6.633,97**	959,11	**1.918,21**	409,08	**818,17**	440,00	1.412,00	**3.704,00**
Nutricionista RT - Dia - Diarista	1	2.676,00	214,08	535,20	144,50	282,40	-	**3.852,18**	1.113,86	**1.113,86**	475,09	**475,09**	440,00	1.412,00	**1.852,00**
Fonoaudiólogo - Dia - Diarista	1	4.149,90	331,99	-	-	282,40	-	**4.764,29**	1.377,60	**1.377,60**	587,58	**587,58**	440,00	-	**440,00**
Assistente Social - Dia - Diarista	3	3.000,86	240,07	-	-	-	-	**9.722,79**	937,11	**2.811,34**	399,70	**1.199,11**	440,00	-	**1.320,00**
Fisioterapeuta - Dia - Diarista	2	2.496,00	199,68	-	-	282,40	-	**5.956,16**	861,11	**1.722,22**	367,29	**734,57**	440,00	-	**880,00**
Fisioterapeuta RT - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	499,20	-	282,40	-	**3.477,28**	1.005,46	**1.005,46**	428,85	**428,85**	440,00	-	**440,00**
Terapia ocupacional - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	-	-	282,40	-	**2.978,08**	861,11	**861,11**	367,29	**367,29**	440,00	-	**440,00**
Técnico em Radiologia - Dia - 24 h	3	3.027,78	242,22	-	-	1.308,00	-	**13.734,01**	1.323,73	**3.971,19**	564,61	**1.693,82**	440,00	-	**1.320,00**
Técnico em Radiologia RT - Dia - 24 h	1	3.027,78	242,22	1.455,57	-	1.308,00	-	**6.033,57**	1.744,61	**1.744,61**	744,12	**744,12**	440,00	636,30	**1.076,30**
Enfermeiro - Dia - Diarista	4	3.477,61	208,66	-	-	282,40	-	**15.874,67**	1.147,54	**4.590,16**	489,46	**1.957,82**	440,00	-	**1.760,00**
Técnico de Enfermagem - Dia - Diarista	27	2.200,00	176,00	-	-	282,40	-	**71.776,80**	768,68	**20.754,26**	327,86	**8.852,23**	440,00	-	**11.880,00**
Odontologo - Dia - Diarista	2	4.800,00	384,00	-	-	282,40	-	**10.932,80**	1.580,61	**3.161,22**	674,17	**1.348,34**	440,00	-	**1.880,00**
Técnico de Saúde Bucal - Dia - Diarista	2	2.200,00	176,00	-	-	282,40	-	**5.316,80**	768,68	**1.537,35**	327,86	**655,72**	440,00	-	**880,00**
Motorista de automovel - Dia - Diarista	2	1.966,30	157,30	-	-	-	-	**4.247,21**	614,04	**1.228,08**	261,90	**523,81**	440,00	-	**880,00**
TOTAL	**118**							**339.887,81**		**98.278,56**		**41.918,36**			**56.792,30**

Juiz de Fora/MG, 20 de Setembro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código F74A-0140-5ECA-F2A4.

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código F74A-0140-5ECA-F2A4.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/F74A-0140-5ECA-F2A4 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: F74A-0140-5ECA-F2A4

Hash do Documento

681845FD9C13FAD654200AED0353FE50DA604086B42B0936E62A9CF056B2F9CB

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/09/2024 é(são) :

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 20/09/2024 16:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 16:32:18 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.77624165 Longitude: -43.35605026666667 Accuracy: 5
IP 152.255.115.93
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
327155C6A1730CA51013A581E2B011AD505C7C496B4E0D9ACD729A00F7BB844F

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 20/09/2024 16:29 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 16:29:37 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782347 Longitude: -43.3593258 Accuracy: 100
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

741B11184F47C761323BE696B7449FBAE29CCE5FE661DC9993271E0D6A3EBA61

Recursos Humanos Médicos PJ - Policlínica Regional Goiás - PRRV								
Setor	**Cargo**	**Horário**	**Forma de Plantão**	**Dia de Semana**	**Valor Base***	**Quantidade***	**Valor Total**	**Vínculo**
Gestão	Diretor Geral	Fixo	Fixo	Fixo	12.000,00	1	12.000,00	Pessoa Jurídica
Gestão	Diretor Técnico	Fixo	Fixo	Fixo	7.000,00	1	7.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Clínico Geral – linha do cuidado	Fixo	Fixo	Fixo	14.000,00	1	14.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Cirurgia Vascular	Produção	Produção	Produção	171,83	67	11.512,88	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Cardiologia	Produção	Produção	Produção	81,94	241	19.748,60	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Dermatologia	Produção	Produção	Produção	120,00	76	9.120,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Endocrinologia	Produção	Produção	Produção	120,00	94	11.280,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Gastroenterologia	Produção	Produção	Produção	150,00	67	10.050,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Ginecologia	Produção	Produção	Produção	80,00	100	8.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	Produção	Produção	Produção	80,00	67	5.360,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Hematologia	Produção	Produção	Produção	180,00	67	12.060,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Infectologia	Produção	Produção	Produção	95,00	67	6.365,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Mastologia	Produção	Produção	Produção	104,00	67	6.968,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Nefrologia	Produção	Produção	Produção	150,00	67	10.050,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Neurologia	Produção	Produção	Produção	160,00	134	21.440,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Pediatria	Produção	Produção	Produção	120,00	71	8.520,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Oftalmologia	Produção	Produção	Produção	76,67	172	13.186,38	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Ortopedia/Traumatologia	Produção	Produção	Produção	50,00	510	25.500,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Otorrinolaringologia	Produção	Produção	Produção	110,00	89	9.790,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Pneumologia	Produção	Produção	Produção	165,00	67	11.055,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Proctologia	Produção	Produção	Produção	100,00	67	6.700,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Psiquiatria	Produção	Produção	Produção	95,00	71	6.745,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Reumatologia	Produção	Produção	Produção	180,00	69	12.420,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Urologia	Produção	Produção	Produção	80,00	136	10.880,00	Pessoa Jurídica
Cirurgias Ambulatoriais	Cirurgias Ambulatoriais	Produção	Produção	Produção	180,00	30	5.400,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Audiometria	Produção	Produção	Produção	200,00	10	2.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Cistoscopia	Produção	Produção	Produção	1.000,00	10	10.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Colonoscopia	Produção	Produção	Produção	125,00	55	6.875,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Colposcopia	Produção	Produção	Produção	180,00	40	7.200,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Densitometria Óssea	Produção	Produção	Produção	40,00	64	2.560,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Mamografia	Produção	Produção	Produção	50,00	39	1.950,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Radiologia	Produção	Produção	Produção	7,50	248	1.860,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Tomografia	Produção	Produção	Produção	55,00	394	21.670,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Ultrassonografia	Produção	Produção	Produção	70,00	303	21.210,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Doppler Vascular	Produção	Produção	Produção	171,83	44	7.560,70	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Ecocardiografia	Produção	Produção	Produção	131,94	51	6.729,16	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletrocardiografia	Produção	Produção	Produção	23,81	86	2.047,62	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletroencefalografia	Produção	Produção	Produção	145,00	10	1.450,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletroneuromiografia	Produção	Produção	Produção	295,00	10	2.950,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Emissões Otoacústica	Produção	Produção	Produção	200,00	10	2.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Endoscopia	Produção	Produção	Produção	125,00	111	13.875,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Espirometria	Produção	Produção	Produção	150,00	19	2.850,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Holter	Produção	Produção	Produção	23,81	33	785,71	Pessoa Jurídica
SADT Externo	MAPA	Produção	Produção	Produção	23,81	31	738,10	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Nasofibroscopia	Produção	Produção	Produção	120,00	10	1.200,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	Produção	Produção	Produção	150,00	10	1.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha grossa	Produção	Produção	Produção	150,00	10	1.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Teste Ergométrico	Produção	Produção	Produção	62,50	42	2.625,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Urodinâmica	Produção	Produção	Produção	350,00	10	3.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Videolaringoscopia	Produção	Produção	Produção	120,00	10	1.200,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista RT	Fixo	Fixo	Fixo	10.000,00	1	10.000,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Cirurgião	Dia	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1.650,00	1	42.570,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista	Dia	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1.650,00	1	42.570,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista	Noite	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1.650,00	1	42.570,00	Pessoa Jurídica
STAFF	Anestesiologia	Fixo	Fixo	Fixo	39.529,60	1	39.529,60	Pessoa Jurídica
TOTAL							**580.226,75**	

Quantidade*: Para as contratações como forma de produção, o quantitativo se refere ao número de consultas/exames.

Valor Base*: Para as contratações como forma de produção os valores são referentes ao valor de consulta /exame e para os fixos os valores são mensais.

Juiz de Fora/MG, 20 de Setembro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 0260-9EF3-A037-9323.

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 0260-9EF3-A037-9323.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/0260-9EF3-A037-9323 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 0260-9EF3-A037-9323

Hash do Documento

49984F1C454018455788F56DBD2996799A5E4479CA74F546FA0EF1EBA04985CF

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/09/2024 é(são) :

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 20/09/2024 16:34 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 16:33:30 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.775584433333332 Longitude: -43.356494149999996 Accuracy: 5
IP 152.255.115.93
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
6659A025C14DBEB1B75D3A94271AC7E7122DE88BD1F983E64B758A85350EE067

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 20/09/2024 16:29 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Fri Sep 20 2024 16:30:01 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782347 Longitude: -43.3593258 Accuracy: 100
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

864233F5ED5294AE5FC88C98A65E030DAB0216FBB5AD8BDEBBD19A0491CAA00C

Recursos Humanos - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

Cargo	Quantidade	Salário base	Dissídio	Gratificação	Assiduidade	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salários	Férias, 13° Salário e Encargos	Total Férias, 13° Salário e Encargos	Verbas Rescisórias	Total Verbas Rescisórias	Vale Transporte	Cesta Básica	Auxilio Creche	Total Benefícios
Analista Administrativo Junior - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	200,34	-	-	-	**3.062,34**	885,48	**885,48**	377,68	**377,68**	-	440,00	-	**440,00**
Analista de Indicadores - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	200,34	-	-	-	**3.062,34**	885,48	**885,48**	377,68	**377,68**	-	440,00	-	**440,00**
Analista de Qualidade Pleno - Dia - Diarista	1	3.710,00	296,80	280,48	-	-	-	**4.287,28**	1.239,67	**1.239,67**	528,75	**528,75**	-	440,00	-	**440,00**
Aprendiz em ocupações administrativas - Dia - Diarista	2	1.000,00	80,00	75,60	-	-	-	**2.311,20**	334,14	**668,28**	142,52	**285,04**	85,20	440,00	-	**1.050,40**
Assistente Administrativo Junior - Dia - Diarista	5	1.550,00	124,00	117,18	-	-	-	**8.955,90**	517,92	**2.589,60**	220,91	**1.104,53**	49,56	440,00	-	**2.447,80**
Assistente Administrativo Pleno - Dia - Diarista	1	1.833,80	146,70	138,64	-	-	-	**2.119,14**	612,75	**612,75**	261,35	**261,35**	31,17	440,00	-	**471,17**
Assistente de Recursos Humanos - Dia - Diarista	1	2.014,00	161,12	152,26	-	-	-	**2.327,38**	672,96	**672,96**	287,04	**287,04**	19,49	440,00	-	**459,49**
Assistente de Recursos Humanos Sênior - Dia - Diarista	1	2.800,00	224,00	211,68	-	-	-	**3.235,68**	935,60	**935,60**	399,06	**399,06**	-	440,00	-	**440,00**
Assistente Social - Dia - Diarista	1	2.800,00	224,00	211,68	-	-	-	**3.235,68**	935,60	**935,60**	399,06	**399,06**	-	440,00	-	**440,00**
Assistente Social Hemodiálise - Dia - Diarista	1	2.800,00	224,00	-	-	-	-	**3.024,00**	874,39	**874,39**	372,95	**372,95**	-	440,00	-	**440,00**
Assistente Social RT - Dia - Diarista	1	3.500,00	280,00	264,60	-	-	-	**4.044,60**	1.169,50	**1.169,50**	498,82	**498,82**	-	440,00	-	**440,00**
Atendente Call Center - Dia - Diarista	4	1.484,00	118,72	112,19	-	-	-	**6.859,64**	495,87	**1.983,47**	211,50	**846,00**	53,84	440,00	-	**1.975,35**
Auxiliar de Estoque - Dia - Diarista	3	1.484,00	118,72	112,19	-	-	-	**5.144,73**	495,87	**1.487,60**	211,50	**634,50**	53,84	440,00	-	**1.481,51**
Auxiliar de Limpeza/ Serviços Gerais - Dia - Diarista	6	1.450,00	116,00	109,62	-	282,40	-	**11.748,12**	566,16	**3.396,97**	241,48	**1.448,90**	56,04	440,00	-	**2.976,24**
Auxiliar de Saúde Bucal - Dia - Diarista	3	2.500,00	200,00	189,00	-	282,40	-	**9.514,20**	917,01	**2.751,03**	391,13	**1.173,39**	-	440,00	-	**1.320,00**
Cirurgião Dentista Clínico Geral - Dia - Diarista	2	6.500,00	520,00	-	-	282,40	-	**14.604,80**	2.111,49	**4.222,98**	900,60	**1.801,21**	-	440,00	-	**880,00**
Cirurgião Dentista Clínico Geral RT - Dia - Diarista	1	6.500,00	520,00	702,00	-	282,40	-	**8.004,40**	2.314,47	**2.314,47**	987,18	**987,18**	-	440,00	-	**440,00**
Coordenador Administrativo - Policlínica - Dia - Diarista	1	7.692,31	615,38	581,54	-	-	-	**8.889,23**	2.570,32	**2.570,32**	1.096,31	**1.096,31**	-	440,00	-	**440,00**
Eletricista - Dia - Diarista	1	2.500,00	200,00	189,00	-	1.080,00	-	**3.969,00**	1.147,64	**1.147,64**	489,50	**489,50**	-	440,00	-	**440,00**
Encarregado de Limpeza - Dia - Diarista	1	2.500,00	200,00	189,00	-	282,40	-	**3.171,40**	917,01	**917,01**	391,13	**391,13**	-	440,00	-	**440,00**
Enfermeiro - Dia - Diarista	4	4.750,00	285,00	-	-	282,40	-	**21.269,60**	1.537,53	**6.150,10**	655,79	**2.623,18**	-	440,00	-	**1.760,00**
Enfermeiro Pleno - Dia - Diarista	1	5.700,00	342,00	-	-	282,40	-	**6.324,40**	1.828,70	**1.828,70**	779,99	**779,99**	-	440,00	-	**440,00**
Enfermeiro SCIH - Dia - Diarista	1	4.750,00	285,00	-	-	282,40	-	**5.317,40**	1.537,53	**1.537,53**	655,79	**655,79**	-	440,00	-	**440,00**
Farmacêutico - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	-	94,48	282,40	-	**5.100,91**	1.474,93	**1.474,93**	629,10	**629,10**	-	440,00	-	**440,00**
Fisioterapeuta - Dia - Diarista	2	2.496,00	199,68	-	134,78	282,40	-	**6.225,73**	900,08	**1.800,17**	383,91	**767,82**	-	440,00	-	**880,00**
Fisioterapeuta RT - Dia - Diarista	1	3.200,00	256,00	-	172,80	282,40	-	**3.911,20**	1.130,92	**1.130,92**	482,37	**482,37**	-	440,00	-	**440,00**
Fonoaudiólogo - Dia - Diarista	1	4.149,90	331,99	-	-	282,40	-	**4.764,29**	1.377,60	**1.377,60**	587,58	**587,58**	-	440,00	-	**440,00**
Gerente de Enfermagem - Dia - Diarista	1	6.650,00	399,00	-	-	282,40	-	**7.331,40**	2.119,87	**2.119,87**	904,18	**904,18**	-	440,00	-	**440,00**
Gestor de Cuidados - Dia - Diarista	1	5.700,00	456,00	-	-	282,40	-	**6.438,40**	1.861,66	**1.861,66**	794,05	**794,05**	-	440,00	-	**440,00**
Jardineiro - Dia - Diarista	1	1.769,20	141,54	133,75	-	282,40	-	**2.326,89**	672,82	**672,82**	286,98	**286,98**	35,36	440,00	-	**475,36**
Motorista de automovel - Dia - Diarista	4	2.200,00	176,00	166,32	-	-	-	**10.169,28**	735,11	**2.940,45**	313,54	**1.254,18**	7,44	440,00	-	**1.789,76**
Nutricionista - Dia - Diarista	2	2.800,00	224,00	-	151,20	282,40	-	**6.915,20**	999,77	**1.999,53**	426,43	**852,85**	-	440,00	1.412,00	**3.704,00**
Nutricionista RT - Dia - Diarista	1	3.500,00	280,00	-	189,00	282,40	-	**4.251,40**	1.229,29	**1.229,29**	524,33	**524,33**	-	440,00	1.412,00	**1.852,00**
Oficial de Manutenção - Dia - Diarista	3	2.250,60	180,05	170,15	-	564,80	-	**9.496,78**	915,33	**2.745,99**	390,41	**1.171,24**	4,16	440,00	-	**1.332,48**
Ouvidor - Dia - Diarista	1	3.999,38	319,95	302,35	-	-	-	**4.621,68**	1.336,36	**1.336,36**	569,99	**569,99**	-	440,00	-	**440,00**
Psicólogo Clínico - Dia - Diarista	1	3.200,00	256,00	241,92	-	282,40	-	**3.980,32**	1.150,91	**1.150,91**	490,89	**490,89**	-	440,00	-	**440,00**
Psicólogo Clínico Hemodiálise - Dia - Diarista	1	3.200,00	256,00	-	-	282,40	-	**3.738,40**	1.080,96	**1.080,96**	461,06	**461,06**	-	440,00	-	**440,00**
Psicólogo RT - Dia - Diarista	1	3.800,00	304,00	287,28	-	282,40	-	**4.673,68**	1.351,39	**1.351,39**	576,40	**576,40**	-	440,00	-	**440,00**
Recepcionista - Dia - Diarista	14	1.550,00	124,00	117,18	-	-	-	**25.076,52**	517,92	**7.250,88**	220,91	**3.092,69**	49,56	440,00	-	**6.033,84**
Supervisor de Aplicações Técnicas do Raio-x - Dia - 24 h	1	4.000,00	320,00	-	-	1.728,00	-	**6.048,00**	1.748,78	**1.748,78**	745,90	**745,90**	-	440,00	-	**440,00**
Supervisor de Farmácia - Dia - Diarista	1	5.200,00	416,00	-	112,32	282,40	-	**6.010,72**	1.738,00	**1.738,00**	741,30	**741,30**	-	440,00	-	**440,00**
Supervisor de Manutenção - Dia - Diarista	1	4.500,00	360,00	340,20	-	-	-	**5.200,20**	1.503,64	**1.503,64**	641,34	**641,34**	-	440,00	-	**440,00**
Supervisor NIR - Dia - Diarista	1	4.750,00	380,00	359,10	-	-	-	**5.489,10**	1.587,17	**1.587,17**	676,97	**676,97**	-	440,00	-	**440,00**
Técnico de Apoio ao Usuário TI - Dia - Diarista	1	2.288,00	183,04	172,97	-	-	-	**2.644,01**	764,52	**764,52**	326,09	**326,09**	1,74	440,00	-	**441,74**
Técnico de Enfermagem - Dia - Diarista	22	3.325,00	266,00	-	-	282,40	-	**85.214,80**	1.119,99	**24.639,86**	477,71	**10.509,54**	-	440,00	-	**9.680,00**
Técnico em Radiologia - Dia - 24 h	3	3.027,78	242,22	-	-	1.308,00	-	**13.734,01**	1.323,73	**3.971,19**	564,61	**1.693,82**	-	440,00	212,10	**1.956,30**
Técnico em Segurança do Trabalho - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	200,34	-	-	-	**3.062,34**	885,48	**885,48**	377,68	**377,68**	-	440,00	-	**440,00**
Terapeuta Ocupacional - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	-	134,78	282,40	-	**3.112,86**	900,08	**900,08**	383,91	**383,91**	-	440,00	-	**440,00**
TOTAL	**112**							**384.020,58**		**111.039,55**		**47.361,26**				**56.107,44**

Juiz de Fora/MG, 01 de Outubro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 2E69-8B43-7BF1-7F17.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 2E69-8B43-7BF1-7F17.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/2E69-8B43-7BF1-7F17 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2E69-8B43-7BF1-7F17

Hash do Documento

DE48BE0D37F4558F4532CA5ECEC3F4F5490DED687103975D8034E643259BE511

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 02/10/2024 é(são) :

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 01/10/2024 18:22 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Tue Oct 01 2024 18:23:08 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782197 Longitude: -43.3592998 Accuracy: 79.45040130615234
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
E9EE4C92A5EDC780802AC350CE2D11BAA8837D43D10772ECB4551C53525F0D86

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 01/10/2024 17:02 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Tue Oct 01 2024 17:02:11 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.778312453827475 Longitude: -43.35996958172184 Accuracy: 35
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

CDE5D0A5BEB78178EBACEC6C138D663404186D848285190A029552C46A1CAACF

Recursos Humanos Médicos PJ - Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa								
Setor	**Cargo**	**Horário**	**Forma de Plantão**	**Dia de Semana**	**Valor Base***	**Quantidade***	**Valor Total**	**Vínculo**
Gestão	Diretor Geral	Fixo	Fixo	Fixo	12.000,00	1	12.000,00	Pessoa Jurídica
Gestão	Diretor Técnico	Fixo	Fixo	Fixo	7.000,00	1	7.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Clínico Geral – linha do cuidado	Fixo	Fixo	Fixo	14.000,00	1	14.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Angiologia/Cirurgia Vascular	Produção	Produção	Produção	171,83	30	5.155,02	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Cardiologia	Produção	Produção	Produção	81,94	90	7.375,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Coloproctologia	Produção	Produção	Produção	150,00	80	12.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Dermatologia	Produção	Produção	Produção	120,00	90	10.800,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Endocrinologia	Produção	Produção	Produção	120,00	120	14.400,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Gastroenterologia	Produção	Produção	Produção	150,00	40	6.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Ginecologia	Produção	Produção	Produção	80,00	60	4.800,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Hematologia	Produção	Produção	Produção	180,00	30	5.400,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Infectologia	Produção	Produção	Produção	95,00	10	950,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Mastologia	Produção	Produção	Produção	104,00	60	6.240,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Nefrologia	Produção	Produção	Produção	150,00	70	10.500,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Neurologia	Produção	Produção	Produção	160,00	140	22.400,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	Produção	Produção	Produção	80,00	10	800,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Oftalmologia	Produção	Produção	Produção	76,67	350	26.832,75	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Ortopedia/Traumatologia	Produção	Produção	Produção	50,00	100	5.000,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Otorrinolaringologia	Produção	Produção	Produção	110,00	250	27.500,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Pediatria	Produção	Produção	Produção	120,00	40	4.800,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Pneumologia	Produção	Produção	Produção	165,00	60	9.900,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Psiquiatria	Produção	Produção	Produção	95,00	20	1.900,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Reumatologia	Produção	Produção	Produção	180,00	90	16.200,00	Pessoa Jurídica
Ambulatório Médico	Urologia	Produção	Produção	Produção	80,00	90	7.200,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Audiometria	Produção	Produção	Produção	200,00	5	1.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Cistoscopia	Produção	Produção	Produção	1.000,00	5	5.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Colonoscopia	Produção	Produção	Produção	125,00	100	12.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Colposcopia	Produção	Produção	Produção	180,00	10	1.800,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Densitometria Óssea	Produção	Produção	Produção	40,00	90	3.600,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Doppler Vascular	Produção	Produção	Produção	171,83	80	13.746,72	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Ecocardiografia	Produção	Produção	Produção	131,94	50	6.597,22	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletrocardiografia	Produção	Produção	Produção	23,81	10	238,10	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletroencefalografia	Produção	Produção	Produção	145,00	15	2.175,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Eletroneuromiografia	Produção	Produção	Produção	295,00	40	11.800,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Endoscopia	Produção	Produção	Produção	125,00	120	15.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Espirometria	Produção	Produção	Produção	150,00	50	7.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Holter	Produção	Produção	Produção	23,81	50	1.190,48	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Mamografia	Produção	Produção	Produção	50,00	100	5.000,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	MAPA	Produção	Produção	Produção	23,81	50	1.190,48	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama	Produção	Produção	Produção	150,00	5	750,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide	Produção	Produção	Produção	150,00	10	1.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Punção aspirativa por agulha grossa	Produção	Produção	Produção	150,00	5	750,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Radiologia	Produção	Produção	Produção	7,50	90	675,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Teste Ergométrico	Produção	Produção	Produção	62,50	60	3.750,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Tomografia	Produção	Produção	Produção	55,00	150	8.250,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Ultrassonografia	Produção	Produção	Produção	70,00	150	10.500,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Urodinâmica	Produção	Produção	Produção	350,00	5	1.750,00	Pessoa Jurídica
SADT Externo	Videolaringoscopia	Produção	Produção	Produção	120,00	10	1.200,00	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Doppler Vascular	Produção	Produção	Produção	171,83	12	2.062,01	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Ecocardiografia	Produção	Produção	Produção	131,94	5	659,72	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Eletrocardiografia	Produção	Produção	Produção	23,81	73	1.738,10	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Eletroencefalografia	Produção	Produção	Produção	145,00	9	1.305,00	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Espirometria	Produção	Produção	Produção	150,00	11	1.650,00	Pessoa Jurídica
SADT Interno	MAPA	Produção	Produção	Produção	23,81	5	119,05	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Radiologia	Produção	Produção	Produção	7,50	128	960,00	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Tomografia	Produção	Produção	Produção	55,00	118	6.490,00	Pessoa Jurídica
SADT Interno	Ultrassongrafia	Produção	Produção	Produção	70,00	276	19.320,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista RT	Fixo	Fixo	Fixo	10.000,00	1	10.000,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Cirurgião	Dia	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1.650,00	1	42.570,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista	Dia	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1.650,00	1	42.570,00	Pessoa Jurídica
Hemodiálise	Nefrologista	Noite	Plantão 12 Horas	Segunda a Sábado	1.650,00	1	42.570,00	Pessoa Jurídica
STAFF	Anestesiologia	Fixo	Fixo	Fixo	39.529,60	1	39.529,60	Pessoa Jurídica
TOTAL							**568.159,22**	

Quantidade*: Para as contratações como forma de produção, o quantitativo se refere ao número de consultas/exames.

Valor Base*: Para as contratações como forma de produção os valores são referentes ao valor de consulta /exame, para os fixos os valores são mensais e para os plantonistas os valores são referentes ao plantão.

Juiz de Fora/MG, 01 de Outubro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9543-FD90-CD6D-50FB.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9543-FD90-CD6D-50FB.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/9543-FD90-CD6D-50FB ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9543-FD90-CD6D-50FB

Hash do Documento

F4B4D5D7F036A92A8D6EFE2DB6AA3857F3F0769651FB43D073BA4D198AE5CF57

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 02/10/2024 é(são) :

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 01/10/2024 18:22 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Tue Oct 01 2024 18:22:42 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782197 Longitude: -43.3592998 Accuracy: 43.01679992675781
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
48E66880D1DDED494937F499DC82769191BEF659EBDC76B7CFBEFA9255E80C2D

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 01/10/2024 17:01 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Tue Oct 01 2024 17:00:51 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.778312453827475 Longitude: -43.35996958172184 Accuracy: 35
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

48FA46B497597DCC323D65E2476FFFF1A604342E8C7267E62916B5311166B577

Orçamento

Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa

PESSOAL	MÊS 01	TOTAL 36 MESES
Salários	384.020,58	13.824.741,02
Benefícios	56.107,44	2.019.867,73
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	111.039,55	3.997.423,87
Verbas Rescisórias - Provisões	47.361,26	1.705.005,31
Serviços Médico - PJ	568.159,22	20.453.732,08
TOTAL	**1.166.688,06**	**42.000.770,00**
MATERIAIS	**MÊS 01**	**TOTAL 36 MESES**
Drogas e Medicamentos	29.075,75	1.046.726,92
Materiais de Consumo Hospitalar	81.121,34	2.920.368,10
Materiais Odontológicos	4.652,12	167.476,31
Material de Limpeza	8.122,31	292.403,16
Material de Expediente	10.216,42	367.791,10
Material de Informática	2.326,06	83.738,15
Material de Manutenção	11.303,20	406.915,09
Roupas Profissionais e Epi	6.512,97	234.466,83
Combustíveis e Lubrificantes	6.396,66	230.279,92
Bens de Pequeno Valor Deduzidos	1.744,54	62.803,61
TOTAL	**161.471,37**	**5.812.969,20**
GERAIS	**MÊS 01**	**TOTAL 36 MESES**
Serviços - Manutenção Predial	42.893,87	1.544.179,42
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	154.823,08	5.573.630,75
Segurança Patrimonial	39.860,61	1.434.981,96
Serviços - Manutenção Equipamentos em Geral	8.373,82	301.457,35
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	18.230,49	656.297,78
Serviços - Manutenção Equipamentos de Informática	8.082,19	290.958,68
Serviços Laboratoriais	208.193,45	7.494.964,36
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	198.586,75	7.149.122,86
Locação de Equipamentos de Informática	34.870,98	1.255.355,29
Gases Medicinais	18.143,27	653.157,60
Dedetização	6.222,68	224.016,31
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	1.823,05	65.629,78
Assessoria em Programas de Qualidade	34.707,21	1.249.459,71
Licenças de Software	117.108,96	4.215.922,60
Serviços Especializados	10.938,30	393.778,67
Divulgação Institucional	8.507,56	306.272,30
Despesas com Hospedagem e Alimentação	42.537,82	1.531.361,48
Rateio	72.040,35	2.593.452,74
TOTAL	**1.025.944,43**	**36.933.999,62**

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código C140-CD47-6124-8BB9.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código C140-CD47-6124-8BB9.

Orçamento Policlínica Estadual da Região do Entorno – Formosa		
INDIRETOS	**MÊS 01**	**TOTAL 36 MESES**
Água Ind.	8.507,56	306.272,30
Energia Elétrica Ind.	30.384,16	1.093.829,63
Internet	4.010,70	144.385,07
Telefone	4.338,86	156.198,87
TOTAL	**47.241,27**	**1.700.685,87**
TOTAL GERAL	**2.401.345,13**	**86.448.424,68**

Juiz de Fora/MG, 01 de Outubro de 2024

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código C140-CD47-6124-8BB9.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código C140-CD47-6124-8BB9.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/C140-CD47-6124-8BB9 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: C140-CD47-6124-8BB9

Hash do Documento

3C055138E377E931922B138210CCBF2867250AA5E83CEB4099305CB53D534DA8

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 02/10/2024 é(são) :

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 01/10/2024 18:20 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Tue Oct 01 2024 18:20:47 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7782277 Longitude: -43.3592958 Accuracy: 17.05699920654297
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR
Assinatura:

Hash Evidências:
068B0CB0C89514FA2F7367FC0336C9268002DADF381B1E67D3543C19A293B4F5

☑ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 01/10/2024 17:04 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Tue Oct 01 2024 17:04:57 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.778312453827475 Longitude: -43.35996958172184 Accuracy: 35
IP 186.233.41.210
Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:

Hash Evidências:

D3BBBF25D93F821994A7609A81DD0AC5FDA22A303F1D229573D88D2476B243D3