IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS – GOIÁS

PROPOSTA DE TRABALHO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202400010033097
Chamamento Público nº 09/2024

SUMÁRIO

PASTA I

1. INTRODUÇÃO	**00006**
1.1. APRESENTAÇÃO – PORTIFÓLIO DO IGA	**00006**
1.2. OBJETIVOS	**00010**
1.2.1. Objetivo Geral	**00010**
1.2.2. Objetivos Específicos	**00010**
2. MODELO GERENCIAL	**00012**
2.1. ÁREA DE ATIVIDADE	**00012**
2.1.1. Informações sobre a Unidade	**00012**
2.1.2. Organização das Atividades	**00012**
2.1.2.1. Descrição dos Serviços	**00013**
2.1.2.2. Cronograma para Implantação/Operacionalização das Atividades	**00024**
2.1.2.3. Articulação com as Unidades da Rede para Contrarreferência de Usuários.	**00026**
2.1.3. Implantação de Fluxos	**00028**
2.1.3.1. Fluxos para Gestão de Acesso - Circulação em Áreas Externas, Internas e Restritas	**00029**
2.1.3.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos	**00038**
2.1.3.3. Fluxo Unidirecional para Circulação de Materiais Esterilizados	**00046**
2.1.3.4. Fluxo Unidirecional para Circulação de Roupas	**00047**
2.1.3.5. Fluxo Unidirecional para Circulação de Resíduos de Saúde	**00048**
2.1.4. Implantação da Gestão	**00049**
2.1.4.1. Implantação da Logística de Suprimentos	**00049**
2.1.4.2. Proposta de Regimento Interno para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis	**00058**
2.1.4.3. Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem	**00078**
2.1.4.4. Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	**00085**
2.1.4.5. Proposta de Regimento do Corpo Clínico	**00092**
2.1.5. Implantação dos Processos	**00098**
2.1.5.1. Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais	**00098**
2.1.5.2. Manual de Rotinas para Faturamento de Procedimentos e Envio de Informações	**00100**
2.1.5.3. Manual de Rotinas Administrativas para a Gestão de Almoxarifado e Patrimônio	**00102**
2.1.5.4. Manual de Rotinas para a Administração Financeira e Prestação de Contas	**00109**
2.2. INCREMENTO DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL	**00110**
2.2.1. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	**00110**

PASTA II

3. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE OBJETIVA	**00112**
3.1. – IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES, NÚCLEOS E GRUPOS DE TRABALHO	**00112**
3.1.1. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde – CCIRAS	**00113**
3.1.2. Comissão de Ética Médica – CEM	**00116**
3.1.3. Comissão de Ética Multiprofissional – CEMU	**00120**
3.1.4. Comissão de Proteção Radiológica – CPR	**00124**
3.1.5. Comissão de Biossegurança – CB	**00128**
3.1.6. Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB	**00130**
3.1.7. Comitê de Ética em Pesquisa – CEP	**00132**
3.1.8. Comitê de Compliance – CC	**00138**
3.1.9. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT	**00140**
3.1.10. Comissão de Análise e Revisão de Prontuário de Pacientes – CARPP	**00143**
3.1.11. Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT	**00146**
3.1.12. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	**00149**
3.1.13. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS	**00153**
3.1.14. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP	**00157**
3.2. OUTRAS COMISSÕES	**00158**
3.2.1. Comissão de Ética de Enfermagem	**00158**
3.2.2. Núcleo Interno de Agendamento - NIA	**00161**
3.2.3. Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NVE	**00161**
4. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE SUBJETIVA	**00162**
4.1. ACOLHIMENTO	**00162**
4.1.1. Manual de Humanização com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Usuários e Acompanhantes na Policlínica.	**00162**
4.1.2. Proposta para implantação do Acolhimento e Atendimento dos usuários na Policlínica.	**00162**
4.2. ATENDIMENTO	
4.2.1. Proposta de Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação.	**00166**
4.2.2. 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	**00172**
4.2.3. Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária.	**00173**

5. QUALIDADE TÉCNICA	**00174**
5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE	**00174**
5.1.1. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*)	**00174**
5.1.2. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*)	**00174**
5.1.3. 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 leitos. (*)	**00174**
5.1.4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar.	**00174**
5.1.5. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade, com anuência posterior da SES/GO.	**00174**
5.2. ESTRUTURA DA GESTÃO	**00175**
5.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.	**00175**
5.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***)	**00179**
5.2.3. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****)	**00179**

PASTA III

5.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	**00180**
5.3.1. Apresentação de Quadro de Pessoal Médico, não Médico e Técnico por área de atenção/atividade:	**00180**
5.3.1.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário.	**00180**
5.3.1.2. Apresentação de Quadro de Pessoal não Médico e Técnico por área de atenção/atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	**00180**
5.3.2. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	**00181**
5.3.3. Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.	**00202**
5.3.4. Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica	**00223**
5.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	**00224**
5.4.1. Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	**00224**
5.4.2. Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	**00232**
5.4.3. Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.	**00244**
5.4.4. Normas para realização de procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais	**00278**
5.4.5. Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	**00284**
5.5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	**00286**
5.5.1. Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	**00286**
5.5.2. Apresentação de Plano de Cargos e Salários.	**00293**
5.5.3. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo e estimular produção.	**00295**
5.5.4. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	**00300**
6. PROPOSTA DE PREÇO – PLANILHAS DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS	**00302**

PASTA IV

ANEXOS	00303
ANEXO I - QUALIDADE TÉCNICA - Experiência Anterior em Gestão de Unidades de Saúde	00304
ANEXO II - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO, NÃO MÉDICO E TÉCNICO POR ÁREA DE ATENÇÃO/ATIVIDADE	00370
ANEXO III - QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA E NÃO MÉDICA	00374
ANEXO IV - PROPOSTA DE PREÇO – PLANILHAS DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS	00381

IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS - GOIÁS

PROPOSTA DE TRABALHO

]

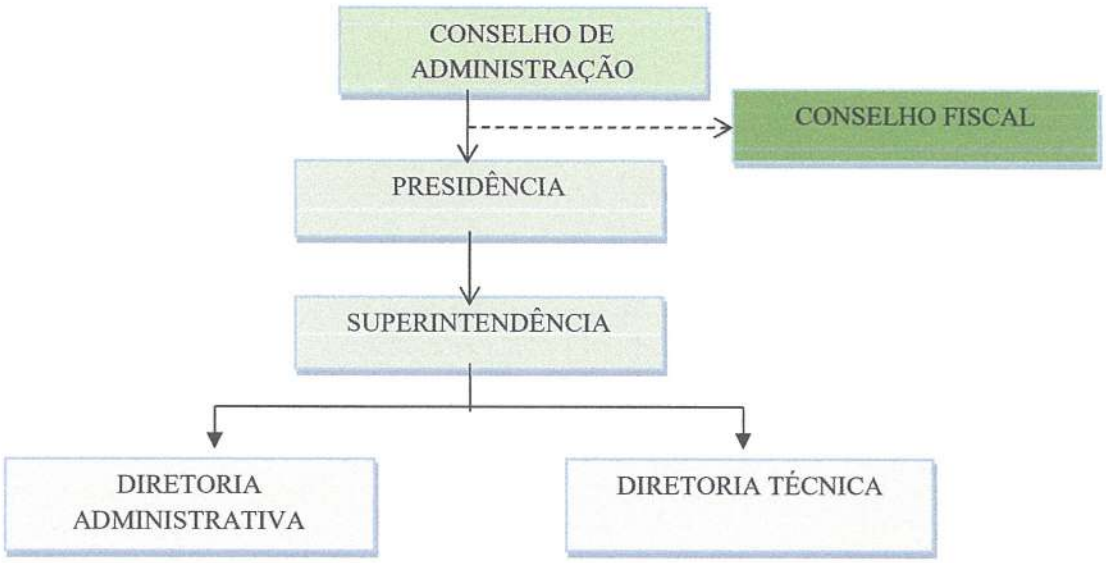
PASTA I

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202400010033097
Chamamento Público nº 09/2024

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO – PORTIFÓLIO DO IGA

O Instituto de Gestão Aliança – IGA é uma associação de direito civil, filantrópica, credenciada como Organização Social, fundada há mais de 15 anos, que tem a finalidade de promover a Gestão, Operacionalização e Execução de atividades de assistência à saúde da população através de celebração de convênios e contratos com entidades de direito público e/ou privado. A estrutura organizacional do IGA está composta da seguinte forma:



Os objetivos do IGA congregam linhas de comportamento empresarial que envolvem a avaliação, planejamento, gestão e operacionalização de empreendimentos públicos e privados utilizando ferramentas de produtividade e qualidade, com foco na satisfação plena dos clientes. Para tanto, desenhou as seguintes premissas:

- **Missão:** aperfeiçoar a gestão de Unidades de Saúde com o desenvolvimento e qualificação dos Recursos Humanos.
- **Visão:** conquistar o reconhecimento nacional e internacional pelos resultados produzidos com o trabalho de sua quipe multiprofissional.
- **Valores:** empenho, dedicação, transparência, economia, foco, perseverança e competência.

O Modelo de Gestão adotado é norteado por objetivos visando priorizar e valorizar seus parceiros/colaboradores e buscando as melhores e mais modernas ferramentas de gestão, sempre focado no resultado final que é a satisfação dos seus clientes internos e externos. Para tanto, adota os requisitos do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar perseguindo o aprimoramento e o monitoramento da qualidade da assistência prestada com consequente e contínua melhoria nos padrões de gestão das Instituições de Saúde sob sua responsabilidade. O IGA direciona seus esforços para a Gestão de Unidades de Saúde calcado em procedimentos, processos e técnicas de administração diretamente vinculadas a uma política de alta produtividade com baixo custo e Utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis para alcançar as metas contratadas, sempre considerando os princípios e diretrizes da legislação vigente. No que se refere ao binômio Qualidade/Produtividade apoia-se em diretrizes que se impõem tais quais:

- Racionalização de custos e simplificação nas ações para evitar a burocratização excessiva e priorizar o acesso direto ao cliente;
- Redução do tempo consumido nos processos destinados ao atendimento dos clientes/pacientes;
- Gestão de atendimento voltada para uma assistência resolutiva, abrangente e com qualidade;
- Implantação de sistema de avaliação dos processos de trabalho através de indicadores de eficiência buscando aprimoramento nos serviços da Unidade;
- Trabalho de forma integrada e em cooperação com a Autoridade Municipal/Estadual da Unidade e Órgãos Colegiados do SUS;
- Articulação com a rede assistencial visando à construção de fluxos de referência e contra referência mantendo estreita e ininterrupta interação com os Complexos Reguladores Estadual/Municipal visando à otimização da oferta de serviços disponíveis bem como o acolhimento dos pacientes por ela referenciados;
- Promoção do acompanhamento tecnológico para a melhoria da assistência aos clientes e a evolução permanente dos conhecimentos e habilidades das equipes técnica e administrativa da Unidade, de acordo com as diretrizes da Instituição contratante e a disponibilidade de recursos;
- Realização de uma administração especializada e comprometida com os resultados sociais e econômicos de cada Instituição contratante sempre com foco nos usuários assistidos;
- Utilização de sistema de avaliação dos processos de trabalho através de indicadores de eficiência buscando aprimoramento contínuo nos serviços;
- Promoção do desenvolvimento técnico/profissional através da oferta de programas de educação permanente, capacitações e aperfeiçoamentos;
- Cumprimento da legislação do MS, Conselhos de Classe dos Profissionais de Saúde, Secretarias Municipais/Estaduais de Saúde, bem como as normas, determinações, regulamentações e diretrizes do SUS.

O IGA, ao longo de sua experiência no mercado de trabalho, vem desenvolvendo suas atividades gerenciais em EAS's com perfis diversos e contratualização com instâncias também diversas, o que lhe confere ampla experiência na área de Gestão em Serviços de Saúde e vem obtendo avaliações positivas entre 94 e 100%, sendo estas realizadas por auditorias da Instituição Contratante o que evidencia que a filosofia de gestão adotada pelo IGA tem sido exitosa sem, contudo, abrir espaço para a busca cada vez mais intensa da excelência dos seus serviços prestados. A seguir, listamos as experiências do Instituto:

Estabelecimentos de Saúde sob a Gestão do IGA que compõem a Rede Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB			
Unidade	**Localização**	**Perfil**	**Especialidade**
Unidade de Emergência de São Caetano – UESC	Distrito Sanitário de São Caetano/Valéria-Salvador/Ba	Urgência e Emergência de média e baixa complexidade	Clínica Médica e Pediatria
		Ambulatório eletivo	Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social
Hospital Geral Manoel Victorino – HGMV	Bairro de Nazaré - Salvador/Ba	108 leitos de média e alta complexidade e 10 leitos de UTI	Cirurgias traumato-ortopédicas a pacientes referenciados pela Regulação Estadual
Hospital Regional Dantas Bião – HRDB	Alagoinhas/Ba	110 leitos de média e alta complexidade e 10 leitos de UTI	Urgência e Emergência em Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Neurológica e Traumatológica
Hospital de Cirurgias do Recôncavo – HCR	Sapeaçu/Ba	20 leitos de média complexidade	Cirurgia Geral Eletiva
Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Vitória da Conquista	Vitória de Conquista/Ba	Porte III com 04 leitos de estabilização e 36 leitos de observação	Urgência e Emergência em Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Traumatologia
Hospital Alayde Costa	Salvador/Ba	82 leitos de média e alta complexidade e 20 leitos de UTI	Clínica Médica, Cardiologia e Nefrologia
		Ambulatório de Nefrologia	Nefrologia com CAPD
Hospital Geral da Costa do Cacau	Ilhéus/Ba	124 leitos de média e alta complexidade e 30 leitos de UTI	Urgência e Emergência em Clínica Médica, Cirúrgica, Traumatologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardiovascular e Serviço de Hemodinâmica
		Ambulatório eletivo	Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cardiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Buco Maxilar, Ortopedia, Urologia, e Anestesiologia

Estabelecimentos de Saúde sob a Gestão do IGA que compõem a Rede Assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - SMS			
Unidade	**Localização**	**Perfil**	**Especialidade**
Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de San Martim	Bairro de Fazenda Grande do Retiro – Salvador/Ba	Porte III com 04 leitos de estabilização e 36 leitos de observação	Urgência e Emergência em Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Traumatologia.
Unidade de Pronto Atendimento de São Marcos	Bairro de São Marcos – Salvador/Ba	Unidade de Pronto Atendimento de baixa e média complexidade com 01 leito de estabilização e 17 leitos de observação	Urgência e Emergência em Clínica Médica, Cirúrgica e Pediatria.
Hospital 2 de Julho	Bairro de São Marcos – Salvador/Ba	70 leitos de baixa e média complexidade	Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Traumatologia.

Estabelecimentos de Saúde sob a Gestão do IGA que compõem a Rede Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE			
Unidade	**Localização**	**Perfil**	**Especialidade**
Unidade Pernambucana de Atenção Especializada	Abreu e Lima/Pe	Ambulatório de Especialidades (Multicentro)	Alergologia, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Colposcopia, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia Clínica, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia
		Hospital Dia e Centro Cirúrgico	Cirurgias eletivas de pequeno e médio porte nas especialidades atendidas em ambulatório

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

- ✓ Organizar e operacionalizar os serviços da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinopólis – Goiás para prestar assistência ambulatorial nas especialidades previstas a pacientes referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios da Região de Saúde, por meio da Regulação Estadual, ofertando atendimento à saúde pautado nos princípios do SUS, no conceito da Clínica Ampliada e nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização e Qualidade da Assistência.

1.2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Funcionar por 12 horas, em todos os dias úteis do ano, no horário de 07:00 às 19:00 horas no Serviços de Ambulatório Especializado;
- ✓ Desenvolver a gestão da clínica ampliada para assistência integral e humanizada criando vínculo com o usuário e comunidade e envolvendo os equipamentos sociais disponíveis;
- ✓ Assistir ao paciente com base no princípio da integralidade e em Projetos Terapêuticos Singulares adequados para as Linhas Guia do Cuidado;
- ✓ Adotar metodologia de gestão visando ofertar assistência resolutiva e abrangente através de medidas que visem o seu aprimoramento;
- ✓ Utilizar o Protocolo de Acolhimento Com Classificação de Risco, considerando as necessidades de atenção de saúde, de modo a priorizar o atendimento conforme o grau de sofrimento ou a gravidade do caso, como diretriz de acesso a pacientes;
- ✓ Elaborar, implantar e revisar periodicamente os protocolos de acolhimento, atendimentos clínicos e cirúrgicos, de classificação de risco e de procedimentos assistenciais e administrativos, atualizando-os sempre que necessário e disponibilizando-os aos funcionários;
- ✓ Articular-se continuamente com a rede de assistência à saúde visando à construção de novos fluxos de referência e contra referência, bem como o fortalecimento dos fluxos já existentes;
- ✓ Manter na Unidade equipe multiprofissional e interdisciplinar qualificada compatível com a demanda de serviços;
- ✓ Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade;
- ✓ Realizar uma administração especializada e comprometida com os resultados sociais e econômicos da Unidade, corrigindo as desconformidades identificadas em avaliações sistemáticas;
- ✓ Aprimorar o sistema de avaliação dos processos de trabalho através de indicadores de eficiência buscando melhoria contínua nos serviços e, consequentemente, na Qualidade Técnica da Unidade;
- ✓ Promover o desenvolvimento técnico-profissional através da oferta de programas de educação permanente, treinamentos e aperfeiçoamentos;
- ✓ Promover novos programas de desenvolvimento e incentivos para o trabalho em equipe, para a motivação e para a melhoria das relações inter e intradisciplinares, bem como continuar com aqueles já existentes;
- ✓ Cumprir as normas e determinações do Ministério da Saúde, dos Conselhos de Classe dos Profissionais de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, bem como atender as regulamentações e critérios do Sistema Único de Saúde;

- ✓ Dispor de Sistema Informatizado de Gestão aperfeiçoado, de forma que permita agilidade e fidedignidade dos dados e informações do desempenho de todos os processos da Unidade;
- ✓ Aperfeiçoar sistema eletrônico de prontuários de pacientes;
- ✓ Colaborar com as instâncias responsáveis pelas auditorias para fiscalização do Contrato de Gestão, estabelecendo parceria e integração entre a OS e órgãos auditores da SES/GO e MS buscando aprimoramento nas práticas a serem adotadas;
- ✓ Promover, à medida da disponibilidade de recursos e de acordo com a SES/GO, o acompanhamento tecnológico para a melhoria da assistência aos clientes e a evolução permanente dos conhecimentos e habilidades das equipes técnica e administrativa da Unidade.

2. MODELO GERENCIAL

2.1. ÁREA DE ATIVIDADE

2.1.1. Informações Sobre a Unidade

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis, integrante da rede assistencial da SES/GO, situada na Rua 1, nº 3, Residencial Atenas – Quirinópolis - GO, possui atendimento 100% SUS e tem foco e prioridade no atendimento ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas. Está 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. Integra a Rede Estadual de Saúde, compondo a Rede de Atenção Secundária à Saúde e atende por demanda referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde da Macrorregião Sudoeste e através Central de Regulação Estadual. Os atendimentos aos usuários serão programados por meio de agendamento de dia e horário para cada especialidade.

A Macrorregião Sudoeste de Goiás abrange as Regiões de Saúde Sudoeste I e Sudoeste II que envolve 28 municípios e tem estimativa populacional de 722.505 habitantes. O município de Quirinópolis, inserido na Região Sudoeste I, segundo estimativa do IBGE, possui 51.323 habitantes e extensão territorial de 3.786,026 km². Tem sua economia voltada para os setores de serviços (34,9%) seguido da indústria (30%), da agropecuária (22,8%) e da administração pública (12,3%). O perfil socioeconômico caracteriza-se por apresentar densidade demográfica de 12,8 hab./km2, taxa de escolarização de 97,2% da população em idade escolar, IDHM de 0,740, PIB per capita de R$ 41.843,87 e renda per capita média de 2,2 salários mínimos. Sua população feminina encontra-se em idade fértil, na faixa etária entre 15 e 49 anos e apresenta, majoritariamente, um perfil jovem, pois mais de dois terços de seus moradores estão na faixa etária de até 39 anos de idade. A oferta de serviços de abastecimento de água canalizado abrange 97,67% dos domicílios, enquanto que o esgotamento sanitário adequado e coleta de resíduos cobre 100% dela. Apresenta como principais causas de morbimortalidade as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, as doenças neoplásicas, as doenças do aparelho respiratório, além de doenças metabólicas e infecciosas. A atenção à saúde dispõe de uma Rede de Serviços SUS composta por 25 leitos hospitalares, além de estabelecimentos de saúde privados e/ou conveniados com o SUS, ESF's, UBS's, CAPS, Complexo Regulador, SAD, CEO, SAMU, Vigilância Sanitária, dentre outros. Possui também, quantidade expressiva de equipamentos sociais tanto assistenciais à saúde quanto nas áreas de educação e assistência social.

2.1.2. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

A administração da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, Goiás terá foco na gestão por resultados, através do monitoramento de indicadores e objetivos traçados, da implantação do Programa de Qualidade e Segurança do Paciente, de Comissões, de Regimentos e Protocolos Operacionais padronizados para instrumentalizar a assistência integral ao paciente.

A gestão das pessoas será orientada pelo desenvolvimento e reconhecimento de talentos, através da participação em reuniões estratégicas e elaboração de planos de trabalho a serem desenvolvidos na Unidade, treinamentos através do Plano de Desenvolvimento

Individual e educação permanente. A assistência estará baseada na discussão de casos, doutrinada pela diretriz da integralidade, em conexão com a realidade socioeconômica/cultural/demográfica e através dos princípios de acolhimento, acessibilidade, qualidade, resolutividade e humanização. A gestão da Clínica Ampliada tratará os casos individualmente e construirá os PTS - Protocolo Terapêutico Singular, traçados pelas Linhas Guia do Cuidado específicas ao perfil dos usuários. A gestão do atendimento será focada na organização dos fluxos internos, no controle da marcação de consultas, da realização de exames e pequenos procedimentos, de modo a permitir o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhorando o prognóstico e promovendo maior resolutividade dos casos. Este trabalho será desenvolvido em estreita parceria com a Gestão Estadual que terá o papel relevante de facilitador no processo de integração entre a Policlínica e os demais EAS's. A articulação com a rede de serviços será através das unidades pactuadas de referências e contra referências via Regulação Estadual e utilização de equipamentos sociais, com registros (documentos) e reuniões intersetoriais, instrumentos por onde a Unidade receberá e referenciará pacientes. A organização das atividades e serviços oferecidos está descrita nos Procedimentos Operacionais das respectivas áreas e Regimento Interno da Policlínica, que fazem parte integrante desta proposta técnica.

2.1.2.1. Descrição dos Serviços

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis funcionará com capacidade operacional instalada para o atendimento ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para as especialidades médicas previstas. Estará apta a realizar procedimentos de média complexidade, através do atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. Para tanto, a estrutura física está dividida em 02 blocos horizontais que dispõem dos ambientes detalhados a seguir:

AMBIENTES
Recepções e salas de espera
15 Consultórios Médicos
07 consultórios Multidisciplinares
01 Sala de Pequenos Procedimentos
13 Salas para Exames
01 Posto de Coleta de Exames Laboratoriais
01 Laboratório
01 Central de Abastecimento Farmacêutico
01 Farmácia Ambulatorial para Dispensação
01 Sala de Injetáveis
01 Sala para Cuidado Farmacêutico
07 poltronas para Hemodiálise
01 Sala de Gesso
03 Salas de Estabilização
01 Sala de Fisioterapia
Central de Esterilização de Material
Salas para Atividades Administrativas

A Policlínica deverá integrar-se Unidades Básicas de Saúde dos Municípios através da Regulação Estadual e organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SPAIS/SES-GO.

Prontuário do Paciente

O prontuário do paciente será individualizado, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devidamente escritos de forma clara e precisa, datados, assinados e carimbados pelo profissional responsável pelo atendimento. Após a saída do paciente da Unidade ficarão arquivados no Serviço de Arquivo de Prontuários e Estatística sob metodologia específica durante o tempo estipulado pela legislação em vigor. Implantaremos o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no 1º semestre do Contrato de Gestão.

Consentimento Informado

O Consentimento Informado é um documento que informa a decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico, sabendo da natureza do mesmo das suas consequências e dos seus riscos.

O Conselho Federal de Medicina na Lei n.º 3.268 de 30/09/1957, determina que o médico solicite a seu paciente o consentimento necessário ao diagnóstico e a terapêutica a que será submetido. Quando o paciente não estiver em plenas condições para decidir, o consentimento poderá ser dado por pessoas de sua família ou seu responsável, em caso de paciente considerado incapaz.

Na Unidade, ao ser atendido e diagnosticado pelo médico, o paciente será comunicado sobre o seu diagnóstico e plano de tratamento durante a internação. Para tanto, serão observados os seguintes aspectos:

- a personalidade e temperamento do paciente e a disposição do mesmo na hora do recebimento da informação;
- o grau atual e aparente de entendimento do paciente;
- a natureza do tratamento, sendo que quanto mais exigente for o tratamento maior será a informação;
- as possíveis consequências negativas e incidências de risco;
- a linguagem usada deverá ser acessível;
- os benefícios esperados;
- tratamentos alternativos.

O uso do Consentimento Informado será feito no ato da emissão do prontuário do paciente e para todo e qualquer procedimento de atendimento.
Processo: o médico assistente informará ao paciente ou seu responsável, esclarecendo-os acerca do procedimento ou tratamento a ser realizado e dirimindo quaisquer dúvidas. Após o exaurimento das informações, solicitará assinatura do paciente ou seu responsável no formulário apropriado, formalizando o prévio conhecimento de todos os aspectos envolvidos com o diagnóstico e o tratamento, e autorizando sua realização.
Guarda e Manuseio do Consentimento Informado: o formulário "Consentimento Informado" será assinado em três vias, sendo que a primeira ficará no prontuário do paciente, a segunda será entregue ao paciente ou responsável e a terceira ficará disponível para o médico assistente.

Serviço de Atenção Ambulatorial Especializada:
O Serviço de Ambulatório Eletivo funcionará em dias úteis, no horário das 07 às 19hs, podendo ser expandido em turnos/dias da semana para realização de Hemodiálise ou atendimento dialítico desde que pactuado e autorizado pela SES/GO. A demanda do atendimento será direcionada para os usuários referenciados pelo sistema de Regulação Estadual que realizará os agendamentos à partir da solicitação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da macrorregião na qual a Policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. Os atendimentos contemplarão as primeiras consultas, consultas subsequentes, interconsultas, procedimentos cirúrgicos terapêuticos/diagnósticos que não requerem internações hospitalares e processos terapêuticos de média duração. O atendimento nas diversas modalidades será realizado por equipe multiprofissional e equipe médica que terá a seguinte composição:

Equipe Médica	Equipe Multiprofissional
Angiologia	Assistente Social
Anestesiologia	Bucomaxilofacial
Cardiologia	Enfermeiro
Clínica Geral	Farmacêutico
Cirurgia Vascular	Fisioterapeuta
Coloproctologia	Fonoaudiólogo
Dermatologia	Nutricionista
Endocrinologia	Psicólogo
Gastroenterologia	
Ginecologia	
Hematologia	
Infectologia	
Mastologia	
Nefrologia	
Neurologia	
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	
Oftalmologia	
Ortopedia/Traumatologia	
Otorrinolaringologia	
Pediatria	
Pneumologia	
Psiquiatria	
Reumatologia	
Urologia	

A Policlínica ofertará também um rol de Serviços/Programas Especiais conforme descritos a seguir:

Serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5: para a realização de hemodiálise ou atendimento dialítico e de acordo com necessidade da região e autorização da SES-GO. Para estes atendimentos a Policlínica funcionará de segunda feira a sábado, em 3 turnos de 4 horas com intervalo de 1 hora entre eles. A Equipe Multiprofissional deverá ser composta por: 01 médico nefrologista RT, 01 médico nefrologista plantonista, 01 enfermeiro RT, 01 enfermeiro para cada 35 pacientes por turno, 01 técnico de enfermagem para 04 pacientes, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 psicólogo e 01 fisioterapeuta. A OSC irá disponibilizar 02 veículos automotores, tipo VAN com no mínimo 15 lugares com a finalidade de transportar os pacientes da macrorregião Centro Norte agendados para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise, conforme rota pré-estabelecida em Protocolo disponibilizado pela SES/GO.

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: serão realizados em consultório ou sala específica de procedimentos, com finalidade terapêuticos e/ou diagnóstica sob anestesia local ou troncular. O procedimento indicado e realizado não deverá requerer cuidados especiais no pós-operatório e nem internações hospitalares. 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. Deverá contar com equipe composta por médico cirurgião da especialidade requerida, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Serviço de Telessaúde: será ofertado à título de teleconsulta, telemonitoramento de pacientes crônicos, teleconsultoria, telediagnóstico e apoio Matricial das equipes da

Atenção Primária para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica. As vagas para o serviço serão disponibilizadas pela Policlínica para todas as equipes de atenção Primária da Macrorregião de abrangência e serão agendadas pela Unidade conforme escala pré estabelecida entre a Equipe Técnica da Regulação Estadual e a OSC.

Serviço de Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12): consiste na assistência ambulatorial multidisciplinar prestada a pessoas portadoras de HIV/AIDS e Hepatites Virais. A equipe será composta por: infectologista, farmacêutico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, cirurgião dentista e técnico de enfermagem. Terá como principais premissas: prestar assistência integral através da Equipe Multiprofissional; facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras; coletar amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados; dispensar os medicamentos padronizados pelo Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, conforme solicitações médicas, obedecendo aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, à logística de insumos, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) 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.

Centro Especializado em Odontologia Tipo I (CEO I): a proposta de implantação deste serviço será apresentada à SES/GO pelo IGA no prazo previsto em Edital e o projeto contemplará:

- as adequações da estrutura física contemplando 03 consultórios odontológicos;
- a previsão de atendimentos nas áreas de Periodontia, Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros, Endodontia, Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais - PNE e Diagnóstico Bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca;
- o cronograma de aplicação e a estimativa de custeio discriminado para o investimento.

Práticas Integrativas e Complementares - PIC: o IGA propõe a implantação de procedimento de **Reiki e Acupuntura**, atendendo a exigência do Edital. Estes procedimentos serão ofertados a usuários da Policlínica que necessitem de tratamento adjuvante da dor, assim como portadores de doenças crônicas não transmissíveis, visando a promoção da saúde. Os profissionais selecionados para a prática do Reiki e da Acupuntura deverão possuir formação ou especialização específica na área em que forem atuar.

Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial: consiste no acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal e acompanhamento psicossocial com ênfase na saúde mental às pessoas transexuais e travestis encaminhadas pela Atenção Primária via regulação. Será realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar composta minimamente por: Médico (clínico geral, endocrinologista ou ginecologista e/ou urologista); Psiquiatra; Psicólogo; Enfermeiro e Assistente social. Nutricionistas e fonoaudiólogos também poderão compor as equipes. O rol de exames laboratoriais e de imagem exigidos são:

MULHERES TRANS / TRAVESTIS		HOMENS TRANS / TRANSMASCULINOS	
Laboratorial	**Imagem**	**Laboratorial**	**Imagem**
Hemograma	USG Abdome	Hemograma	USG Abdome
Glicemia de Jejum	USG Pélvico por dia Abdominal	Glicemia de Jejum	USG Pélvico por dia Abdominal
Colesterol Total e Frações	USG Mama	Colesterol Total e Frações	USG Mama
CR / Ur		CR / Ur	Mamografia
Potássio (K+)		Potássio (K+)	
TGO / TGP		TGO / TGP	
Testosterona Total		Testosterona Total	
Estradiol		Estradiol	
Prolactina		Prolactina	
Hormônio Luteinizante (LH)		Hormônio Luteinizante (LH)	
Hepatites A, B e C		Hepatites A, B e C	
HIV e Sífilis		HIV e Sífilis	
PSA			

A relação de fármacos utilizados no acompanhamento clínico assegurados ao usuário do Serviço é: Masculino para Feminino - Acetato de Ciproterona 50 mg, Espironolactona 25 ou 100 mg, Valerato Estradiol 2 mg, Cipionatode Testosterona 200mg/2ml, Acetato de Ciproterona 2 mg+Etinilestradiol 0,035mg, Algestona Acetofenida 150mg+Enantato de Estradiol 10mg, Estrogênios Conjugados 0,625mg e do Feminino para Masculino - Undecilato de Testosterona 250 mg/ml, Testosterona em gel a 1% ou 5%, Propianato de Testosterona 30mg+Fempropianato de Testoterona 60mg+Isocapreato de Testosterona 60mg+Decaneato de Testosterona 100mg.

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): a descentralização do Programa de Dispensação para as Policlínicas, feita pelo Centro Estadual de Medicação de Alto Custo – Juarez Barbosa otimizará a dispensação de medicamentos de alto custo aos usuários do SUS. Os atendimentos realizados serão configurados como consultas ambulatoriais, incluindo orientações sobre o uso dos medicamentos distribuídos, por profissionais qualificados. Este procedimento será executado pelo Serviço de Farmácia da Policlínica e organizado através de Protocolos e Fluxos.

Normas e Rotinas do Ambulatório Eletivo

- ✓ Promover a assistência aos pacientes através de equipes multiprofissionais e de infraestrutura adequada aos serviços prestados;
- ✓ Prestar assistência integral e especializada aos pacientes que necessitam de assistência médica, de enfermagem e demais profissionais de saúde;
- ✓ Programar e executar consultas médicas por especialidades;
- ✓ Promover agendamento e encaminhamento de pacientes a equipamentos sociais disponíveis, quando da impossibilidade de realização de exames e/ou procedimentos na Unidade;
- ✓ Maximizar a assistência médica através da articulação com as unidades da rede assegurando a eficácia do sistema de referência/contra referência;
- ✓ Manter controle sobre a utilização dos prontuários médicos, da correta tramitação e garantia da integridade deles;

- ✓ Planejar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais utilizados para garantir o atendimento de qualidade;
- ✓ Participar do estudo do perfil socioeconômico e epidemiológico da população beneficiada pela Unidade;
- ✓ Implantar o Projeto Sala de Espera com reuniões informativas, como forma de reduzir absenteísmo.

Os profissionais e a infraestrutura do serviço estarão preparados para prestar atendimento a eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas e conforme a gravidade, deverá 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.

Para garantir este atendimento a Policlínica manterá 01 carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e materiais suficientes a implementação do 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 pela equipe de farmácia e enfermagem. Nos casos de pacientes que apresentarem intercorrências durante as sessões de hemodiálise, a equipe da Policlínica prestará o primeiro atendimento e estabilização do quadro clínico e contará com o apoio do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - HERSO como unidade de retaguarda para os casos graves, devendo inserir a solicitação de transferência no sistema da Regulação Estadual, com teste COVID e demais exames necessários afixados à ficha de solicitação. Ainda ressaltamos que a equipe multiprofissional dos Ambulatórios atenderá em horários exclusivos do serviço, todos possuindo titularidade em suas especialidades, estando inscritos e regularizados nos Conselhos de Classe. A programação de todas as escalas de trabalho será feita por turnos de forma a promover a cobertura de atendimentos nos horários programados (de 07 às 19hs). Para efetivo controle das ações ambulatoriais adotaremos a estratégia de cumprimento de metas de produção, diárias e mensais, para os profissionais que ali trabalharem, bem como a implantação de protocolos clínicos e operacionais padronizados, sempre observando princípios éticos e técnicos, bem como as diretrizes do MS e SES/GO.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT:

Entende-se por SADT, a disponibilização de exames de apoio diagnóstico e terapêutico a usuários em atendimento ambulatorial e também para aqueles que foram atendidos em outras unidades da rede desde que oriundos dos municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica e estejam referenciados pela Regulação Estadual. A Policlínica deverá disponibilizar no mínimo os exames abaixo relacionados:

ROL DE SERVIÇOS E CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO DO SADT

EXAME
Análises Clínicas
Audiometria
Cistoscopia
Colonoscopia
Colposcopia
Densitometria Óssea
Doppler Vascular
Ecocardiografia
Eletrocardiografia
Eletroencefalografia
Eleroneuromiografia
Endoscopia Digestiva
Espirometria
Exames Oftalmológicos (tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho)
Holter
Mamografia
MAPA
Punção Aspirativa por Agulha Fina (Mama e Tireóide)
Punção Aspirativa por Agulha Grossa
Radiologia
Ressonância Magnética
Teste Ergométrico
Tomografia Computadorizada
Ultrassonografia
Urodinâmica
Vídeolaringoscopia

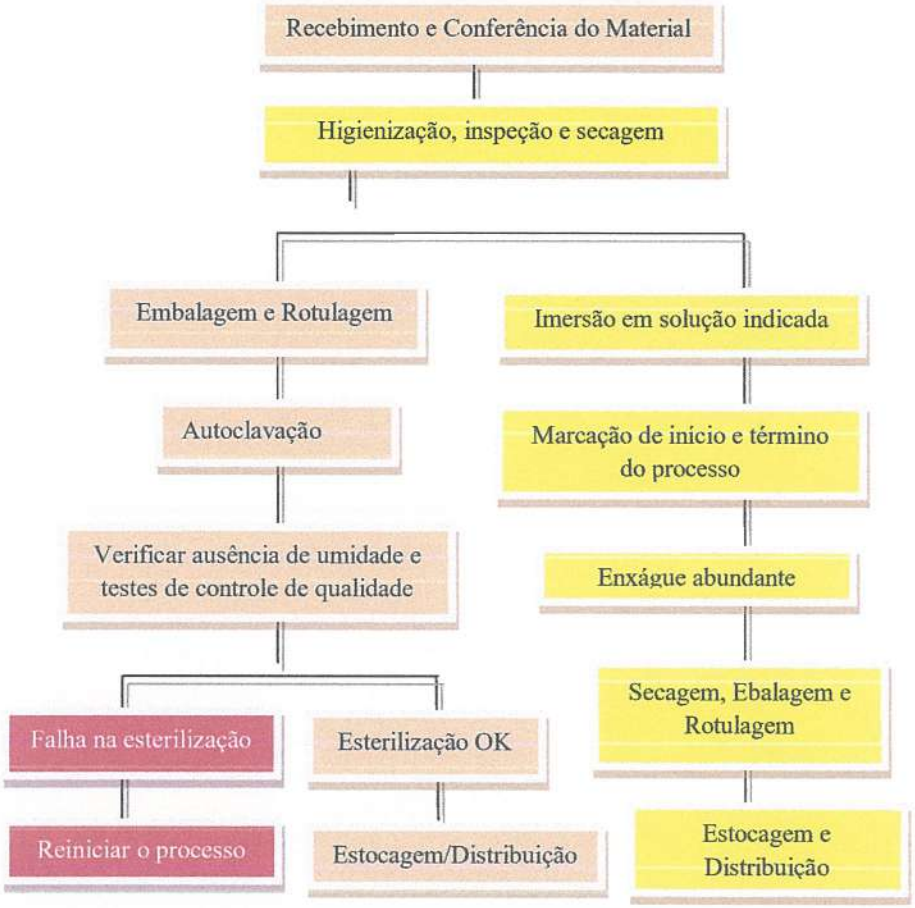
O planejamento e regulação da oferta de exames serão adequados ao funcionamento da Unidade e às metas de produção definidas evitando a ociosidade de equipamentos, ausência de controle de qualidade e precário controle de insumos. A emissão de laudos obedecerá à fidedignidade e excelência nos padrões de qualidade. O acompanhamento do processo de trabalho será através da avaliação de relatórios gerenciais quanto ao atingimento das metas definidas previamente.

Central de Materiais Esterilizados:
Atenderá a todos os setores da Policlínica. A responsabilidade técnica será do Enfermeiro que terá sob sua gerência um quadro de Técnicos de Enfermagem. Ao CME caberá:

- garantir o processamento e suprimento de materiais esterilizados/desinfetados aos serviços;

- definir e manter atualizados protocolos técnico/operacionais para recebimento, processamento, estocagem e distribuição de artigos, bem como de validação dos processos de esterilização e desinfecção;
- garantir a aplicação dos protocolos através da adoção de fluxos de trabalho.

FLUXOGRAMA DA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS



Almoxarifado/Compras/Patrimônio:
Previsto para funcionar em turnos administrativos, deverá implantar protocolos operacionais e utilizar método informatizado para controle de patrimônio e estoques, recebimento e distribuição de materiais e equipamentos. Sua equipe de trabalho será composta por Almoxarife e Auxiliar de Almoxarifado.
Para padronização, solicitação, recebimento, estocagem e distribuição de materiais médico/hospitalares, contará com a orientação e supervisão do Farmacêutico e Comissões pertinentes sempre considerando os preceitos legais e as padronizações da Unidade. A organização e operacionalização do serviço será descrita na Pasta I e III, itens 2.1.5.3 e 5.4.3, respectivamente, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Serviço de Arquivo de Prontuários de Pacientes e Estatísticas - SAME:
Terá a função de preservar a integridade dos prontuários dos pacientes, assegurar a sua correta utilização e manutenção das informações contidas e total sigilo das informações existentes através de arquivamento seguro e adequado. Tem também a função de elaboração de estatísticas dos serviços a partir de dados extraídos de documentos e

registros estabelecidos para este fim. Suas atividades estarão correlacionadas a todo o período de permanência do paciente na Unidade, inclusive após sua saída, configurando-se em importante fonte de informações e para tanto, será informatizado em todas as etapas trabalho. A organização e operacionalização do serviço está descrita na Pasta III, ítem 5.4.3, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Núcleo de Manutenção Geral:
Contemplará as áreas de manutenção predial, hidráulica, mecânica, eletrônica e elétrica sendo executado um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde através Núcleo de Engenharia Clínica e do Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médicos e Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva que estarão disponíveis na Unidade. Terá como Responsável Técnico profissional engenheiro legalmente habilitado, com registro no respectivo Conselho de Classe. A organização e operacionalização do serviço será descrita na Pasta III, ítem 5.4.3, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Vigilância/Portaria:
Todos os profissionais vigilantes e agentes de portaria estarão habilitados e regulamentados para o desempenho das funções, orientados para a observância das diretrizes e rotinas da Unidade. Terá como principais atribuições: receber a clientela que se dirigem a Unidade encaminhando ao setor competente; executar e controlar os serviços de portaria, orientando e prestando informações ao público; atender e orientar os visitantes quanto às normas de acesso e permanência; garantir a vigilância patrimonial cumprindo as determinações contidas em programas de segurança das instalações físicas e equipamentos, principalmente nos locais de entrada, circulação e saída do público, durante o horário de funcionamento da Unidade.

Segurança Patrimonial:
Responsável pela gestão e controle do patrimônio da Unidade que será realizado baseado nos protocolos operacionais. Implantaremos um sistema informatizado para otimizar o controle do patrimônio, além dos inventários semestrais que serão realizados.

Tecnologia da Informação:
Será responsável por coordenar e gerir o macro sistema de informação da Policlínica, formular diretrizes de informação e de informatização, e dar suporte às demais unidades da Instituição. Será implantado na Unidade um sistema informatizado de gestão, com módulos de Controle Financeiro, Compras e Estoque, Contabilidade, Custos, Exames Complementares e Atendimento Ambulatorial ao usuário, dentre outros. A organização e operacionalização do serviço será descrita na Pasta I, ítem 2.1.4.4, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Higienização:
Estará subordinado à Gerência Administrativo/Financeira. Suas equipes de trabalho deverão executar as técnicas como definidas em protocolos e obrigatoriamente, fazer uso de EPI's. Para tanto caberá ao Encarregado:

- ✓ organizar a equipe de higienização através de escalas mensais;
- ✓ atualizar e divulgar o manual de padronização de técnicas de limpeza e/ou desinfecção de áreas críticas, semicríticas e não críticas;
- ✓ padronizar materiais e produtos químicos, obedecendo à legislação normativa e orientações da CCIRAS;
- ✓ providenciar tratamento preventivo contra insetos e roedores, obedecendo a legislação; promover treinamentos em serviço para os colaboradores;

- ✓ cumprir normas de segregação, acondicionamento, identificação, coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos sólidos de saúde de acordo com a RDC nº 33/2003- ANVISA;
- ✓ planejar, requisitar, receber, conferir e controlar os produtos utilizados nas atividades da higienização;
- ✓ implementar medidas de biossegurança para as atividades desenvolvidas pelo setor;
- ✓ participar do controle de qualidade da água desenvolvido pelo Laboratório Central;
- ✓ participar e/ou colaborar com os programas de educação permanente, promoção da saúde do trabalhador e controle de infecção hospitalar.

A organização e operacionalização do serviço será descrita na Pasta II, ítem 3.1.13,parte integrante desta Proposta de Trabalho.

Transporte:
Funcionará em horário administrativo para as demandas administrativas e em regime de plantões de 12h diurnas para transporte e regulação de pacientes. Contará com motoristas habilitados, treinados e responsáveis pela condução da ambulância para transporte de pacientes e carro administrativo.

Outros Serviços Administrativos e de Apoio: Setor de Pessoal, Financeiro, Segurança do Trabalho, Serviço Médico Ocupacional, dentre outros, serão implantados na Unidade tendo suas competências descritas nos Procedimentos Operacionais e Regimento Interno que estarão disponíveis na Unidade.

2.1.2.2. Cronograma para Implantação/Operacionalização das Atividades

Etapa	Duração (dias)	Atividades
Fase 1	Do 1º ao 90º dia (1º trimestre)	• Mobilização: - Recrutamento/Seleção e Treinamento de Pessoal (CLT); - Revisão/Adequação e Ajustes de Equipamentos (CME, SENUT, Laboratório, Radiologia e demais que se façam necessários); - Revisão/Adequação e Ajustes de Instalações Físicas (CME, SENUT, Laboratório, Radiologia e demais que se façam necessários); - Seleção e contratação de serviços terceirizados; - Instalação de novos equipamentos adquiridos; - Revisão/ ajustes e aquisição de material de uso hospitalar, medicamentos e insumos; - Seleção e contratação de serviços de manufatura do enxoval (pacientes, acompanhantes, colaboradores e serviços); - Seleção e contratação de serviços gráficos (confecção de impressos dos diversos serviços); - Higienização e limpeza das áreas operacionais e de apoio, incluindo reservatórios de água; - Revisão/Ajuste e Adequação da sinalização dos serviços; - Tratamento de pisos (limpeza e aplicação de selante); - Implantação de sistema informatizado para gerenciamento das atividades assistenciais e administrativas; - Seleção e contratação do Corpo Clínico (PJ); - Revisar, adequar e elaborar instrumentos normativos e organizacionais (Regimentos, Normas, Rotinas, Plano de Desenvolvimento de RH e Protocolos Operacionais); - Compor, regulamentar, instalar e implantar as Comissões e Núcleos de Trabalho; - Iniciar operacionalização do Ambulatório Especializado e SADT.

Fase 2	Do 91º ao 180º dia (2º trimestre)	• Organização e Operacionalização: - Implantar e implementar Regimentos, Normas, Rotinas, Protocolos Operacionais e Plano de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos; - Revisar, adequar, consolidar e incrementar a operacionalização dos serviços assistenciais; - Revisar, adequar, consolidar e implementar a operacionalização dos serviços de infraestrutura e apoio logístico; - Acompanhar e monitorar tempo de espera dos usuários e avaliar satisfação através de formulário específico; - Iniciar avaliação de desempenho dos colaboradores; - Implementar o Plano de Desenvolvimento de RH; - Implementar o funcionamento das Comissões e Núcleos de Trabalho; - Identificar e estabelecer articulação com os Equipamentos de Saúde, Sociais e de Educação da Região; - Identificar e estabelecer articulação com os segmentos organizados da sociedade local; - Consolidar a articulação com as Centrais de Regulação (Estadual e Municipal); - Implantar e implementar os Projetos Assistenciais de Saúde e Sociais.
Fase 3	Do 181º ao último dia (3º trimestre em diante)	• Operacionalização, Avaliação e Incrementos: - Operacionalizar os serviços assistenciais; - Operacionalizar os serviços de infraestrutura e apoio logístico; - Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.

2.1.2.3. Articulação com a Atenção Primária e demais Unidades da Rede para Contrarreferência de Usuários:

AÇÕES PARA A ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS (Parte 1)			
Ação	**Início**	**Responsáveis**	**Periodicidade**
Estabelecer programação de visitas institucionais periódicas, através do Serviço de Assistência Social, aos diversos equipamentos de saúde disponíveis na rede estadual e municipal e com vistas à pactuação e cooperação intersetoriais.	Imediato	Dir. Geral; Dir. Médico; Serviço Social	Mensal
Estabelecer articulação com a rede de serviços de saúde, SAMU, Regulação Estadual, equipes de atenção domiciliar, equipamentos socioculturais da região e comunidade buscando a continuidade de tratamento de egressos da Unidade e evitando reincidência dos agravos à saúde.	1º mês do contrato	Dir. Geral; Dir. Médico; Coordenações; Serviço Social	Contínua
Promover reuniões entre os gestores de unidades de saúde, equipamentos socioculturais e grupos sociais organizados em busca de integração com a comunidade e o desenvolvimento de atividades de educação para a saúde do cidadão.	1º mês do contrato	Dir. Geral; Dir. Médico; Dir. Adm./Financeiro; Coordenações	Trimestral
Participar de reuniões com CGM e CIR, contribuindo para as decisões colegiadas.	Imediato	Dir. Geral; Dir. Médico; Dir. Adm./Financeiro	Quando agendado
Promover reuniões com as equipes multidisciplinares para divulgação e análise da evolução dos dados epidemiológicos, socioeconômicos e assistenciais da população beneficiada.	Imediato	Dir. Geral; Dir. Médico; Dir. Adm./Financeiro; Coordenações; Corpo funcional	Trimestral

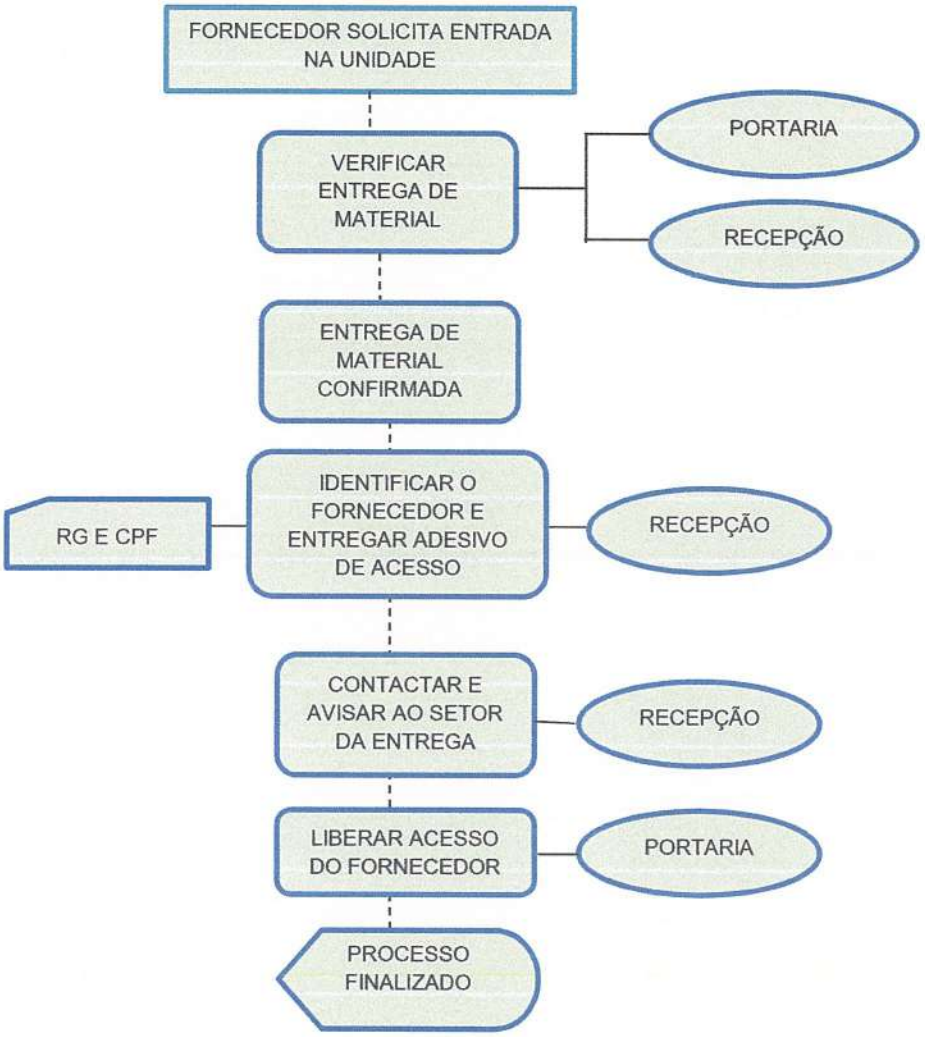
AÇÕES PARA A ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS (Parte 2)			
Ação	**Início**	**Responsáveis**	**Periodicidade**
Utilizar relatório médico de encaminhamento padronizado na regulação de usuários para assistência complementar em outras unidades associando contato entre os médicos referenciador e Regulação Estadual.	Imediato	Dir. Médico; Equipe Médica	Contínua
Fornecer relatórios de Encaminhamento para Atenção Domiciliar, para subsidiar a continuidade do projeto terapêutico.	Imediato	Dir. Médico; Equipe Médica	Contínuo
Manter estreita interação com as equipes da Regulação Estadual com a finalidade de avaliar os indicadores da Policlínica e os resultados da regulação, identificando as dificuldades e planejando as possíveis correções.	Imediato	Dir. Geral; Dir. Médico; Coordenações	Contínuo

2.1.3. Implantação de Fluxos:

A realização de um projeto e do funcionamento desejado de uma organização inicia-se pelo planejamento de suas atividades. Como um dos principais instrumentos de planejamento, o desenho e a implantação de fluxos adequados à cultura organizacional possibilita saber como, onde, quando e por quem os processos de trabalho se darão. Permite também saber estruturar, separar e organizar as atividades, para que as mesmas se tornem eficientes e contribuam para o desenvolvimento da Instituição. São, ainda, facilitadores para o aprimoramento das qualidades e habilidades dos seus colaboradores. Assim é que, passamos a apresentar alguns fluxogramas propostos para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis/GO destacando que a revisão deles se dará na medida em que surgirem necessidades de adequação a situações emergentes, sendo estas, elaboradas pela Diretoria da Unidade em parceria com a equipe técnica interessada.

2.1.3.1. Fluxo para Gestão de Acesso - Circulação em Áreas Externas, Internas e Restritas:

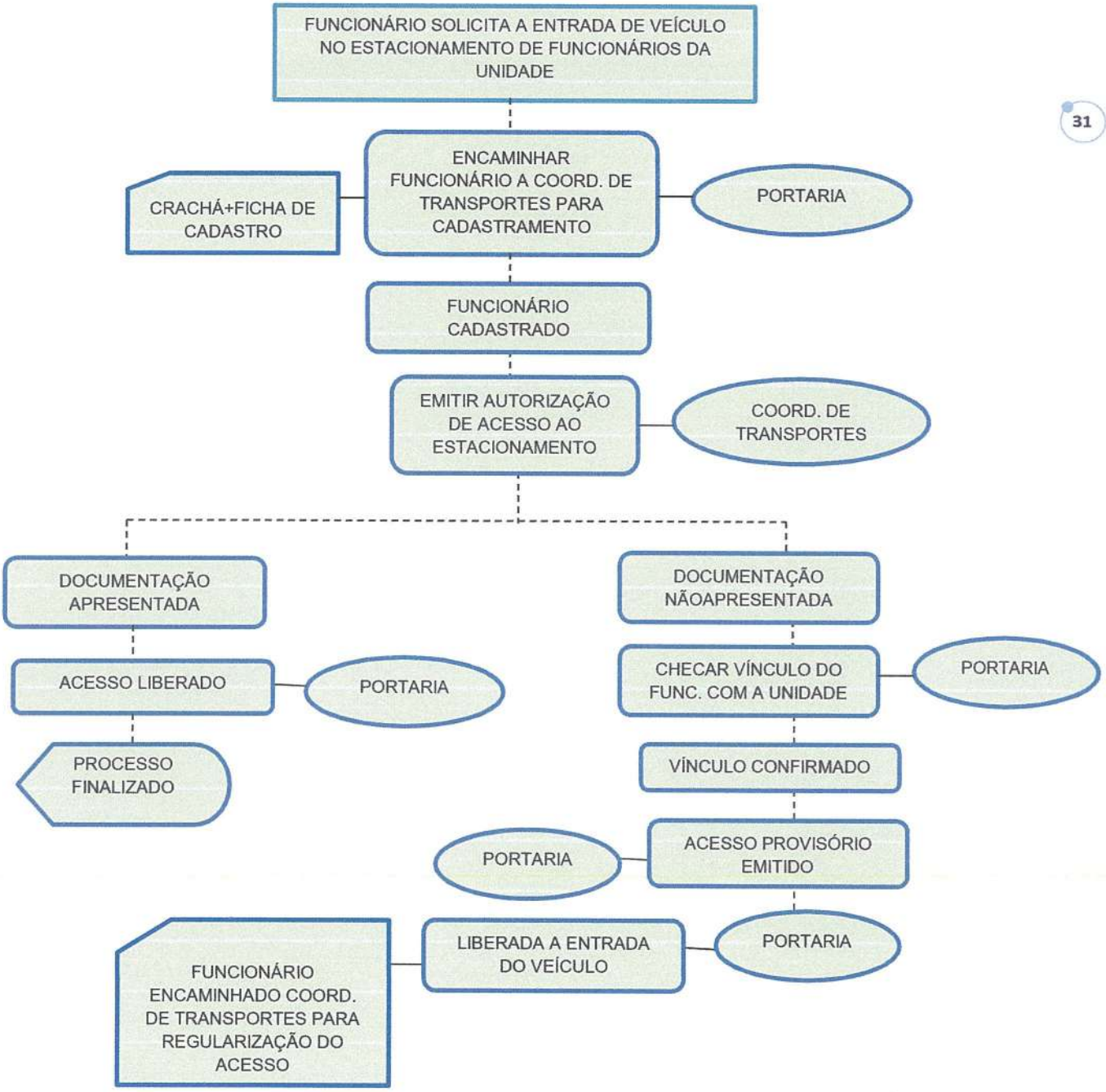
PROCESSO: ACESSO DE FORNECEDORES NA UNIDADE



PROCESSO: ACESSO DE FUNCIONÁRIOS E ESTAGIÁRIOS À UNIDADE



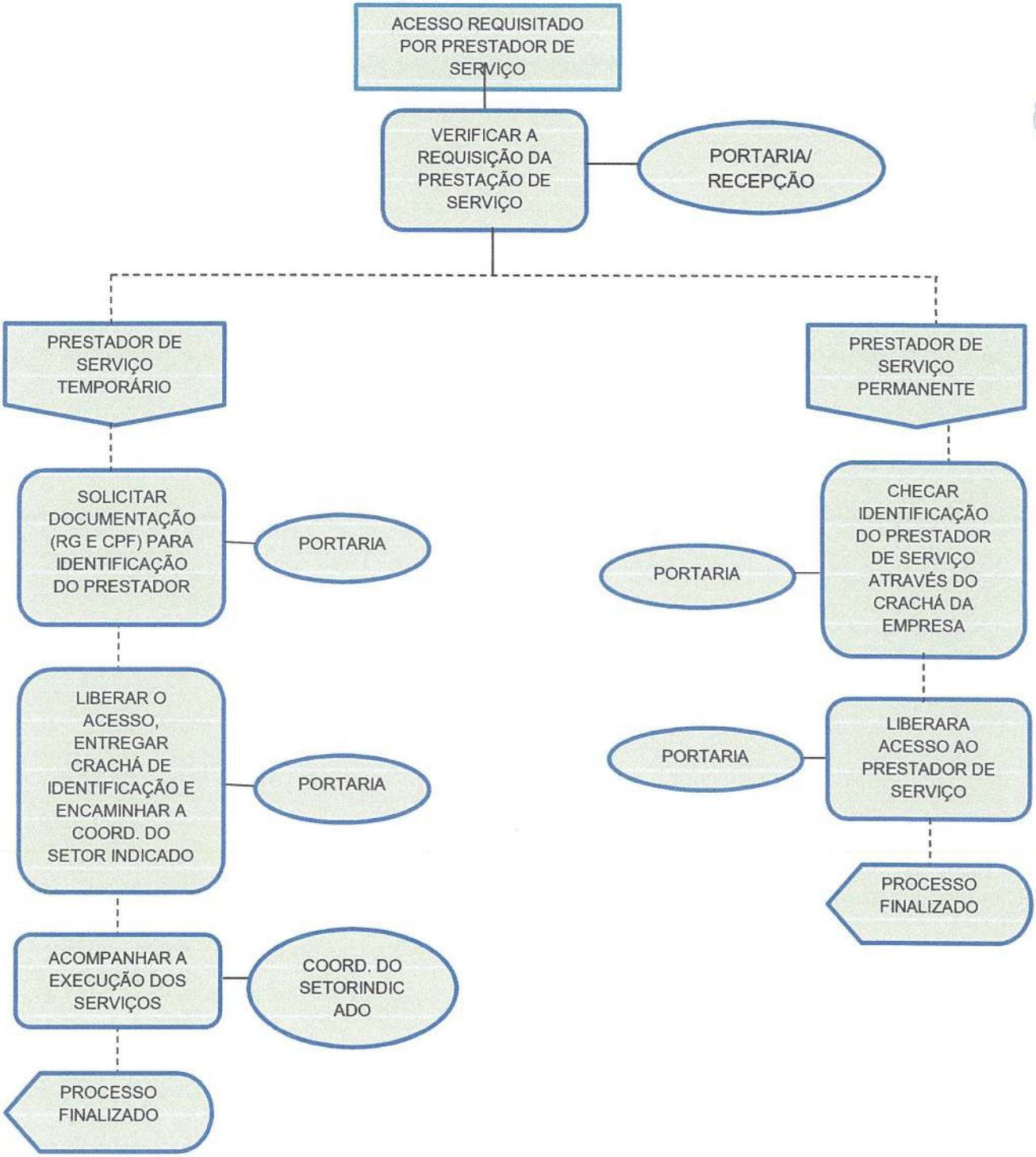
PROCESSO: ACESSO AO ESTACIONAMENTO DE FUNCIONÁRIOS E ESTAGIÁRIOS



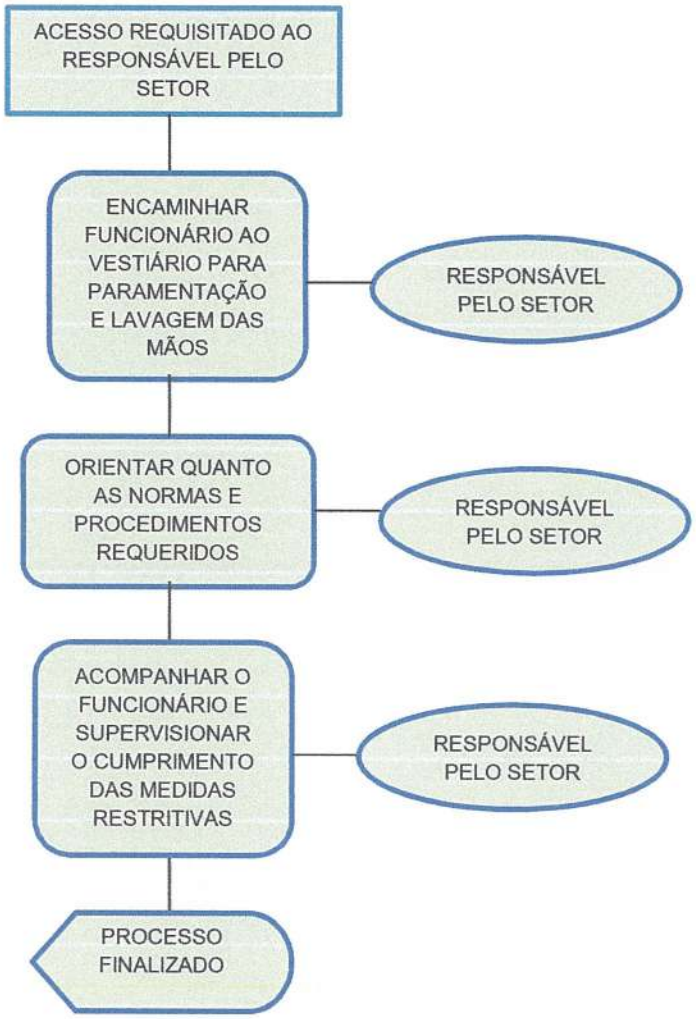
PROCESSO: ACESSO DE VEÍCULOS OFICIAIS À UNIDADE



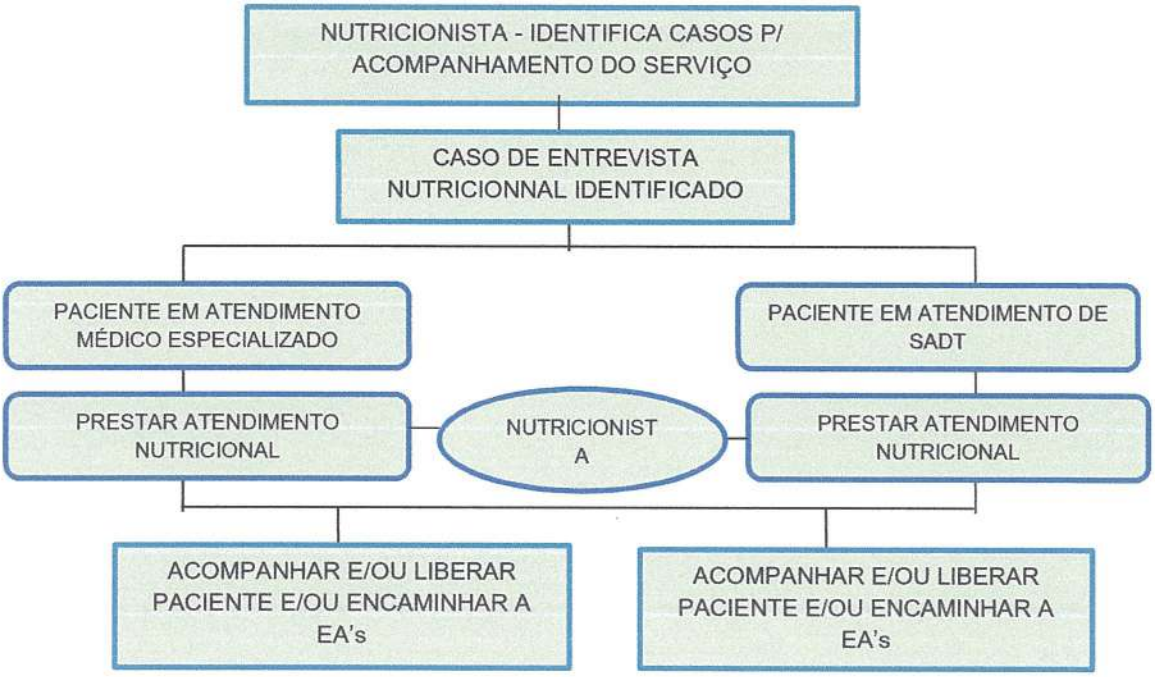
PROCESSO: ACESSO PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS NA UNIDADE



PROCESSO: ACESSO DE PESSOAL EM ÁREAS RESTRITAS



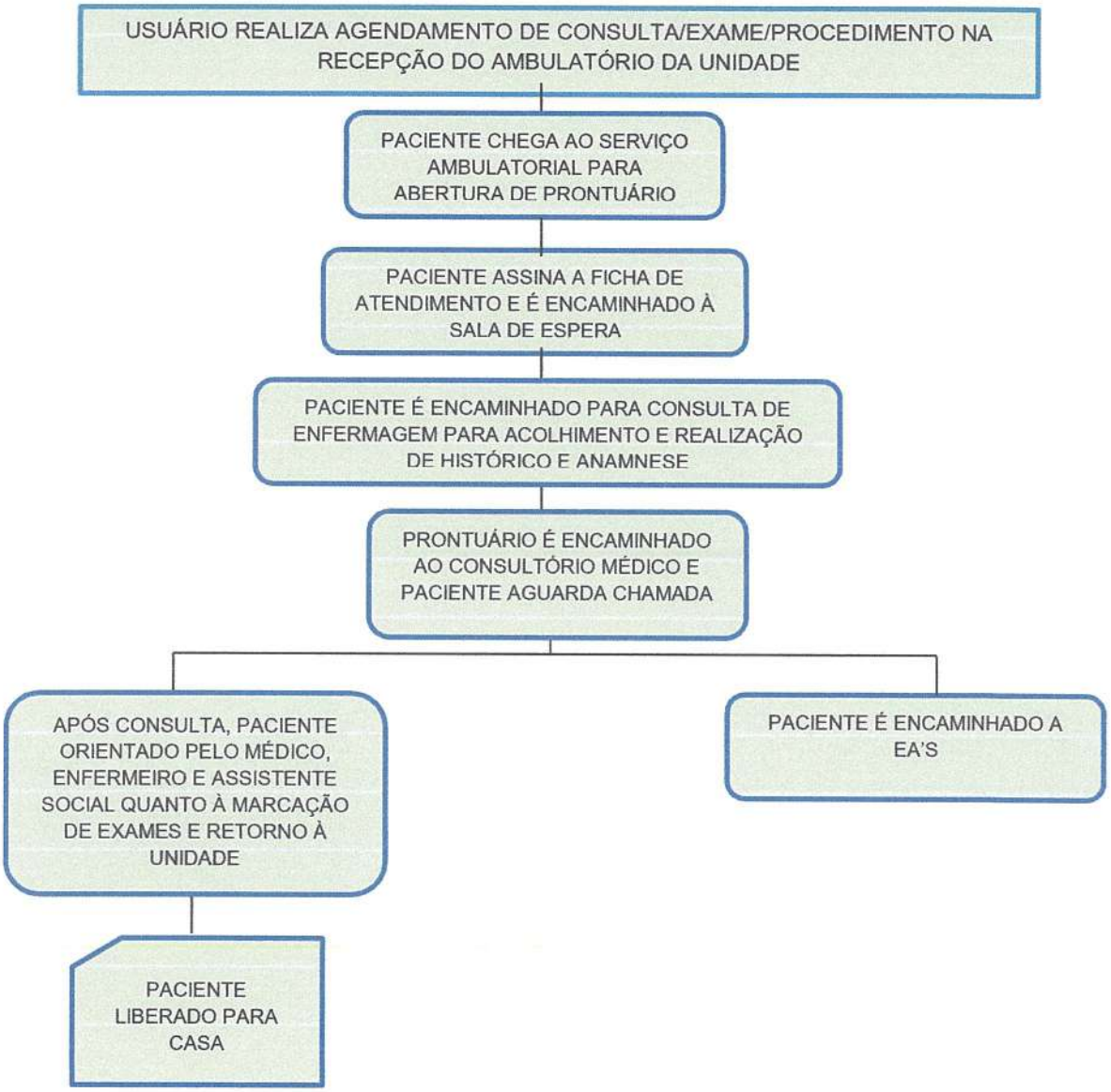
PROCESSO: REALIZAR ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL



PROCESSO: REALIZAR ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO SOCIAL

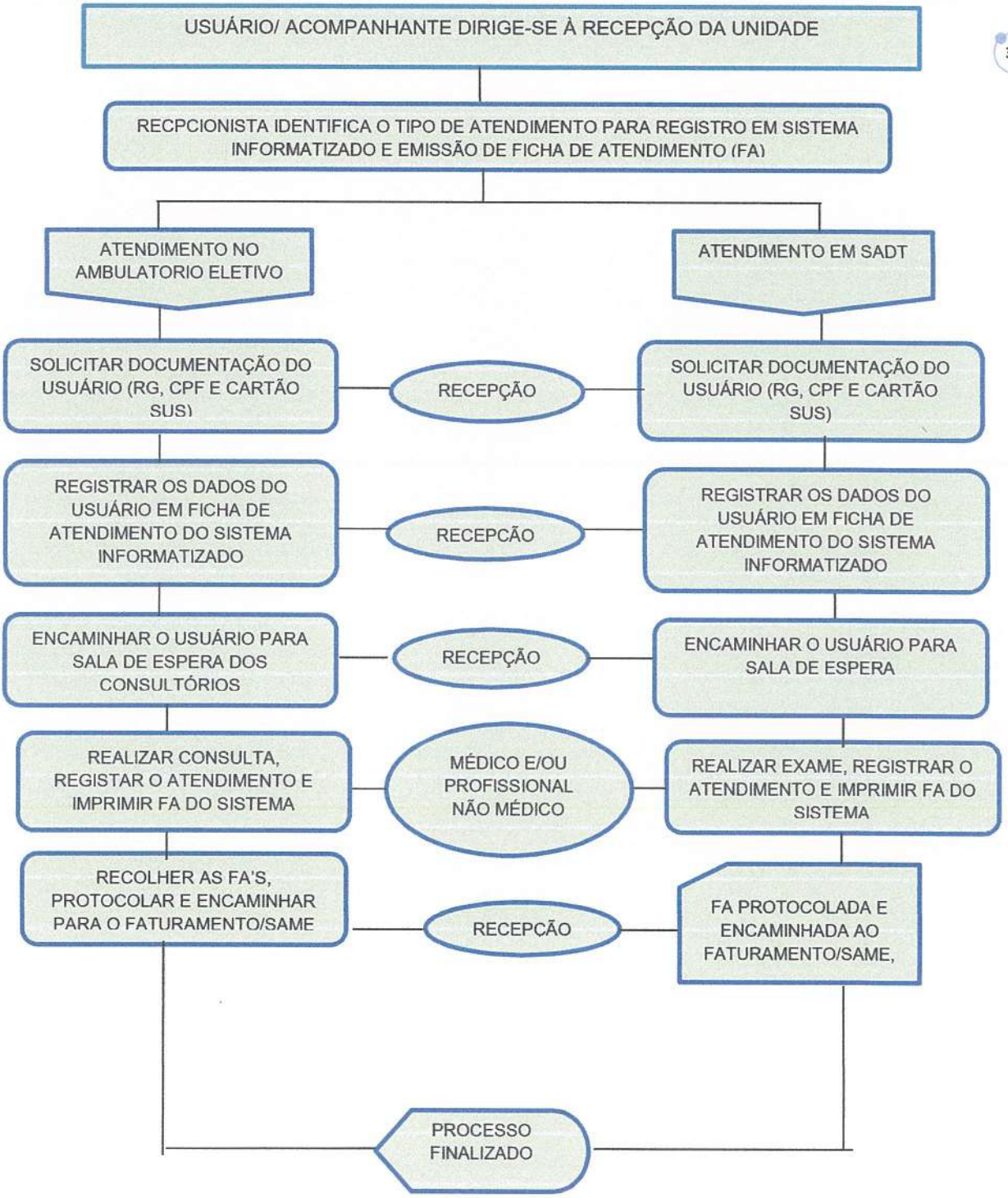


PROCESSO: ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO



2.1.3.2. Fluxo para Registro e Circulação de Documentos de Usuários e Administrativos:

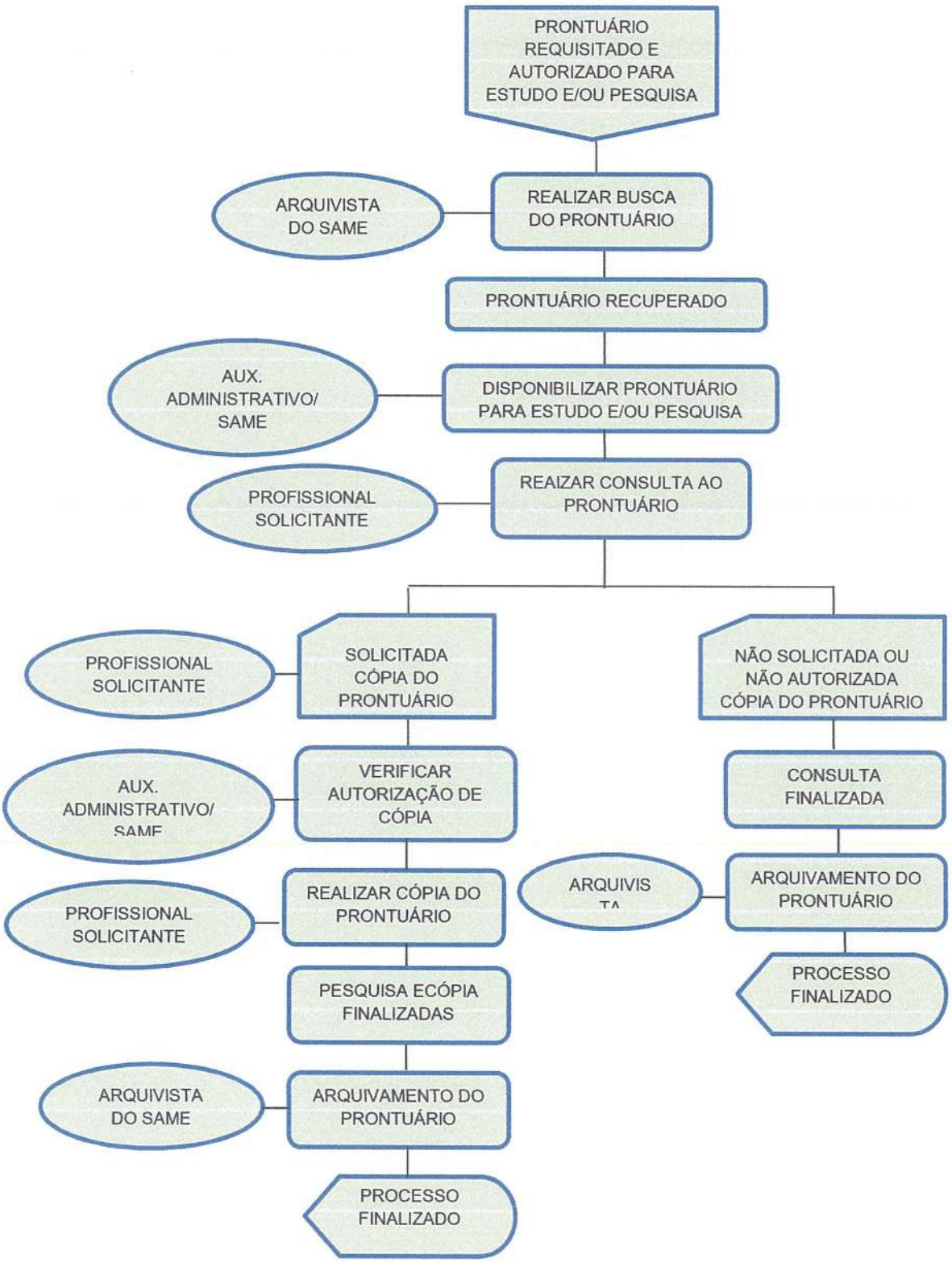
PROCESSO: EMISSÃO DE FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO



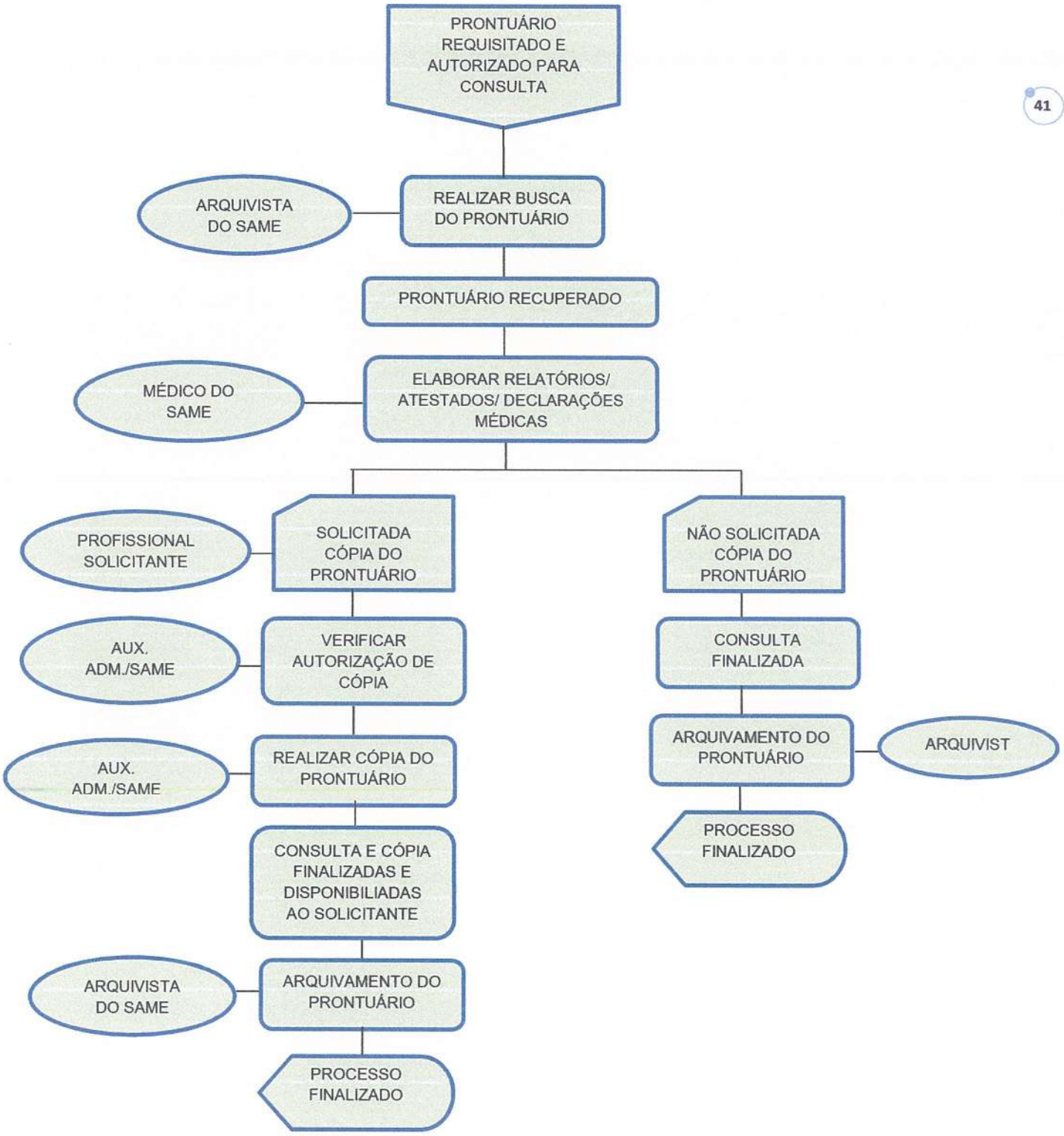
PROCESSO: ARRUMAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO



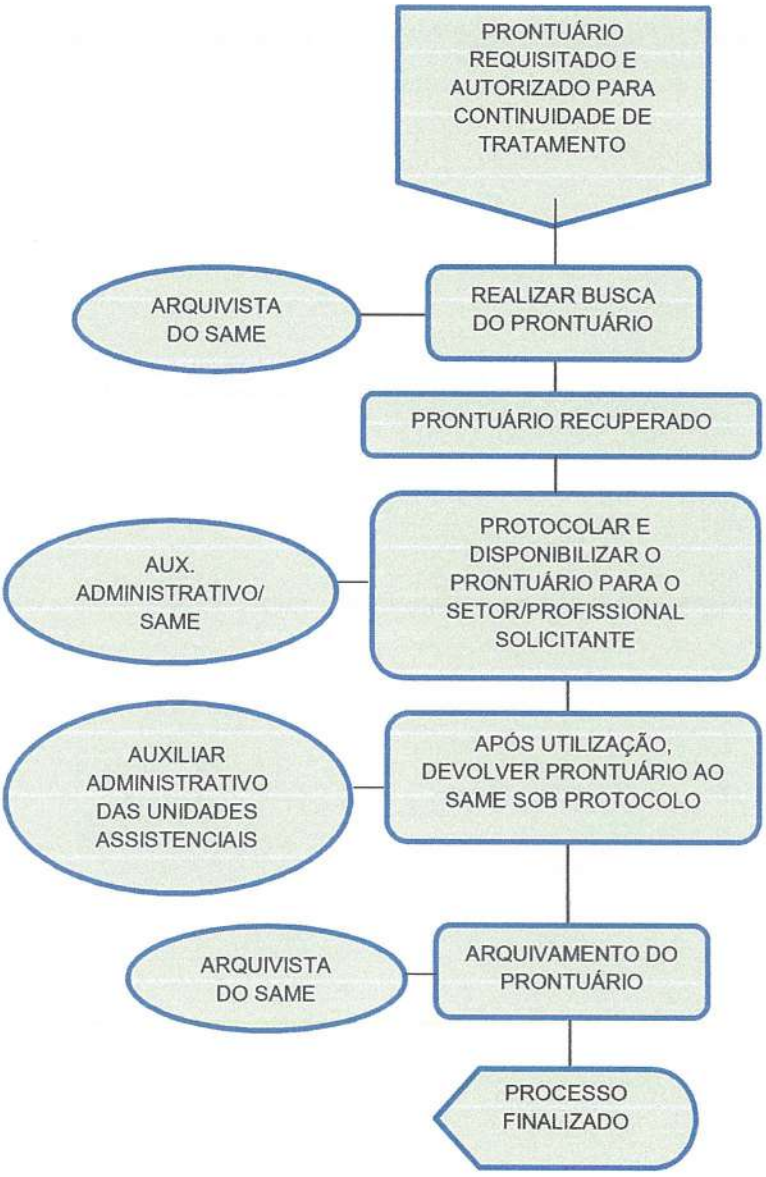
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA ESTUDOS E PESQUISAS



PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA FINS JURÍDICOS



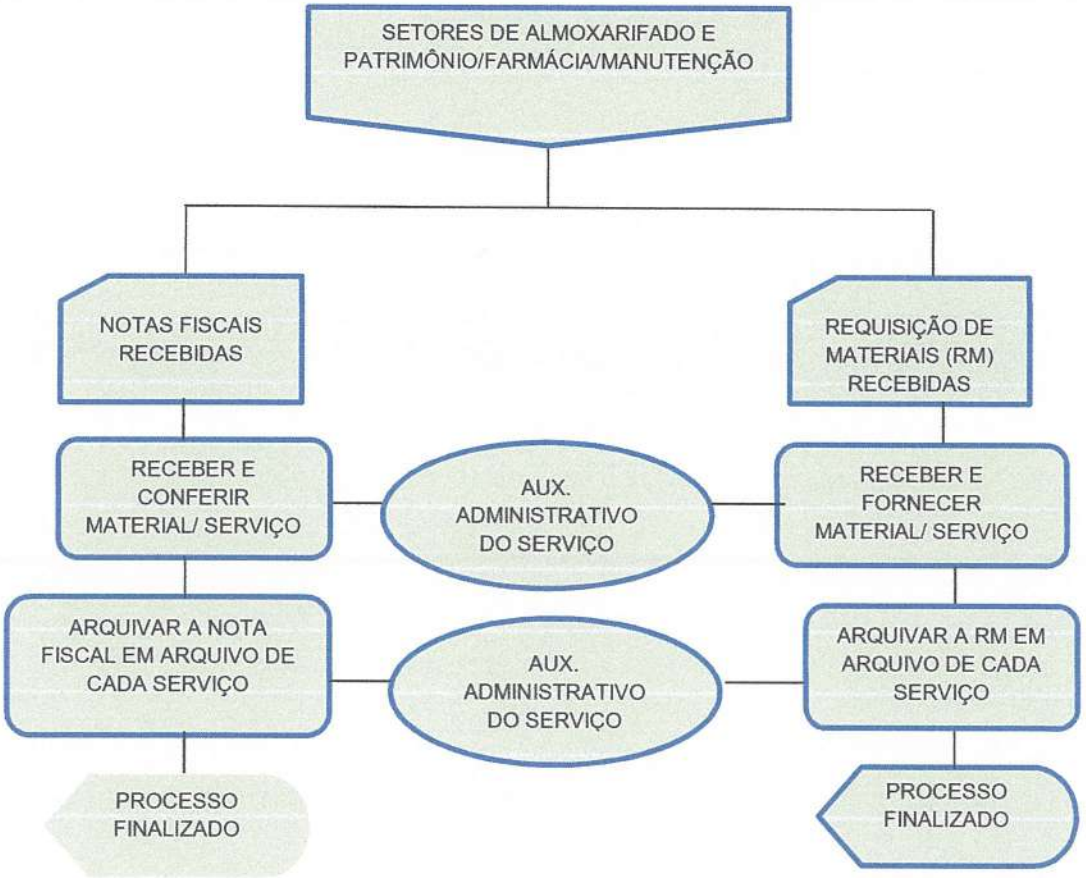
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS



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

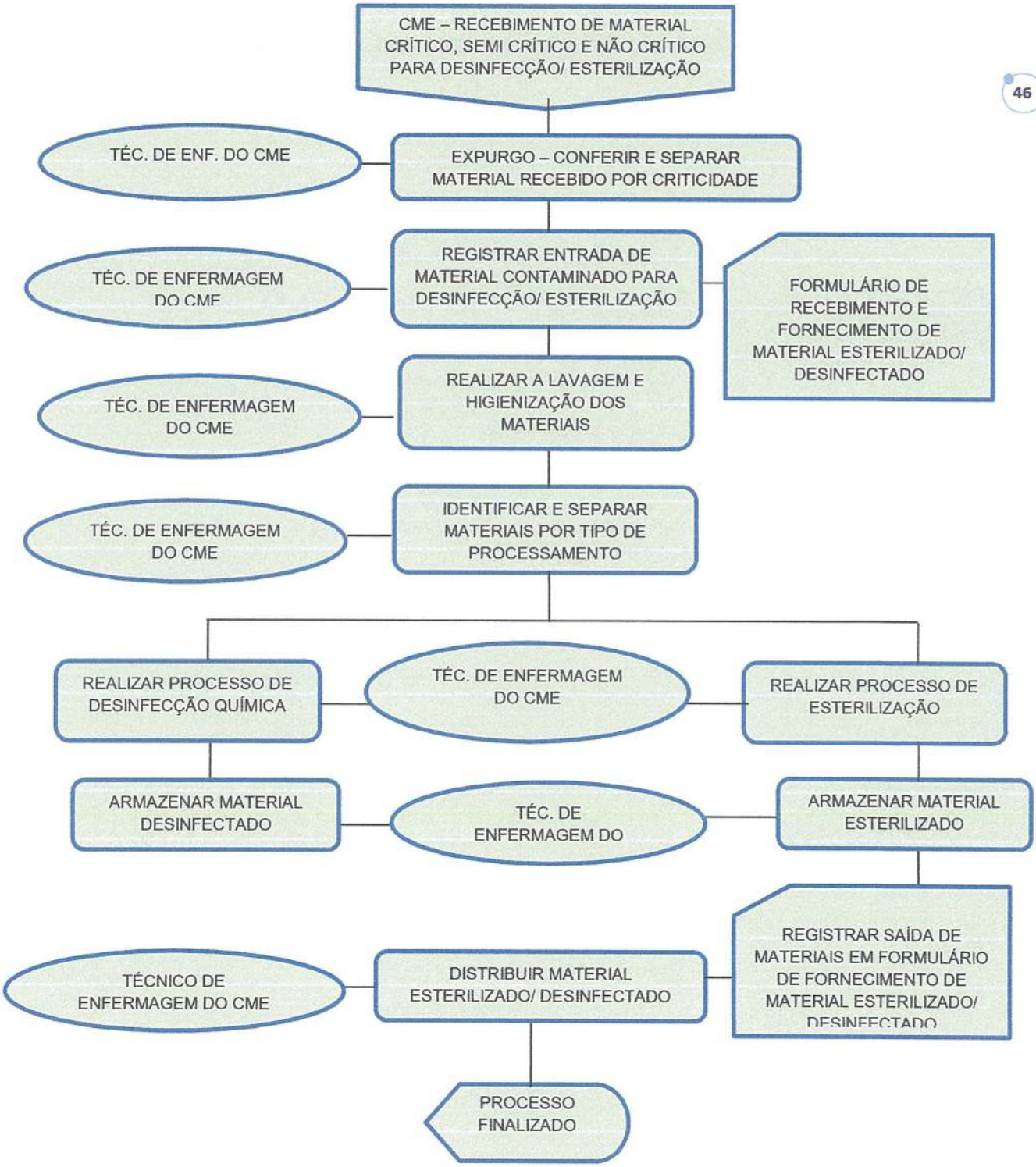


PROCESSO: CIRCULAÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE – PORTARIA/RECEPÇÃO



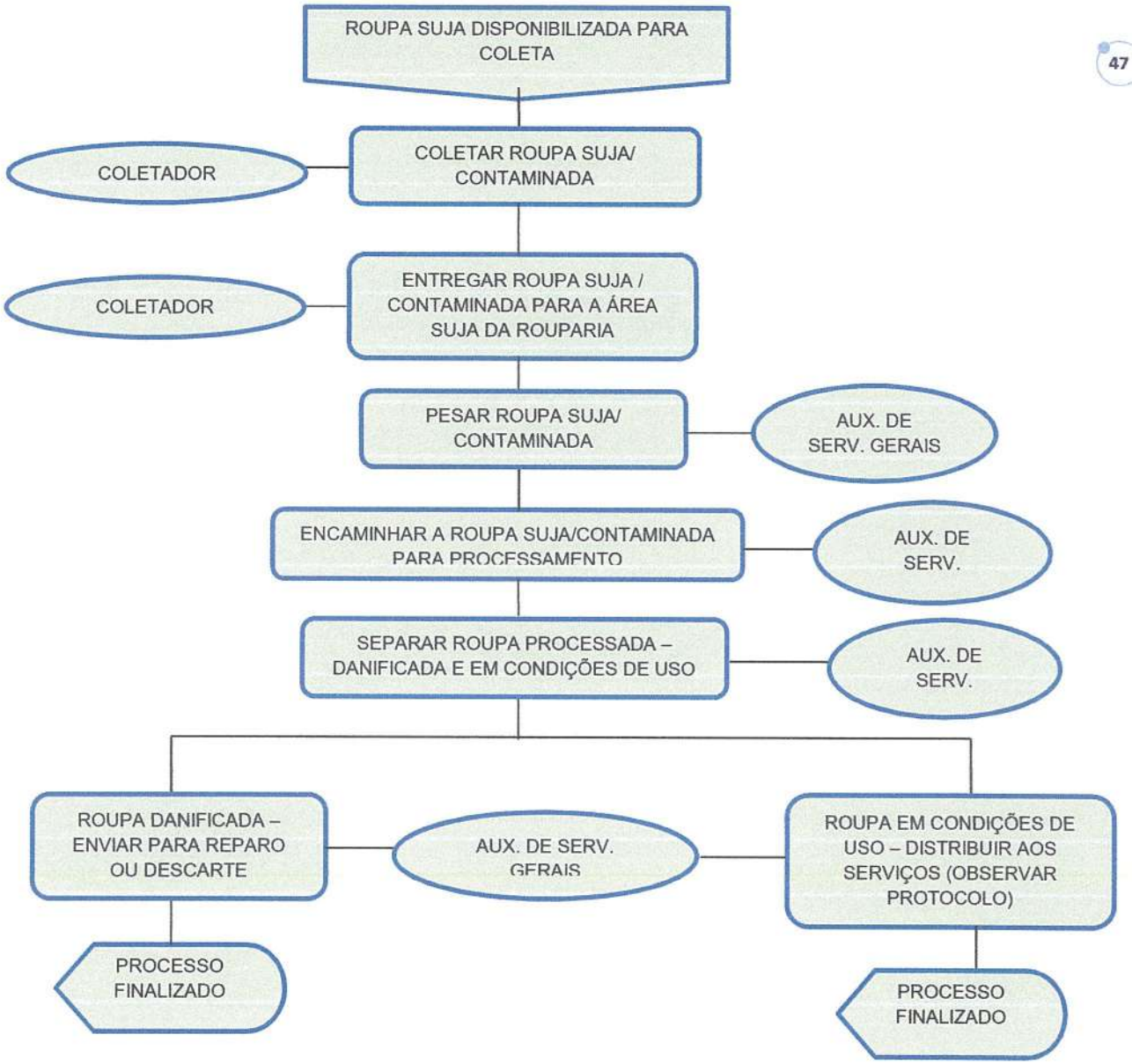
2.1.3.3. Fluxo Unidirecional para Circulação de Material Esterilizado:

PROCESSO: CIRCULAÇÃO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS



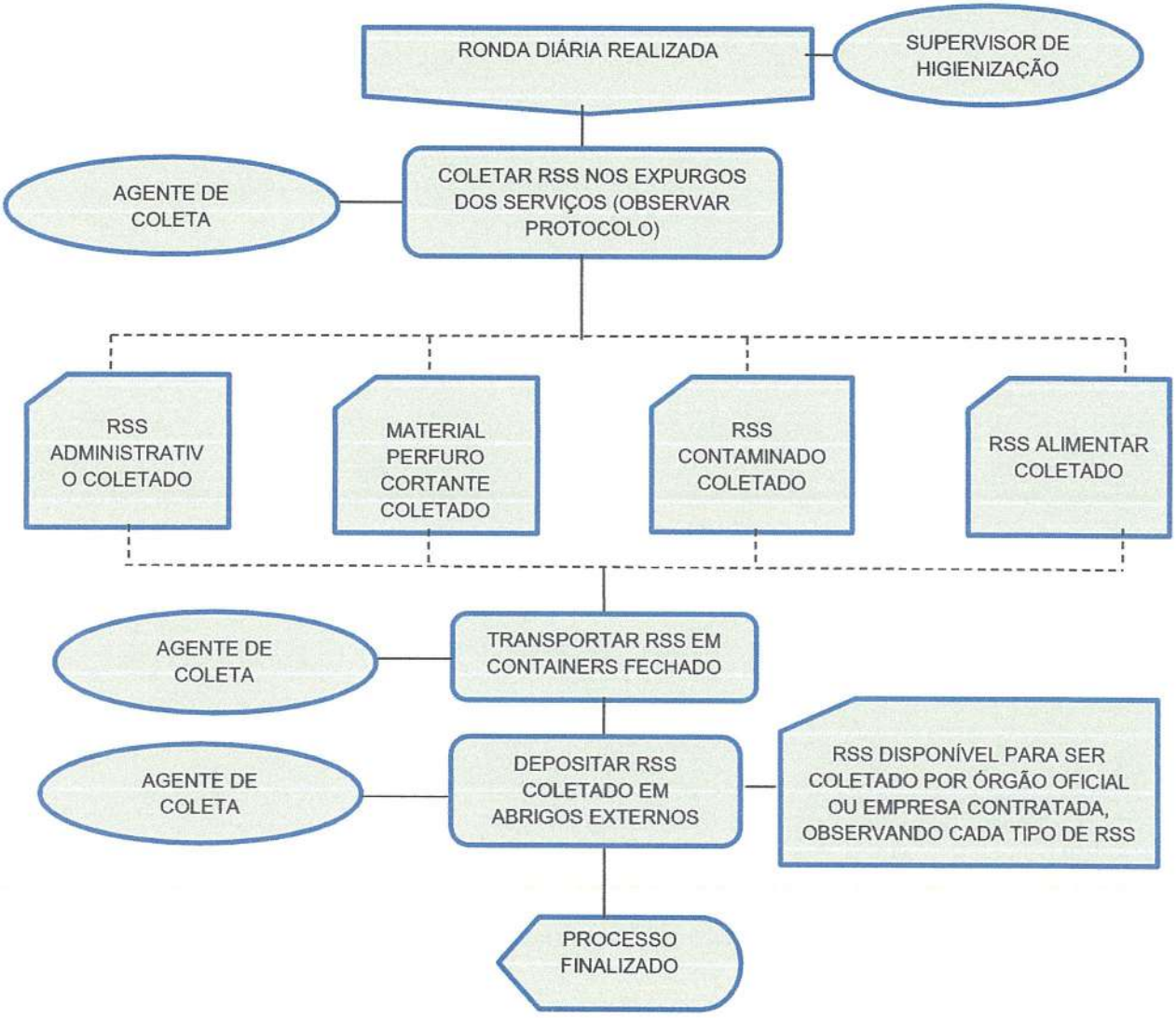
2.1.3.4. Fluxo Unidirecional para Processamento e Circulação de Roupas na Unidade:

PROCESSO: PROCESSAMENTO E CIRCULAÇÃO UNIDIRECIONAL DE ENXOVAL



2.1.3.5. Fluxo Unidirecional para Circulação de Resíduos de Saúde na unidade:

PROCESSO: CIRCULAÇÃO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE



2.1.4. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.1.4.1. Proposta para Implantação da Logística de Suprimentos

Finalidade

A logística de serviços de saúde vem assumindo importância crescente nas instituições porque compreende todos os aspectos inerentes à administração de materiais e sua distribuição física dentro do estabelecimento, envolvendo diversos setores. A gestão de suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização porque é através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona a entrega deles no local correto, no momento exato, na quantidade devida e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter irrevogável, afeta diretamente o resultado do atendimento ao usuário influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

A logística de suprimentos a ser implantada na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis refere-se à previsão e provisão do material necessário aos Serviços. Para tanto, será adotada a gestão estratégica de materiais que visa promover a sustentabilidade organizacional, sendo responsável pelas seguintes atividades: cadeia de suprimentos, planejamento, previsão de demanda, classificação e codificação, compras, cadastro, gestão de estoque, avaliação financeira de estoques, almoxarifado, recebimento, armazenamento e distribuição.

A prestação de serviços de saúde, especialmente em uma unidade assistencial de saúde, exige a incorporação da tecnologia da informação, e assim utilizaremos o sistema informatizado de gestão de serviços de saúde que contemplará através dos seus diversos módulos, as etapas da gestão estratégica de materiais a ser adotada tais como:

Classificação e Codificação:

O controle de classificação e de codificação dos itens de estoque visa agrupar e especificar todo o material. Este controle tem por finalidade verificar se o material está sendo utilizado e estocado no seu meio próprio e previsto, bem como prevenir erros de suprimento e tratamento dos materiais.

Classificar materiais é identificar o material de modo que um determinado código corresponda a apenas um tipo de material. Para classificar os materiais será necessário criar uma sistemática de codificação que não dependa de critérios pessoais e seja expansível, de modo a suportar inclusões de novos itens. A cada um dos itens de estoque será atribuído um nome padronizado de acordo com a grade de materiais e de medicamentos, que deverá distinguir um item do outro e deve ser constituído de uma só palavra ou por um mínimo de palavras. Além disso, a cada item será atribuído um código de material numérico, código este que identificará o item específico. As requisições de material, devoluções, pedido de compra, etc., deverão conter o nome padronizado e o código de material. Além das finalidades de verificação e prevenção, este controle também facilitará e unificará as etapas operacionais do sistema, tais como, requisição, armazenamento, distribuição, etc. Todos os materiais antes de serem armazenados no almoxarifado e farmácia deverão receber um código (classificação) conforme a relação de grupos, de subgrupos e de itens de subgrupos estabelecida. A Unidade manterá um sistema de codificação e um software adequado a ele.

Gerir Estoques de Materiais

Gerir estoques de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao atendimento de usuários e à operação da Unidade com qualidade, garantindo o material correto, em condições apropriadas de utilização, em quantidades adequadas, no lugar certo, no tempo correto e a tempo de evitar sua falta, com o menor custo e com o menor tempo gasto com preenchimentos de formulários e seu arquivamento. Para tanto, o cálculo dos indicadores de gestão de estoques será fundamental como ferramenta para orientar os gestores no suprimento de materiais. Todas as vezes que ocorrerem alterações significativas de consumo, os indicadores deverão ser recalculados e a diretoria informada.

Controlar níveis dos estoques

Para controlar os níveis de estoques dos materiais após o cálculo dos indicadores de gestão, será necessário verificar no sistema, periodicamente, o ponto de pedido do material. Se o estoque não atingiu o ponto de pedido, aguardar nova dispensação de material. Caso o estoque tenha atingido o ponto de pedido, o funcionário do almoxarifado deverá verificar a posição da demanda frente à previsão de consumo e se não houver divergência emitir o pedido de suprimento. Caso haja divergência do material com o consumo previsto, deverá ser verificada a causa das divergências apresentadas. Se a divergência ocorrida for referente à utilização do material como substituto de outro (falta do original), checar se ocorreu demora na efetivação do pedido de compra ao fornecedor ou atraso na entrega do material ou inexistência de pedido de suprimento pelo almoxarifado e então, deverá ser elaborado um relatório de acompanhamento de gestão de estoques. Caso tenha ocorrido alteração do número de atendimentos, os indicadores de gestão deverão ser recalculados, para então ser emitido o pedido de suprimento. Ao ser realizado o pedido de suprimento deverão ser calculadas a quantidade de suprimento e também a quantidade de suprimento a ser solicitada nas sazonalidades para que não ocorra desabastecimento do almoxarifado e da farmácia.

Quantidade de Suprimento (QS)

A quantidade de suprimento é a quantidade de material que deve ser solicitada à compra para abastecimento da Unidade durante o período de um ciclo de compras.

QS =Emax – E res

Exemplo: Emax = 840

Eres = 45

QS = 840 – 45 = 795

Quantidade de Suprimento na Sazonalidade (QSs)

Para efeito de solicitação de pedido de suprimento nas sazonalidades, recomenda-se que seja acrescentada ao QS, a diferença entre o consumo do material apontado na série histórica (C1) referente ao período de sazonalidade, menos o consumo médio mensal (c) ou utilizar o cálculo do consumo médio mensal a partir do cálculo da média ponderada.

Nota: sazonalidade é o período onde ocorre aumento no consumo de materiais. Ex: Carnaval, São João, etc.

QSs = QS +(C1 – C)

Exemplo: QS = 795

C1 = 400

C = 265
QSs = 795 + (400-265) = 930

Elaboração de relatórios de acompanhamento de gestão de estoques

Os relatórios de acompanhamento de gestão de estoques serão emitidos sempre que ocorrer alteração do número de atendimentos, demora na efetivação do pedido de compra ao fornecedor, atraso na entrega do material pelo fornecedor, inexistência de pedido de suprimento. Após a elaboração do relatório geral de divergências de consumo finalizado será encaminhada à diretoria para análise das divergências apontadas que procederá à convocação dos responsáveis pelos setores e tomará as medidas cabíveis.

Para o acompanhamento da movimentação de estoque serão elaborados os relatórios elencados a seguir, que deverão ser encaminhados para a diretoria:

Almoxarifado / Farmácia

- posição (quantidade) atual do estoque por produto (medicamentos por nome do sal), valor unitário e valor total;
- totalizações do estoque por grupo e subgrupo de materiais e valor total do estoque;
- consumo de todos os itens (almoxarifado e farmácia), por tipo de material, por setor e valor;
- número de devoluções de materiais por tipo, por setor e por valor;
- número de itens de materiais recebidos divergentes do pedido de compra e motivo da divergência;
- número de requisições por tipo de material e por setor;
- número de patrimônio na entrada de todo bem adquirido pela Unidade e o local instalado.

Cálculo de Indicadores de Gestão de Estoques

O cálculo de indicadores de gestão de estoques tem como objetivos fornecer subsídios específicos para a gestão de estoques de materiais e a elaboração de relatórios de acompanhamento de gestão de estoques que deverão ser encaminhados para a diretoria tomar conhecimento da movimentação do estoque. Entre os indicadores que deverão ser calculados encontram-se:

- Série histórica de consumo;
- Consumo médio mensal;
- Curva ABC;
- Prazo de abastecimento;
- Ponto de pedido;
- Ciclo de compras;
- Estoque reserva;
- Estoque máximo.

Os indicadores acima mencionados permitem a gestão de estoques através do cálculo do consumo de série histórica, o consumo médio mensal que permitirá a projeção de consumo para o ano seguinte, reduzindo os erros de previsão de estoques, permitindo a determinação do ponto de pedido, considerando o ciclo de compras, o estoque reserva ou estoque mínimo e o estoque máximo. A seguir serão detalhados alguns indicadores, bem como o cálculo dos mesmos.

Série Histórica de consumo

Para o cálculo da série histórica de consumo, que consiste em somar o material consumido durante um determinado período, é pré-requisito fundamental a definição da padronização de materiais, que é da responsabilidade da comissão de padronização

de materiais, como também a classificação dos materiais conforme itens dos subgrupos estabelecidos. Para sua aplicação, torna-se necessário alimentar adequadamente o sistema de gestão hospitalar informatizado.

Consumo médio mensal

Com os materiais classificados conforme itens dos subgrupos estabelecidos e o levantamento da série histórica de consumo dos materiais, o consumo médio mensal de um material será calculado a partir da média aritmética simples da série histórica de consumo utilizada. Como exemplo, teremos para o ano de 2024 a projeção do consumo médio mensal a partir da série histórica de consumo de material ocorrida em 2023. É esperado que o padrão de consumo nas unidades, seja relativamente constante, podendo ocorrer alteração no consumo em decorrência de mudanças no perfil do atendimento, sazonalidades, expansão de serviços, entre outras. As variações de consumo deverão ser criteriosamente analisadas, visto que será necessário novo cálculo dos indicadores. Para efeito de cálculo da média aritmética simples sobre a série histórica de consumo de um ano, períodos de estoque zero de um material não devem ser considerados, sendo substituídos pelo cálculo do consumo real diário com projeção para trinta dias para que não afetem o resultado final. Nos casos em que a falta de alguns materiais determine um aumento de consumo médio de outros, para efeito de cálculo, deverá ser considerada a quantidade consumida em situação de abastecimento normal para que não afetem o resultado final. Poderá ser estabelecido que após a organização dos controles de estoque, o consumo médio mensal deverá ser calculado através de média aritmética ponderada.

Curva ABC

Cada produto do estoque consumido na Unidade tem a sua importância, porém considerando os custos envolvidos na aquisição de cada item de estoque, existem diferenças entre os materiais. Ao ser realizada a análise dos recursos financeiros alocados em cada item, será demonstrado que um pequeno número de itens é responsável pelo comprometimento de um grande volume de recursos dispendidos com materiais.

Com as variações decorrentes da complexidade de serviços oferecidos em cada serviço, estima-se que a distribuição de recursos seja:

- 5% do total de itens consomem cerca de 80% dos recursos (até 80%)
- 15% do total de itens consomem aproximadamente 15% dos recursos (de 80% a 95%)
- 80% do total de itens consomem aproximadamente 5% dos recursos (de 95% a 100%).

Os itens do primeiro grupo são classificados como itens A. Apesar de representarem os maiores gastos, não são necessariamente aqueles de maior custo unitário. Produtos de custo unitário médio, mas de consumo elevado, absorvem grandes volumes financeiros. Os itens da classe A correspondem àqueles de grandes valores e, em geral pequenas quantidades consumidas.

Os itens do segundo grupo são denominados itens B e correspondem àqueles de valores e consumos intermediários. Os itens do terceiro grupo conhecidos como itens C são aqueles de pequenos valores e grandes quantidades consumidas. A curva ABC é um instrumento que segrega os materiais em três classes de itens, sendo a mesma

elaborada a partir da construção de uma tabela que será descrita adiante. Tem como objetivo definir os ciclos de compras para os materiais.

Roteiro básico de construção da curva ABC:

- determinar o consumo de cada item dos materiais para o período previsto;
- determinar o preço unitário de cada item;
- multiplicar o preço unitário pelo consumo previsto de cada item;
- relacionar em ordem decrescente os itens pelo custo total;
- somar os valores acumulados;
- determinar para cada material sua percentagem em relação ao custo total;
- somar as percentagens acumuladas.

Exemplo:

Material(1)	Unid. consumidora(2)	Valor unitário (3)	Valor total (4)	Ordem decrescente de custo (5)	Acumula Vr (6)	% gasta por item (7)	Acumula % gasto (8)
1	11.535	2,00	23.070,00	853.590.00-1º	853.590.00	22.2%	22.2%
2	2.000	23,07	46.140,00	730.550.00-2º	1.584.140,00	19.0%	41.2%
3	1.253.470	0,50	626.735,00	626.735.00	2.210.875.00	16.3%	57.5%
4	8.459	20,00	169.180,00	465.245.00	2.676.120.00	12.1%	69.6%
5	7.690	1,50	11.535,00	280.685.00	2.956.805.00	7.3%	76.9%
6	12.304	2,50	30.760.00	169.180.00	3.125.985.00	4.4%	81.3%
7	56.137	5,00	280.685.00	134.575.00	3.260.560.00	3.5%	84.8%
8	5.383	25,00	134.575.00	96.125.00	3.356.685.00	2.5%	87.3%
9	5.000	15,38	76.900.00	76.900.00	3.444.585.00	2.0%	89.3%
10	769	50,00	38.450.00	69.210.00	3.502.795.00	1.8%	91.1%

Comentários:

A partir da tabela acima se conclui que:

a) Apenas cinco itens de materiais representam 76,9% dos valores gastos com o total de materiais (classe A);
b) Dez itens de materiais representam 20,8% dos valores gastos com o total de materiais (classe B);
c) Cinco itens de materiais representam 2,3 % dos valores gastos com o total de materiais (classe C);
d) Recomenda-se que os materiais que atingirem a percentagem acumulada até 80% sejam classificados como Classe A; os materiais que atingirem de 80% a 95% sejam classificados Classe B e de 95% a 100% Classe C.

Prazo de Abastecimento (PA) ou tempo de espera

O Prazo de Abastecimento (PA), ou tempo de espera, é o período compreendido entre a solicitação de suprimento e o seu recebimento e inclui o tempo que o fornecedor

demora em entregar os materiais-prazo de entrega. O prazo de abastecimento está condicionado à modalidade de compra definida na legislação vigente mais o número de dias utilizados para verificar o Ponto de Ressuprimento ou Ponto de Pedido (PP). Exemplo: Se a compra for realizada através de uma dispensa de licitação o prazo de abastecimento será menor, uma vez que os tramites legais são menores.

Ponto de Pedido (PP)

O Ponto de Pedido de um material corresponde ao ponto em que o nível de estoque deste material indicar que deve ser feito o pedido de solicitação de suprimento ou compra. O Ponto de Pedido resguarda em seu estoque a quantidade suficiente para fornecer aos usuários os materiais desde a solicitação de suprimento até a sua entrega. Na sequência é apresentado um modelo de formulário para solicitação de suprimento.

MAPA DE PROGRAMAÇÃO DE COMPRAS

HOSPITAL			
Código da Unidade ( ) Farmácia ( )Almoxarifado ( )			
Código do material	Discriminação do material	Unidade	Quantidade
Emitido por Data		Assinatura	
Setor de compra Data		No do processo Assinatura e Carimbo	

*Obs: número de vias: duas; objetivo: solicitar ao setor de compras os materiais que atingirem o ponto de pedido; fluxo: preenchimento da solicitação de suprimento e encaminhamento para o setor de compras.

Cálculo de Ponto de Pedido (PP)

PP = consumo médio mensal x prazo de abastecimento + intervalo de tempo para verificar o ponto de pedido. Nota: o prazo de abastecimento deve ser em meses.

PP = C x PA

Exemplo:

C = consumo médio mensal = 265 agulhas

PA = prazo de abastecimento = 45 dias +7 dias (é o intervalo de tempo para verificar o ponto de pedido) = 1,7 mês

265 x 1,7 = 451 agulhas.

Este número (451) significa que quando o estoque estiver com 451 agulhas é o momento de fazer a solicitação de suprimento ao setor de compras. O prazo de abastecimento deve ser respeitado para não haver falta de material.

Ciclo de Compras (CC)

O Ciclo de Compra é o período de tempo existente entre a realização de duas compras. Por exemplo: 2 meses, 3 meses, etc. O ciclo de compras dos materiais deverá ser definido pela curva ABC. Os materiais incluídos no item A deverão ter um ciclo menor, os do item B um ciclo intermediário e os do C um ciclo mais longo.

Estoque de Reserva (Eres) ou Estoque Mínimo

O Estoque de reserva é a quantidade de material que suprirá eventuais necessidades do sistema, como por exemplo: o atraso do fornecedor, o aumento não esperado de demanda etc.

Cálculo de Estoque de Reserva ou Estoque Mínimo

Eres = consumo médio diário do material X tempo calculado de atraso

(cd) consumo médio diário do material = consumo médio mensal (C) dividido por trinta dias.

(ta) tempo de atraso = o número de dias estimado para atrasos

Eres = cd x ta

Exemplo: C = 265

ta = 5

cd = C / 30 = 265/30 = 9

Eres = 9 x 5 = 45.

Estoque máximo (Emax)

O Estoque máximo é a quantidade prevista de material em estoque para suprir o hospital no período de um ciclo de compras e atender a possíveis atrasos de fornecedor ou aumento de demanda. Calculo de estoque máximo:

Emax = consumo médio mensal do material calculado sobre a série histórica de um ano X ciclo de compra + Eres

Emax = C x cc + Eres

Exemplo: cc = ciclo de compra = 3 meses

C = consumo médio mensal = 265 agulhas

Eres = estoque reserva

Emax = 265 x 3 + 45 = 840 agulhas.

Apuração do Custo de Materiais

Uma das funções de grande importância da gestão de estoques é o cálculo do custo de materiais. Este cálculo consiste em determinar diariamente o valor financeiro dos materiais, em reais. O custo dos materiais em estoque deverá ser calculado quando o material sair do almoxarifado ou da farmácia para as unidades. O custo dos materiais deverá ser calculado através do Custo Médio Ponderado. Como instrumento de trabalho, utilizaremos o sistema de gestão hospitalar a ser implantado.

MODELO DE FICHA DE CONTROLE FÍSICO – FINANCEIRO

UNIDADE										
Material / Medicamento:						Código:				
Ponto de Pedido:						Estoque Máximo:				
Estoque de reserva:										
Data	Tipo de Documento	Origem/ Destino	Quantidade			Valores				
			Entrada (1)	Saída (2)	Saldo (3)	Custo de Entrada (4)	Custo unit. de entrada (5)	Custo Médio (6)	Custo total de saída (7)	Saldo Acumulado (8)
6/7/02	NF 35679	Forn. L	300	0	300	15.000,00	50,00	50,00	0	15.000,00
7/7	Req. A	c. custo 1	0	20	280	0		50,00	1.000,00	14.000,00
8/7	Req. B	c. custo 2	0	10	270	0		50,00	500,00	13.500,00
8/7	NF 46720	Forn. M	250	0	520 ##	16.000,00	64,00	56,73	0	29.500,00 #
9/7	Req. C	c. custo 3	0	20	500	0		56,73	1.134,60	28.365,40
							TOTAL		2.634,60	

*Obs: número de vias: única (uma para cada material); objetivo: registrar as quantidades e o custo de materiais na entrada e na saída, custo médio e o custo total do material na saída; fluxo – as fichas são atualizadas no sistema diariamente mediante a entrada dos materiais por notas fiscais, requisições internas, e 2ª via das prescrições médicas.

Cálculo dos valores da ficha de controle físico – financeiro
Custo unitário de entrada = custo da entrada (4) divido pela quantidade da entrada (1)
Exemplo: (4) / (1)
R$15.000,00 dividido por 300 = R$50,00
Custo médio = o saldo acumulado até a última entrada (8 #) divido pela quantidade de saldo até a última entrada (3 ##)
Exemplo: (8) / (3)
R$29.500,00 dividido por 520 = R$ 56,73
Custo total da saída = custo médio (6) vezes a quantidade de saldo (3)
Exemplo: x(3)
R$56,73 X 500 = R$28.365,40
Total do custo no mês = a somatória do custo total de saída (7)
Exemplo: R$1.000,00 + R$500,00 + R$1.134,60 = R$2.634,60

MODELO DE FICHA DE CONTROLE FÍSICO/FINANCEIRO POR UNIDADE CONSUMIDORA

Unidade					
Setor					Código da unidade
Data	Nº da requisição	Quantidade dispensada	Código do material	Custo médio	Valor da Dispensação

*Obs: número de vias: única (uma para unidade); objetivo: fornecer o custo mensal de material por unidade consumidora; fluxo: as fichas são preenchidas diariamente no sistema mediante o recebimento das requisições internas e formulário "da dose individualizada".

A fonte de informações para preenchimento desta ficha é a ficha de controle físico - financeiro que fornecerá o custo médio do material no dia de sua dispensação.

Cálculo do custo de materiais por unidade consumidora

O cálculo do custo de materiais por unidade consumidora é efetuado a partir do custo médio do material, que consta na ficha de controle físico-financeiro x a quantidade de material dispensado por unidade consumidora, somando todos os custos encontrados.

Relatório mensal de custo de materiais dos serviços

O relatório será elaborado mensalmente indicando o custo financeiro dos materiais consumidos nos serviços e encaminhado para a contabilidade de custos e Diretoria.

MODELO DE IMPRESSO DE RELATÓRIO MENSAL DE CUSTO DE MATERIAIS POR SERVIÇO

Relatório Mensal de Custo de Materiais por Serviço	
Data de entrega / /	
Unidade usuária	Custo mensal
Elaborado por:	
Recebido por:	

*Obs: número de vias: duas; objetivo: informar a contabilidade de custos o custo de materiais por unidade; fluxo: uma via fica no almoxarifado ou farmácia e a outra é encaminhada para a contabilidade de custos.

2.1.4.2. Proposta de Regimento Interno para a Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis/GO

Os Regimentos Internos aqui descritos deverão ser revisados e adequados à realidade dos Serviços quando implantados.

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E DA FINALIDADE

Art. 1º - A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº 3 – Residencial Atenas – Quirinópolis/GO, é um estabelecimento de saúde integrante da Rede Estadual de Policlínicas e está estruturado com perfil de Unidade de Referência para atendimentos de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação Terapêutica.

§1º - A Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Quirinópolis, Goiás tem por finalidades:

- Prestar Atenção Ambulatorial Especializada – AAE no enfrentamento a condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SPAIS/SES-GO e que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde, com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- Assegurar assistência gratuita aos usuários oriundos da demanda referenciada (população residente, flutuante e a referenciada pactuada com outros municípios);
- Ser um modelo de excelência na assistência a saúde da população.

Art. 2º - A auditoria dos serviços contratados será exercida pelo órgão competente da SES responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato de Gestão.

Art. 3º - O atendimento será realizado através de:

- Serviço 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;
- As especialidades médicas e não médicas previstas são: Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Obstetrícia (pré-natal de alto risco), Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Pneumologia, Ginecologia, Angiologia/ Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia, Coloproctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Anestesiologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Serviço Social e Fonoaudiologia;
- A capacidade operacional da Unidade está estruturada com ambientes destinados a Recepção, Sala de Espera, Consultórios, Salas de Exames e Procedimentos, Posto de Coleta de Exames Laboratoriais, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Central, Sala para Cuidado Farmacêutico, Posto de Enfermagem, Central de Esterilização de Material, Salas para Atividades Administrativas;

- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertando: Analises Clinicas, Audiometria, Cistoscopia, Colonoscopia, Colposcopia, Densitometria Óssea, Doppler Vascular, Ecocardiografia, Eletroencefalografia, Eletrocardiografia , Eleroneuromiografia, Endoscopia , Espirometria, Exames Oftalmológicos, Holter, Mamografia, Mapa, Nasofibroscopia, Punção Aspirativa por Agulha Grossa e fina , Patologia Clínica, Radiologia, Ressonância Magnetica, Teste Ergométrico, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Urodinâmica, Vídeolaringoscopia.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º - A Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Quirinópolis terá a seguinte estrutura organizacional:

I. Diretoria Geral (Administrador);
II. Diretoria Técnica (Médico);
III. Diretoria Administrativa e Financeira (Administrador);
IV. Gerência Operacional de Enfermagem (Enfermeiro);
V. Coordenações e/ou Chefias de Serviços.

Art. 5º - Constituem órgãos auxiliares da Diretoria:

I. Comissão de Ética Médica - CEM;
II. Comissão de Ética Multiprofissional – CEMU;
III. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários de Pacientes - CARPP;
IV. Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS;
V. Comissão de Proteção Radiológica - CPR;
VI. Comissão de Biossegurança - CB;
VII. Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB;
VIII. Comitê de Ética em Pesquisa - CEP;
IX. Comitê de Compliance - CC;
X. Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT;
XI. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS;
XII. Comissão de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA;
XIII. Comissão de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional – COREME e COREMU;
XIV. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP;
XV. Núcleo Interno de Agendamento – NIR;
XVI. Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE.

Art. 6º - Diretoria Técnica:

Serviços Médicos:

I. Ambulatório Eletivo

Serviços Assistenciais e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:

I. Coordenação de Enfermagem:
   - Enfermagem
   - CME
II. Laboratório de Análises Clínicas
III. Farmácia
IV. Serviço Social:
   - Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU
V. Nutrição
VI. Psicologia
VII. Fonoaudiologia

VIII. Imagem
IX. Métodos Gráficos.

Art. 7º - Coordenação Administrativa e Financeira
Unidade de Finanças:

I. Financeiro/ Tesouraria
II. Contabilidade e Custos
III. Faturamento

Unidade Administrativa:

I. Saúde Ocupacional e Serviço Especializado em Segurança em Medicina do Trabalho;
II. Setor de Pessoal;
III. Informática;
IV. Suprimentos:
- Almoxarifado
- Compras

Serviços Gerais:

I. Transporte;
II. Portaria;
III. Recepção;
IV. Telefonia;
V. Patrimônio

Unidade de Operações:

I. Higienização
II. Núcleo de Engenharia Clinica e Manutenção
III. Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME)

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E INCUBÊNCIAS

SEÇÃO 1ª
DA DIRETORIA GERAL

Art. 8º – A Diretoria Geral tem por incumbências:

a) participar da formulação do Plano Diretor para cada exercício, em consonância com - política e diretrizes da SES/GO;
- coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras da Unidade;

c) constituir comissões permanentes e transitórias para o estudo dos problemas médicos, técnicos e administrativos;
d) coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos na Unidade, bem como controlar a execução do mesmo;
e) aprovar e encaminhar a SES/GO os relatórios gerenciais mensais;
f) instruir e aprovar normas, rotinas, fluxos e procedimentos internos e solicitar a revisão e atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;
g) aprovar meios para controle das infecções relacionadas a assistência à saúde;
h) assegurar, no limite de sua autoridade, o cumprimento deste Regimento Interno bem como as normas, rotinas e procedimentos técnicos;
i) zelar pela qualidade dos serviços prestados na Unidade;
j) manter um sistema de cooperação com as demais unidades de saúde;
k) realizar reuniões periódicas com as Gerências e Coordenações dos diversos serviços;
l) controlar a aquisição de todo material no que se refere a qualidade e custo;

m) autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
n) cobrar o cumprimento do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade.

SEÇÃO 2ª

DA DIRETORIA TÉCNICA

Art. 9º - São atribuições da Diretoria Técnica:

a) desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas da Unidade;
b) coordenar, supervisionar e avaliar a execução das atividades dos serviços integrantes;
c) fazer cumprir o regulamento e os atos da Diretoria referente ao Corpo Clínico;
d) gerenciar os colaboradores dos Serviços, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
e) integrar e participar das comissões sob suas diretrizes;
f) certificar-se da qualidade da assistência prestada ao paciente, através dos padrões formais da avaliação;
g) instituir, avaliar e controlar os registros de assistência aos pacientes;
h) promover e participar de reuniões periódicas com visitas a integração permanente das atividades da Unidade;
i) analisar as estatísticas do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico);
j) estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais na execução das atividades dos Serviços;
k) representar a Unidade junto às autoridades sanitárias e demais casos previstos em lei;
l) cumprir e fazer cumprir a legislação vigente;
m) instruir e aprovar normas/rotinas e procedimentos internos da Unidade, avaliando a atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;
n) aprovar e cobrar o cumprimento do PGRSS da Unidade.

Dos Serviços Médicos

Art. 10º - Por meio do Ambulatório Especializado:

a) programar os atendimentos de forma a haver uma distribuição homogênea durante todo o mês, ressalvados os casos imprevistos;
b) orientar a equipe médica para que prestem uma assistência resolutiva aos usuários;
c) zelar para que a prescrição obedeça à padronização dos medicamentos implantada na Unidade;
d) colaborar de forma direta para que os índices de infecção sejam elaborados da forma mais ampla e correta possível;
e) garantir que a equipe médica e multiprofissional mantenha todas as prescrições com preenchimento correto e assinadas;
f) preencher de forma integral todas as formalidades relacionadas às documentações da Instituição, tanto no prontuário dos pacientes quanto as demais solicitadas pela administração;
g) garantir assistência prestada por profissionais capacitados e habilitados para realização de procedimentos previstos;
h) zelar para que a prescrição obedeça à padronização dos medicamentos implantada na Unidade;

i) colaborar de forma direta para que os índices de infecção sejam elaborados da forma mais ampla e correta possível;
j) fazer todas as prescrições por escrito e assinadas;
k) preencher de forma integral todas as formalidades relacionadas às documentações da Instituição, tanto no prontuário dos pacientes quanto as demais solicitadas pela administração;
l) zelar pela qualidade e disponibilidade dos recursos físicos e humanos existentes e que interfiram diretamente na diminuição dos índices de morbidade e mortalidade a que estão expostos os usuários;
m) manter um relacionamento eficaz com os demais Serviços visando a redução do tempo de atendimento e maximização dos serviços prestados;
n) elaborar protocolos de conduta médica para agilizar a atenção a ser prestada ao usuário;
o) realizar procedimentos que possibilitem a estabilização do quadro clínico do paciente, visto a necessidade de eventual transporte para outra Unidade de saúde em condições iguais ou melhores de atendimento.

Dos Serviços Assistenciais e de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica

Art. 11º - São atribuições do Serviço de Enfermagem:
§1º - Por meio da Coordenação de Enfermagem:

a) planejar, programar, coordenar e supervisionar todas as atividades e recursos disponíveis para a prestação de assistência de enfermagem aos usuários da Instituição;
b) identificar as necessidades dos Serviços em relação a equipamentos, instalações, bens permanentes e instrumental, em articulação com a Diretoria Administrativa, promovendo a disponibilização destes itens;
c) supervisionar e avaliar da assistência prestada pela equipe de enfermagem aos usuários;
d) zelar pela qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes da Instituição, como também garantir a integridade das atividades médicas e assistenciais;
e) estudar a implantação de novas técnicas de trabalho, visando a constante atualização da enfermagem quanto aos progressos técnico-científicos;
f) garantir a elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos e o seu devido cumprimento nas atividades operacionais e atualização anual dos mesmos;
g) elaborar e apresentar periodicamente à Diretoria da Instituição, os relatórios sobre o desenvolvimento das execuções das atividades de assistência de enfermagem, como também de suas necessidades;
h) implantar, desenvolver, acompanhar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
i) praticar e disseminar em sua área de atuação todos os princípios e diretrizes gerenciais adotadas pela Instituição;
j) coordenar, acompanhar e avaliar o serviço de enfermagem e sua equipe técnica em relação à qualidade da assistência prestada através das áreas que compõem a Gerência de Enfermagem;
k) interagir com a Diretoria Técnica em assuntos médicos ou técnicos, e com as demais coordenações da Instituição para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;
l) implantar e acompanhar os processos operacionais visando o controle dos custos nos Serviços;
m) desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação com vistas a alcançar as metas definidas;

n) supervisionar toda a movimentação dos pacientes da Instituição em regime de acompanhamento ambulatorial;
o) planejar e programar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais necessários para execução dos procedimentos assistenciais demandados;
p) garantir a limpeza da Unidade por intermédio das técnicas adequadas de desinfecção e higienização de serviços de saúde, pelo cumprimento do cronograma de lavagens terminais.

§2º - Por meio do Centro de Material Esterilizado (CME):

a) receber, limpar, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir todos os materiais esterilizados e/ou sanitizados para os serviços da Unidades;
b) realizar um controle efetivo sobre todos os materiais em uso nos diferentes serviços, mantendo o inventário de materiais sempre atualizado;
c) receber, processar e distribuir a roupa esterilizada para uso dos serviços que delas necessitem;
d) promover medidas de prevenção e controle das transmissões de infecções pelo material processado no setor;
e) realizar o planejamento quantitativo e qualitativo do material médico-hospitalar frente às metas estipuladas para a Unidade, a fim de prover o suprimento dos mesmos aos diversos setores, em colaboração com as devidas chefias;
f) desenvolver programas de orientação e treinamento do pessoal lotado no setor frente aos novos padrões técnicos de suas atividades;
g) manter um sistema de controle bacteriológico eficaz e que garanta a qualidade da esterilização.

§3º - Por meio do Serviço Ambulatorial:

a) planejar, executar, supervisionar e controlar a assistência de enfermagem durante o atendimento ambulatorial;
b) zelar pela qualidade e disponibilidade dos recursos físicos e humanos existentes, que interfiram diretamente qualidade da assistência prestada;
c) promover a assistência devida aos usuários, executando para tal os devidos procedimentos técnicos de enfermagem apropriados, por intermédio de protocolos elaborados para tal;
d) prestar assistência à família através da orientação devida quanto aos cuidados necessários e prestados, como também para prover uma continuidade segura dos cuidados após a saída do usuário.

Art.12º - Ao Serviço de Laboratório de Análises Clínicas compete:

a) realizar exames laboratoriais solicitados;
b) suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos resultados dos exames laboratoriais de líquidos biológicos prescritos para os usuários da Instituição;
c) zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos e pelo desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos do serviço;
d) manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
e) avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
f) manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
g) promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
h) elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
i) buscar a excelência dos resultados obtidos.

Art.13º - Ao Serviço de Farmácia compete:

a) assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos, responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo sua qualidade e adequada conservação;
b) elaborar a previsão e o consumo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e saneantes químicos usados na Unidade;
c) estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir os serviços de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da instituição;
d) exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos, mantendo registro de consumo, perda e extravio para fins de baixa ou substituição;
e) participar em estreita colaboração com a equipe médica dos estudos de casos programados e na manutenção da vigilância contínua sobre os efeitos adversos dos medicamentos;
f) elaborar relatórios, estatísticas ou inventários periódicos dos medicamentos estocados de acordo com orientação da Administração;
g) receber as requisições das prescrições, triar e dispensar as medicações em doses individualizadas;
h) controlar, diluir e distribuir os saneantes químicos e produtos afins, segundo padronização e normas da CCIRAS, obedecendo a indicação e utilização dos mesmos;
i) executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia;
j) observar o cumprimento a legislação vigente;
k) cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para a padronização dos medicamentos em uso na Unidade;
l) controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos.

Art. 14º - Ao Serviço Social compete:

a) orientar o usuário quanto as normas e rotinas da Unidade;
b) coordenar o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU;
c) realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
d) elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
e) elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
f) proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
g) orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
h) desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;
i) interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
j) elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e funcionários;
k) realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;

l) estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
m) trabalhar, preventiva e resolutivamente, as situações de rejeição familiar.

§1º - Por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU):

a) informar aos usuários sobre os serviços prestados na Unidade;
b) orientar quanto às normas e rotinas vigentes na Unidade;
c) disponibilizar formulário para reclamação e/ou sugestões e pesquisa de satisfação dos serviços prestados, em meio físico e/ou eletrônico;
d) receber, analisar e encaminhar as manifestações e/ou solicitações dos usuários aos setores respectivos;
e) cobrar a tratativa das demandas dentro dos prazos pactuados e dar um retorno ao autor da solicitação, fornecendo-lhe os devidos esclarecimentos, alternativas e soluções;
f) promover melhorias em colaboração com os demais setores, buscando aprimorar o atendimento oferecido;
g) Acompanhar diariamente os resultados e/ou manifestações das pesquisas de satisfação e mensalmente encaminhar os resultados a Diretoria Geral e demais coordenações.

Art. 15º - Ao Serviço de Fisioterapia compete:

a) realizar os procedimentos de fisioterapia aos usuários, quando solicitado pelo médico assistente;
b) prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
- programação e objetivo da terapia;
- fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma;
- região do corpo do cliente a ser submetida a ação do agente terapêutico;
- dosagem e frequência do número de sessões terapêuticas com indicação do período de duração de cada uma;
- técnica a ser utilizada.

c) Realizar, com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cardiorespiratório, cardiovascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteoarticular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:
- Programação e objetivo da terapia;
- segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;
- modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
- técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;
- orientação ao paciente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso;
- dosagem de frequência e do número de sessões terapêuticas com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.

d) manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Art. 16º - Ao Serviço de Nutrição compete:

a) definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;

b) avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
c) realizar assistência dietoterápica planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;
d) supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;
e) integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao usuário;
f) fornecer orientação ao responsável pela criança quanto ao preparo e diluição das refeições em domicílio;
g) prestar orientações dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos usuários de ambulatório e funcionários da Instituição;
h) manter um sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;
i) acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica, com a evolução dietoterápica;
j) desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da nutrição;
k) apresentar relatórios e dados específicos para execução dos controles administrativos.

Art. 17º - Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:
a) atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação e tratamento;
b) reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;
c) participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;
d) diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiológicos precocemente;

Art. 18º - Ao Serviço de Imagem compete:
a) suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames de radiologia, tomografia, ultrassonografia dentre outros, prescritos para os usuários da Instituição;
b) manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da Unidade;
c) zelar pela correta utilização dos recursos físicos identificados, principalmente pelos equipamentos;
d) promover o desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
e) manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
f) avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes e disponibilizar on line através de sistema apropriado;
g) manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 19º - Ao Serviço de Métodos Gráficos:
a) suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames representados pelos traçados gráficos prescritos para os usuários da Instituição;
b) zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
c) manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

d) avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
e) manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 20º - Ao Núcleo de Vigilância de Epidemiológica compete:
a) realizar a investigação epidemiológica dos casos notificados;
b) realizar a busca ativa dos casos de doenças de notificação compulsória (DNC), nos serviços prioritários para as DNC, conforme especificado nas rotinas próprias, com investigação epidemiológica e estabelecimento de medidas de controle epidemiológico cabíveis, incluindo quimioprofilaxia dos comunicantes de doença meningocócica e meningite por hemófilo e administração de imunoglobulina especifica (por exemplo para imunodeprimidos contatos de casos de varicela e outros);
c) acompanhar sistematicamente todos os casos de doenças objeto de investigação epidemiológica, com destaque para AIDS, meningites e tuberculose;
d) dar entrada de dados no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com subsequente consolidação e análise dos resultados, apresentando relatórios específicos;
e) divulgar sistematicamente na instituição os alertas da Vigilância Epidemiológica Estadual e Nacional, conforme ocorrência de suspeitos das Doenças de Notificação Compulsória;
f) divulgar as normas de Vigilância Epidemiológica ao corpo técnico da Unidade.

SEÇÃO 3ª

DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Art. 21º - À Coordenação Administrativa e Financeira compete:
a) transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
b) assessorar à Diretoria Geral e Diretoria Técnica na execução, avaliação e controle de propostas e planos de ação para os diversos setores da Unidade;
c) coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como, as atividades da contabilidade;
d) apresentar periodicamente à Diretoria Geral relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenário futuros;
e) apresentar a Diretoria Técnica o orçamento anual da Instituição;
f) estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros na execução das atividades da Instituição;
g) coordenar e supervisionar as seções e setores de sua responsabilidade;
h) desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
i) analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, sob regime de contrato ou convênio, se for o caso;
j) estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
k) desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
l) gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
m) visitar com regularidade as dependências da Unidade com o objetivo de detectar os problemas ou pendências apresentadas;
n) propor e aprovar normas, rotinas e procedimentos dos setores geridos por essa coordenação;
o) coordenar e supervisionar as atividades de segurança no trabalho, visando a

redução/ eliminação de acidentes por intermédio da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), assim como prover recursos necessários para a execução de suas atividades.

Art. 22º – Ao Setor Financeiro/Tesouraria compete:

a) gerir a carteira de contas a pagar no sentido de assegurar a liquidação dos débitos nos prazos pactuados de acordo com a disponibilidade de caixa;
b) elaborar os fluxos de caixa programado e realizado para acompanhamento e tomada de decisão do Diretor Geral;
c) assegurar o correto faturamento dos contratos de prestação de serviços celebrados pela Unidade;
d) manter o controle de vencimentos de contratos e convênios celebrados com terceiros afins de acionar em tempo hábil a sua renovação, quando conveniente;
e) gerenciar os recursos disponíveis no sentido de assegurar o seu controle e a maximização do seu rendimento e a capacidade de pagamento;
f) emitir ordens bancárias de pagamentos;
g) efetuar os controles de pagamentos e recebimentos da Unidade;
h) assegurar o recolhimento dos tributos e encargos legais com base nas guias específicas recebidas da contabilidade.

Art. 23º - Ao Setor de Contabilidade e Custos compete:

a) orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
b) examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;
c) executar os controles internos sobre as verbas de adiantamentos;
d) elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
e) manter atualizadas as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;
f) fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;
g) Determinar os custos operacionais dos serviços através da:
- consolidação dos valores de custos e despesas;
- definição dos critérios de rateio;
- elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares.

h) acompanhar o desempenho das atividades e o respectivo impacto nos custos hospitalares.

Art. 24º – Ao Recursos Humanos/Setor de Pessoal compete:

a) desenvolver uma política de gestão de pessoas condizente com as diretrizes da Unidade;
b) promover a integração dos colaboradores recém-admitidos com a apresentação dos caracteres organofuncionais da Instituição;
c) planejar, coordenar e supervisionar os cursos, treinamentos e eventos desenvolvidos nos serviços;
d) desenvolver programas instrucionais a partir do L.N.T. (Levantamento de Necessidades de Treinamento), que deverá ser feito anualmente nos setores;
e) executar as atividades de administração de pessoal referentes à recrutamento seleção, treinamento, capacitação, preparo de pagamentos (folha de pagamento) e classificação de cargos e salários;
f) consolidar as escalas de trabalho enviadas pelas chefias dos serviços;
g) realizar a conferencia do controle de frequência dos funcionários da Instituição através do relatório de ponto digital;

h) preparar a folha de pagamento de todos os funcionários da Instituição, identificando os valores de salários, horas extras, acréscimos legais, as férias indenizadas, aviso prévio; como também, os descontos exigidos por lei;
i) manter e atualizar, sempre que necessário, o cadastro de todos os funcionários da Instituição, com todos os dados pessoais e profissionais, inclusive curriculum vitae;
j) orientar quanto às obrigações trabalhistas os funcionários da Instituição, assim como, instituir normas para o tratamento de reclamações individuais, faltas e atrasos.

Parágrafo Único - A competência para transferir colaborador de setor é restrita ao Diretor Geral.

Art. 25º - Ao Serviço de Saúde Ocupacional compete:
a) avaliar a capacidade laborativa dos colaboradores;
b) manter e promover a saúde dos colaboradores através de:
- exames periódicos;
- entrevistas periódicas para aconselhamento médico-social;
- exames especiais, relacionados ao risco a que o trabalhador está exposto;
- programas de educação sanitária.

c) orientar e encaminhar a assistência em casos de:
- acidentes de trabalho;
- doenças ocupacionais;
- doenças não-ocupacionais;
- readaptação funcional.

d) fazer inspeção de segurança nas diversas áreas da Unidade;
e) participar de intercâmbio científico com outras instituições e atividades de consultoria para a melhoria da saúde dos colaboradores;
f) desenvolver pesquisas, objetivando identificar e estabelecer o controle dos riscos ocupacionais;
g) executar e acompanhar o cumprimento das "Normas de Saúde Ocupacional", segundo legislação e diretrizes básicas em vigor;
h) apresentar estatísticas do setor.

Art. 26º. Ao Faturamento/Contas Médicas compete:
a) controlar o encerramento das contas dos pacientes em regime ambulatorial;
b) auditar as faturas enviadas, referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;
c) levantar através dos prontuários o processamento das contas médicas;
d) emitir e controlar através dos relatórios, os dados de conferência;
e) elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Diretoria para análise das contas faturadas;
f) prestar esclarecimentos à Diretoria sobre glosas de faturas efetuados pelo SUS;
g) encaminhar mensalmente o relatório à SES/GO acordo com a data estabelecida em calendários divulgados;
h) organizar e manter o arquivo do setor.

Art. 27º – Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) compete:
a) controlar a movimentação dos pacientes na Instituição desde o registro até a saída dos mesmos;
b) gerenciar o montante de prontuários médicos, zelando pela integridade, clareza, exatidão e conservação dos mesmos;
c) elaborar atestados, declarações certidões e relatórios médicos com base nas informações prestadas pelos médicos e contidas nos prontuários, respeitando o sigilo imposto por lei, a fim de atender as solicitações legalmente autorizadas;

d) cooperar como os demais serviços no sentido de levantar dados necessários às investigações, contribuindo para a otimização do padrão de atendimento da Unidade.

§ 1º - Em registro:

a) registrar e matricular os pacientes;
b) controlar as agendas ambulatoriais;
c) manter atualizadas as informações sobre os pacientes;
d) controlar a movimentação diária de pacientes, através dos relatórios diários de informações.

§ 2º - Em arquivo:

a) organizar, movimentar e arquivar os prontuários dos pacientes de acordo com a sistemática adotada;
b) conferir e revisar os prontuários dos usuários em alta, providenciando a complementação, quando for o caso.

§ 3º - Em estatística:

a) receber e conferir o censo diário;
b) coletar, apurar e avaliar dados estatísticos de ordem médica e administrativa;
c) elaborar mapas estatísticos de indicadores hospitalares e encaminhar a Diretoria;
d) receber controle e resumo diário dos dados estatísticos de consultas ambulatoriais, pequenas cirurgias, serviços auxiliares de diagnóstico.

Art. 28º - Aos Serviços Gerais compete:

§1º - Em Transporte:

a) realizar a locomoção dos pacientes e acompanhantes quando houver necessidade, seja por intermédio de ambulâncias ou carros administrativos;
b) controlar o consumo de combustível dos veículos e atividades de manutenção veicular, seja no desenvolvimento de prestadores de serviço ou na aquisição de peças de reposição;
c) atuar de forma rígida na correta utilização dos meios de transporte disponíveis para a Instituição;
d) promover a sinergia com demais unidades de saúde no intuito de consolidar uma rede de relacionamento e poder contar com apoio de transporte entre as mesmas;
e) programar a utilização dos veículos a fim de suprir a demanda da Instituição e garantir a qualidade necessária na locomoção de pacientes;
f) zelar pela integridade da frota, propondo reformas e renovação da mesma.

§ 2º - Em Portaria:

a) manter sob vigilância permanente as dependências da Unidade, especialmente as áreas de circulação de pessoal;
b) controlar o acesso dos fornecedores e prestadores de serviços às dependências da Unidade;
c) ordenar e controlar o acesso de usuários, acompanhantes e colaboradores realizando os devidos registros;
d) recepcionar e encaminhar os visitantes aos diversos setores da Unidade, bem como controlar o fluxo de visitas;
e) fiscalizar a entrada e saída de objetos e/ou equipamentos;
f) prestar informações sobre a localização dos diferentes serviços prestados na Unidade;
g) zelar pelo cumprimento das determinações da Direção;
h) fazer rondas contínuas nas dependências da Unidade, promovendo a garantia da vigilância diurna e noturna da Instituição;
i) estar apta a garantir o acionamento de sistemas de emergência caso necessário.

§ 3º - Em Telefonia:

a) atender as ligações no máximo até o 3º toque identificando o nome da Unidade e da telefonista;
b) transferir as ligações para os ramais solicitados, acompanhando a ligação até ser atendida;
c) controlar através do sistema indicadores do setor, tais como: TMA, taxa de abandono e qualidade do atendimento;
d) levantar e avaliar periodicamente através de sistema o fluxo de ligações recebidas e realizadas;
e) manter atualizada a relação de ramais internos e telefones do corpo clínico e demais números úteis.

§ 4º - Em Recepção:

a) atender o público em geral, realizando a correta rotina de cadastramento e disponibilização das informações para as diversas áreas da instituição;
b) realizar o cadastramento de usuários em sistema apropriado para atendimento no ambulatório, fornecendo as informações necessárias e encaminhando os pacientes devidamente, conforme a situação apresentada.

Art. 29º - Ao Serviço de Informática compete:

a) coordenar as atividades das áreas integrantes e analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros;
b) estabelecer políticas e diretrizes relativas à informatização e informação dos diversos serviços;
c) executar o papel de agente principal nos relacionamentos externos em todos os temas relacionados à Informática e Informatização;
d) coordenar a geração e disseminação de informações assistenciais e gerenciais, entre os diversos serviços;
e) elaborar, manter e garantir a execução das atividades de Planejamento Estratégico de Informática da Unidade.

§ 1º - Em Suporte Técnico:

a) proporcionar atendimento às requisições dos serviços da Unidade;
b) acionar empresa de manutenção dos equipamentos em caso de necessidade de reparo, posicionando a Coordenação Administrativa;
c) desenvolver programas de capacitação em informática à todo pessoal vinculado à Unidade;
d) executar treinamentos informativos sobre temas discutidos e acordados entre a Diretoria e as demais áreas da Instituição;

§ 2º - Em Administração da Rede e do Banco de Dados:

a) realizar a manutenção da rede existente, garantindo a correta transmissão de dados e informações da Instituição;
b) colaborar nos planos de expansão da rede de informações, analisando tecnicamente a necessidade de infraestrutura adequada para a Instituição;
c) garantir a segurança e a integridade dos dados e informações geradas pelos serviços;
d) garantir a segurança e o controle sobre o acesso dos usuários aos sistemas existentes na Instituição;

§ 3º - Em Desenvolvimento:

a) garantir o desenvolvimento e utilização dos sistemas de natureza central, que contemplam procedimentos que devam ser executados de maneira uniforme em todos os serviços, provendo para tal recursos próprios ou subcontratados;
b) participar de seminários e palestras sobre novos sistemas de informações;

c) coordenar os projetos a serem desenvolvido para os vários serviços e garantir uniformidade em sua atuação e obediência às políticas, diretrizes e normas centrais.

Art. 30º - Ao Serviço de Patrimônio compete:

a) elaborar e manter atualizada a relação de todos os bens permanentes da Unidade, assim como da localização dos mesmos;
b) registrar a entrada de bens adquiridos identificando-os e disponibilizando-os para a área destino;
c) controlar a movimentação dos bens permanentes da Instituição;
d) elaborar a "Autorização de Saída" no caso de manutenção dos bens, assim como controlar e registrar a sua devolução;
e) elaborar a relação de baixa patrimonial para os bens inservíveis da Instituição, providenciando o correto envio dos mesmos para a SES/GO;
f) realizar anualmente o Inventário da Unidade, indicando divergências e informando as mesmas à Direção Geral.

Art. 31º - Ao Serviço de Suprimento compete:

§ 1º - Em Almoxarifado:

a) receber e verificar todas os materiais comprados conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
b) realizar a devolução aos fornecedores quando, em qualquer situação de recebimento, forem identificadas divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
c) estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
d) informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
e) proporcionar a devida armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume), a fim de evitar possíveis avarias e deterioração, garantindo o atendimento às recomendações dos fabricantes e a legislação vigente;
f) solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, conforme o ponto de ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento das unidades da Instituição;
g) colaborar na gestão de pequenos estoques intermediários existentes em algumas unidades da Instituição, se for o caso;
h) manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e legislação em vigor, além da higienização adequada e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos.

§ 2º - Em Compras:

a) programar e avaliar o sistema de reposição do estoque do almoxarifado, obedecendo a periodicidade e quantidade a ser adquirida;
b) emitir a tomada de preços ou contatar diretamente com os fornecedores, identificando as melhores condições de fornecimento;
c) estabelecer e manter atualizada o cadastro de fornecedores qualificados;
d) efetuar a compra dos materiais e medicamentos necessários a reposição do estoque, de acordo com a padronização de medicamentos e materiais do hospital;
e) obedecer as especificações técnicas dos materiais a serem adquiridas;
f) organizar o arquivo com pastas de fornecedores, notas fiscais e autorizações de fornecimento;
g) coordenar com o Almoxarifado a regulação dos estoques máximos e mínimos e tempo de ressuprimento;

h) trabalhar em sinergia com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
i) garantir suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da Unidade.

Art. 32º - Ao Serviço de Higienização compete:

a) realizar a higienização de todas as áreas da Unidade, utilizando as técnicas descritas nos procedimentos do setor, priorizando a qualidade do serviço prestado;
b) realizar a coleta, classificação, segregação e acondicionamento adequados dos resíduos hospitalares, conforme legislação vigente e PGRSS;
c) processar os resíduos coletados de maneira adequada, caso haja infraestrutura, ou garantir o tratamento de dispensação adequado ao mesmo quando executado por terceiros;
d) planejar e programar as devidas dedetizações das áreas internas e externas da Unidade a fim de eliminar pragas, insetos e roedores;
e) zelar pela correta execução das lavagens terminais das áreas afins, com o objetivo de garantir total asseio e qualidade dos serviços prestados;
f) promover programas de conscientização da necessidade da higienização hospitalar, resultando na diminuição de infecções relacionadas a assistência à saúde;
g) promover e trabalhar em sinergia com a CCIRAS com o objetivo de reduzir/eliminar os casos de infecção;
h) propor e executar constantemente treinamento com pessoal do setor.

Art. 33º. – Ao Serviço de Rouparia compete:

a) coletar, classificar, pesar e encaminhar para processamento (lavar, secar e passar) toda a roupa de uso na Unidade;
b) proporcionar o asseio e apresentação adequados ao enxoval;
c) manter o enxoval sem avarias através do reparo no mesmo quando identificados rasgos ou furos e/ou renovação das peças danificadas;
d) providenciar a confecção do enxoval dos pacientes conforme necessidade apresentada, assim como, o fardamento dos colaboradores, cuidando para que estejam estampadas as logomarcas do SUS, SES/GO, da Unidade e da OS;
e) armazenar e distribuir a quantidade de roupa limpa conforme a demanda das unidades da Instituição;
f) exercer o controle do volume (peças) e peso (Kg) da roupa processada para cada serviço, a fim de estabelecer a correta apropriação de custos e programação da capacidade de atendimento;
g) zelar pela eliminação dos riscos de contaminação dos funcionários da lavanderia através de Programas de Conscientização nos serviços quanto a triagem de materiais perfuro cortantes e outros da roupa suja recolhida nos expurgos, além da utilização adequada dos EPI's;
h) promover a ordem e a limpeza dos locais de trabalho.

Art. 34º. Ao Núcleo de Engenharia Clinica e Manutenção compete:

a) planejar e coordenar as atividades de todas as áreas de manutenção (predial, hidráulica, elétrica e de gases em geral), garantindo a eficácia dos serviços prestados e a satisfação das áreas requisitantes;
b) Estabelecer, implementar e disponibilizar on line e na plataforma da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde;
c) implementar o Serviço de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, responsável pelo cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva e Corretiva dos equipamentos;

d) elaborar em conjunto com a área de Suprimento, a relação de todas as peças e insumos visando garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
e) elaborar o Plano de Manutenção Preventiva e Corretiva para os equipamentos e demais recursos;
f) manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da Unidade;
g) elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes da Instituição;
h) manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e prestadores de serviços de manutenção, objetivando sanear possíveis ocorrências;
i) elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
j) zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
k) prestar atendimento de emergência às unidades da Instituição quando for o caso, a fim de promover a continuidade das atividades;
l) manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos;
m) manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infraestrutura;
n) fomentar o desenvolvimento dos envolvidos na manutenção através da capacitação contínua dos mesmos, visto o elevado nível de tecnologia dos equipamentos e instrumentos hospitalares;
o) manter a planta da Instituição, aprovada tecnicamente pelos órgãos competentes;
p) cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura predial mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos órgãos competentes;
q) avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens.

Art. 35º - São atribuições comuns as Diretorias e Gerências da Unidade:

a) assistir, de forma direta, à Diretoria Geral em todos os assuntos pertinentes aos serviços técnicos realizados, metas estipuladas, planos de contingência e demais assuntos;
b) supervisionar, orientar e acompanhar as atividades dos serviços da Unidade;
c) garantir o cumprimento das metas e estratégias definidas de acordo com os objetivos propostos;
d) desenvolver e acompanhar o planejamento das atividades assistenciais da Instituição;
e) coordenar e supervisionar a execução das atividades dos serviços integrantes;
f) encaminhar à Diretoria Administrativa e Financeira, em prazo pré-determinado as previsões orçamentárias e o quadro de pessoal, bem como os reajustes necessários, balancetes e balanços, estatísticas ambulatoriais e as respectivas avaliações;
g) zelar pelo entrosamento entre os Serviços e seus dirigentes, promovendo e mantendo relações harmoniosas entre todos os colaboradores, usuários e público, visando a otimização dos serviços prestados;
h) coordenar as áreas que lhes são subordinadas;
i) prestar as informações solicitadas por quem de direito, sobre as pessoas e atividades ligadas ao seu órgão técnico, financeiro, operacional e administrativo;

j) reunir periodicamente a sua equipe de trabalho para avaliar as atividades desenvolvidas e os problemas encontrados, buscando uma melhor forma de atuação;
k) apresentar a Diretoria Geral, relatórios periódicos das atividades desenvolvidas, mantendo-a permanentemente informada sobre o andamento das mesmas;
l) repassar a sua equipe de trabalho o conteúdo deste Regulamento e incitá-la a colocá-lo em prática;
m) participar das reuniões de Diretoria levando sua contribuição;
n) visitar constantemente os Setores que estão sob a sua responsabilidade, para que tenham um desempenho sempre melhor;
o) observar o atendimento à legislação vigente, nas diversas áreas da Unidade.

Art. 37º - São atribuições comuns aos Coordenadores, Chefes e/ou Encarregados de Setor:

a) coordenar as atividades e os colaboradores que lhes são subordinados;
b) elaborar a previsão orçamentária de sua Unidade e encaminhar para análise e discussão à sua instância superior;
c) elaborar e justificar as requisições de materiais acima do padrão de consumo, colaborando para com as atividades orçamentárias e financeiras da Instituição;
d) propor e justificar, à sua instância imediatamente superior, a lotação numérica e qualitativa de pessoal para os diferentes serviços, de acordo com as necessidades dos mesmos;
e) dirimir dúvidas e fornecer todas as informações, para que os colaboradores do Setor possam desenvolver a contento suas atividades;
f) reunir periodicamente sua equipe fornecendo um maior entrosamento entre a mesma e verificar o desempenho do Setor, buscando alternativas para a solução dos problemas identificados;
g) solicitar que sua equipe se apresente ao serviço em perfeita ordem e no horário estabelecido;
h) interessar-se pela saúde e problemas apresentados pelos colaboradores das áreas coordenadas, buscando uma melhor qualidade de vida para os mesmos;
i) verificar o levantamento de dados da Unidade, conferindo-os antes de fazer o encaminhamento à Diretoria;
j) vistoriar constantemente os locais de trabalho da sua equipe, verificando a exatidão na execução das tarefas;
k) fazer as escalas de serviço e férias;
l) emitir parecer sobre a admissão e demissão de funcionários;
m) oferecer treinamento em serviço aos novos funcionários;
n) participar das reuniões de chefias, levando sua própria contribuição;
o) implantar um livro de ocorrências e fazer registrar no mesmo, os fatos mais relevantes;
p) observar constantemente o desempenho dos produtos em uso e pesquisar novos, quando relevantes;
q) elaborar e conseguir que seja colocado em prática um Regimento para o setor;
r) providenciar a emissão e assinatura das requisições de materiais;
s) proporcionar e incentivar a atualização constante da sua equipe de trabalho, objetivando uma melhor capacitação da mesma.

Das Substituições

Art. 38º - Serão substituídos, em seus impedimentos eventuais e temporários:

§1º - O Diretor Geral será substituído no seu impedimento pelo Diretor Administrativo e Financeiro;

§2º - O Diretor Técnico será substituído no seu impedimento por um dos médicos integrantes do Corpo Clínico, por ele indicado e aprovado pelo Diretor Geral;

§3º - As substituições somente serão remuneradas, nas hipóteses previstas em lei e quando o afastamento do dirigente for autorizado ou reconhecido pela autoridade competente.

CAPITULO IV

Do Horário de Trabalho

Art. 39º - O horário de trabalho para cada categoria profissional será estabelecido na legislação vigente e/ou contrato de prestação de serviço.

Art. 40º - Os colaboradores da Unidade não poderão ausentar-se do serviço, ao término do seu horário de trabalho, sem a presença do seu substituto.

Parágrafo Único - A prorrogação do horário de trabalho e as chamadas "dobras de serviço", só serão permitidas se praticadas em consonância com a legislação específica em vigor.

CAPITULO V

Das Disposições Gerais e Transitórias

Art. 41º - Fica terminantemente proibido a todos os colaboradores, receberem honorários, gratificações, ou quaisquer outros tipos de remuneração ou pagamento, praticados a qualquer título, por pessoas físicas ou jurídicas.

Art. 42º - A permuta de plantão só será permitida, mediante prévia autorização da Coordenação imediata.

Art. 43º - É proibido a todos os colaboradores, serem substituídos nos seus plantões por profissionais não pertencentes ao quadro de pessoal da Unidade.

Art. 44º - Os prontuários, bem como todos os documentos relacionados com a assistência prestada aos pacientes, pertencem à Unidade e todos os profissionais e colaboradores devem respeitar o sigilo, com base nos dados registrados no prontuário ou por outros meios.

§1º - A divulgação de informações sobre o paciente cabe exclusivamente ao médico assistente. A não observância do sigilo médico será considerada falta grave.

§2º - As consultas aos prontuários serão regulamentadas pelo SAME, sendo proibida a saída do prontuário da Unidade, sob qualquer pretexto.

Art. 45º - Será seguido o sistema unitário integrado e centralizado para os prontuários médicos.

Art. 46º - Nenhum usuário poderá ser admitido sem estar devidamente registrado.

Parágrafo Único - Excetuam-se desta determinação os casos de externa urgência.

Art. 47º - O Corpo Clínico é constituído por médicos parceiros com contrato de prestação de serviço, tendo Regimento próprio.

Art. 48º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 49º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis/GO poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 50º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela Diretoria e SES/GO e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

2.1.4.3. Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem

Os Regimentos Internos aqui descritos deverão ser revisados e adequados à realidade dos Serviços quando implantados.

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art.1º - A Gerência Operacional de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis está subordinada à Diretoria Técnica.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art.2º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidades:

a) Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
b) Assistir ao usuário integralmente, atendendo-o em suas dimensões biológica, psicológica e emocional, objetivando a sua mais breve recuperação e sua reintegração social;
c) Promover continuamente a excelência da qualidade assistencial, estimulando a equipe ao constante desenvolvimento técnico-científico, oferecendo condições que viabilizem o crescimento integral de seu potencial, idade, pessoal e profissional;
d) Propiciar ambiente harmonioso e produtivo que estimule o desenvolvimento do trabalho interativo em equipe, garantindo a harmonia de objetivos e metas e o comprometimento de todos na condução do sucesso;
e) Realizar e colaborar com os estudos e pesquisas desenvolvidas por profissionais desta e de outras áreas, disponibilizando contribuições, conhecimentos e auxiliando-os em suas necessidades;
f) Prestar colaboração e atender sempre que necessário às solicitações dos serviços públicos ou privados de assistência à saúde;
g) Colaborar com as instituições educacionais na área de Enfermagem e outras congêneres na formação de profissionais, viabilizando acesso ao desenvolvimento de estágio em campo de trabalho, firmando compromisso perante a comunidade, em atendimento ao seu papel quanto à responsabilidade social e cidadania;
h) Participar através de setor de competência do processo seletivo de profissional para a Equipe de Enfermagem, através de planejamento e ações conjuntas com departamento responsável pelo recrutamento e seleção de pessoal;
i) Colaborar continuamente com os Sistemas de Gestão vigentes e demais serviços para a melhoria na aplicação de métodos, práticas, otimização dos desempenhos técnicos, administrativos e no alcance de melhores resultados;
j) Manter o trabalho norteado pelos preceitos e orientações contidas no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

Art.3º - A Unidade mantém o serviço de enfermagem nas seguintes áreas:

- Coordenação de Enfermagem;
- Serviços Ambulatoriais;
- Central de Esterilização de Materiais;
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
- Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho;
- Serviço de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS DOS SERVIÇOS

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO:

a) Realizar controle periódico de materiais e instrumentais sob sua guarda;
b) Manter em perfeito estado de conservação e funcionamento os equipamentos destinados à esterilização e outros equipamentos do setor;
c) Manter estoque suficiente de materiais, equipamentos e instrumentais cirúrgicos e em condições que possibilitem o cumprimento rigoroso do programa cirúrgico;
d) Realizar testes de segurança de esterilização, conforme rotinas estabelecidas pela SCIH;
e) Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho.

Unidade de Ambulatório:

a) Promover a assistência de enfermagem aos usuários;
b) Promover o encaminhamento correto dos pacientes quanto da realização de exames e procedimentos terapêuticos;
c) Promover programas de assistência sanitária a serviço da comunidade, através de ações de orientação e controle;
d) Manter um controle rigoroso juntamente com o SAME, a respeito da utilização dos prontuários, assim como, da correta tramitação e garantia da integridade dos mesmos;
e) Planejar e programar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais a serem utilizados a fim de garantir a prestação de assistência de enfermagem com qualidade e compromisso com o bem estar dos pacientes da Instituição.

Serviço de Educação Permanente:

a) Imprimir ao serviço, fator decisivo de sucesso institucional pela capacidade, importância e resolutividade;
b) Estimular a capacidade individual de cada pessoa, potencializada pelas oportunidades que lhe são conferidas;
c) Estabelecer a resolutividade na transmissão de conhecimentos e agilidade nas capacidades técnicas percebidas pelos usuários;
d) Prover o setor com recursos físicos e instrutores especializados, para organizar, sistematizar as ações educativas, fornecendo meios que possibilitem e facilitem a aprendizagem e a aquisição de habilidades em função de objetivos definidos, conduzindo-as a um processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
e) Criar condições propícias que favoreçam a modificação de atitudes, diante das relações entre pessoas ou de aspectos de tarefa, organização ou ambiente;
f) Manter atenção direcionada em captar situações inovadoras, transmitindo-as à equipe;
g) Efetuar diagnósticos que permitam a clara avaliação e mapeamento das necessidades existentes, delineando os objetivos a serem atingidos através do treinamento;
h) Efetuar planejamento e programação, com visitas a operacionalizar os objetivos e tomar decisões estratégicas sobre: metodologia, logística, infraestrutura, público alvo, definição de locais, horários e conteúdo;
i) Selecionar os procedimentos de avaliação adequados para mensuração quantitativa e qualitativa dos resultados, validando o aprendizado;
j) Viabilizar esquema adequado que envolva cooperação de toda a liderança, na seleção de necessidades, elaboração do programa e estabelecimento de

cronograma que adenda a disponibilidades de horários e inclusão de todos os funcionários;

k) Disponibilizar informações diversas via Intranet e Internet, como recurso instrucional, de esclarecimento e de divulgação de programação de treinamentos, cursos e demais eventos de interesse;

l) Viabilizar condições que facilitem a participação dos funcionários em eventos de interesse, externo à instituição, e colocar recurso que possibilitem a realização de cursos no âmbito interno da instituição organizado por empresas especializadas;

m) Estimular os funcionários à constante necessidade de aprendizado, conduzindo-os ao autodesenvolvimento, com responsabilidade pelo projeto de seu próprio crescimento, como agente transformador e diretor de sua carreira e de sua vida.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

a) Observar rigorosamente as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

b) Manter ações voltadas à prevenção e controle das infecções de pacientes internos e externos;

c) Responsabilizar-se pela execução de ações sistemáticas e contínuas de vigilância epidemiológica e de monitorizarão, através de registro dos resultados;

d) Colaborar com os programas de educação e treinamento continuados, objetivando a melhoria de processos e procedimentos, minimizando riscos e efeitos colaterais, mantendo interação contínua com demais serviços da instituição;

e) Organizar e manter atualizados os manuais de normas, rotinas e procedimentos e sistematizar o processo de documentação e registros correspondentes aos procedimentos de controle de infecções, conforme legislação vigente;

f) Organizar e monitorar procedimentos correspondentes a: orientações aos pacientes; lavagem simples e antissepsia das mãos, biossegurança, limpeza e desinfecção institucional;

g) Organizar normas e procedimentos específicos às áreas críticas, detalhando precauções e rotinas de isolamento;

h) Manter interação com laboratório de microbiologia e adotar condutas da CCIH para microrganismos multirresistentes;

i) Colaborar com o serviço de Educação Continuada, contribuindo na seleção e elaboração dos programas educativos, acompanhamento e desenvolvimento de funcionários e estagiários, incentivando o crescimento pessoal e profissional;

j) Aplicar e verificar a aplicação de todas as medidas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

k) Manter criteriosamente os registros estatísticos e demais anotações necessárias à geração de dados e informações ao monitoramento do desempenho setorial, ações de âmbitos decisórios e elaboração de relatórios;

l) Atuar em conjunto com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unidade.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO

Art.4º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem da Instituição, em linha hierárquica, está assim constituído:

- Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem (Gerente Operacional de Enfermagem);
- Enfermeiros Assistenciais de Unidades;

- Enfermeiro Responsável pela SCIH;
- Técnicos de Enfermagem.

Parágrafo único - Os requisitos necessários para a atuação dos profissionais de Enfermagem são: Registro do Profissional de Enfermagem no COREN - GO e Certidão Negativa comprovando a regularização perante o COREN - GO.

CAPÍTULO V

COMPETÊNCIAS DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Art.5º - Ao Gerente Operacional de Enfermagem compete:

a) Estruturar, organizar, coordenar e dirigir todas as ações do Serviço de Enfermagem, apresentando estratégias inovadoras, assegurando a qualidade assistencial e mantendo atualizados os sistemas de qualidade;

b) Desenvolver estratégias e planos de ação, a curto, médio e longo prazo, estabelecendo um Planejamento Estratégico que focalize a identificação e o desenvolvimento de lideranças; atenção centrada no paciente, informação, análise e resultados;

c) Criar diretrizes básicas com objetivos e metas do Serviço de Enfermagem e cada um de seus serviços, buscando sempre como diferencial a visão holística e a assistência humanizada, globalizada e personalizada;

d) Prover a assistência globalizada, individualizada e humanizada de enfermagem ao paciente e sua família, através da valorização, especialização, interação e aprimoramento da equipe, bem como a utilização racional de procedimentos, normas, processos e tratamentos específicos da Enfermagem, num contexto multiprofissional;

e) Promover e facilitar relacionamento favorável entre todo o pessoal da área da enfermagem, articulando o seu envolvimento com a missão, visão e comprometimento com a qualidade, objetivos e metas institucionais;

f) Colaborar e oferecer contribuições nos projetos de atualizações e aperfeiçoamento técnico-administrativo, apresentando inovações viáveis de implantação e desenvolvimento;

g) Interesse contínuo em estimular e apoiar o desenvolvimento pessoal e profissional dos funcionários, atendendo as suas expectativas e potencialidades;

h) Elaborar orçamento anual prevendo recursos humanos, materiais e equipamentos, definindo prioridades que visem possibilitar e assegurar a qualidade assistencial ao paciente, bem como, avaliar sistematicamente a relação custo-benefício envolvida em todo o processo operacional;

i) Visitar sistematicamente todas as áreas de enfermagem sob sua responsabilidade, reforçando a interação com os integrantes da equipe e, sempre que possível, visitar pacientes, especialmente os mais graves e que requerem cuidados especializados;

j) Aplicar instrumentos adequados para mensurar o padrão de atendimento dos serviços e unidades (mensuradores de desempenho), com vistas a obter a maior quantidade possível de informações para identificar e analisar alterações necessárias aos processos que não estejam em conformidade com as práticas gerenciais;

k) Promover a divulgação e educação da regulamentação do exercício profissional, estando receptivo a entender novas exigências legais, dos Conselhos Federal e Regional da categoria;

l) Verificar a aplicação de medidas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

m) Zelar pelo cumprimento de ética e preservação de dados confidenciais, inteirando-se de todos os problemas que possam ocorrer, através da Comissão de Ética da Unidade;

n) Observar para que cada serviço tenha seus procedimentos operacionais devidamente atualizados;
o) Cumprir e zelar pelo cumprimento do regimento da instituição, Regimento Interno do Serviço de Enfermagem e demais normas e regulamentos vigentes;
p) Elaborar e apresentar à Diretoria Técnica relatório mensal de atividades técnico-administrativas e estatísticas do movimento dos serviços de sua área.

Art.6º - Ao Enfermeiro Assistencial compete:

a) Dirigir a unidade de trabalho sob sua responsabilidade, com competência técnica e embasamento científico, visando o alcance dos objetivos propostos pelo serviço;
b) Planejar, organizar e distribuir a equipe de enfermagem para prestar atendimento individualizado e sequencial, em atendimento às condições do paciente e qualificação profissional de cada funcionário;
c) Observar e conscientizar toda a equipe para o uso e observância das precauções padrão;
d) Atender às necessidades médicas, inteirando-se de todas as ocorrências e necessidades dos pacientes, com o objetivo de prestar uma melhor assistência;
e) Trabalhar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo todos os turnos de trabalho;
f) Elaborar a escala de serviço e férias para a equipe de sua área em consonância com a Coordenação de Enfermagem;
g) Comunicar-se de forma clara e objetiva com a equipe de trabalho, criando um clima de respeito e cordialidade;
h) Ter habilidade para trabalhar em parceria com equipe multidisciplinar e multiprofissional;
i) Ter habilidade para avaliar a assistência de enfermagem prestada pela equipe, objetivando a qualidade do atendimento e zelando pelo cumprimento da ética;
j) Apresentar comprometimento com metas e objetivos da Enfermagem, cooperando com a Coordenação de Enfermagem;
k) Observar a manutenção, preservação e controle de todos os equipamentos, instrumentos, instalações, materiais e medicamentos disponíveis para atendimento aos pacientes;
l) Providenciar eventuais necessidades de manutenções, junto ao setor responsável;
m) Registrar e compilar dados para efeito de: controle, estatística e elaboração de relatórios;
n) Cumprir e fazer cumprir todas as normas, diretrizes e procedimentos técnicos do serviço e da instituição;
o) Manter-se atualizado no campo de sua atividade;
p) Participar dos programas de educação continuada, incentivando e valorizando o aprendizado e desenvolvimento contínuo.

Art.7º - Ao Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem compete:

a) Participar da programação da assistência de Enfermagem;
b) Prestar assistência integrada e globalizada aos pacientes proporcionando-lhes segurança, procurando atender satisfatoriamente a todas as suas necessidades;
c) Receber e passar o plantão em equipe e tomar conhecimento de todas as ocorrências;
d) Executar criteriosamente as prescrições médicas e anotar cuidados prestados e alterações apresentadas no prontuário do paciente;
e) Atender às chamadas dos pacientes, comunicando as intercorrências ao Enfermeiro do setor;

f) Auxiliar o médico e executar cuidados de Enfermagem aos pacientes sob sua responsabilidade;
g) Auxiliar os demais profissionais da equipe na prestação de cuidados aos pacientes;
h) Estar apto a executar controle de sinais vitais, peso, balanço hídrico e demais procedimentos referentes a curativos, inalação, nebulização, cuidados pré, trans e pós-operatório, aplicação de calor ou frio e outros, quando designados e sob a supervisão do Enfermeiro;
i) Manter relacionamento cordial e cooperativo com toda equipe de trabalho;
j) Acompanhar o transporte de pacientes para exames;
k) Comunicar ao Enfermeiro da unidade qualquer alteração no estado do paciente;
l) Efetuar anotações de todos os procedimentos, observações e cuidados de enfermagem nos respectivos prontuários;
m) Zelar pelo cumprimento da Ética e preservação de dados confidenciais;
n) Interessar-se em participar nos programas de educação, treinamento e desenvolvimento profissional;
o) Verificar o funcionamento das instalações da unidade do paciente, comunicando os reparos necessários junto à chefia imediata;
p) Colaborar no controle de materiais, medicamentos e equipamentos, visando o funcionamento ininterrupto da unidade;
q) Colaborar na prevenção e controle de infecção hospitalar;
r) Efetuar registros, facilitando controles e estatísticas da unidade;
s) Utilizar adequadamente equipamentos e materiais, contribuindo para evitar desperdícios;
t) Cooperar em todos os sentidos para o bom andamento da unidade e participar das reuniões quando convocado.

Art.8º - Ao Enfermeiro do SCIH compete:

a) Realizar capacitações periódicas relativas às rotinas da CCIH;
b) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
c) Elaborar e divulgar regularmente relatórios e comunicar periodicamente à Diretoria da instituição e às chefias dos setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
d) Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;
e) Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
f) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
g) Divulgar os índices de infecções hospitalares aos diversos setores e profissionais do Hospital, mensalmente;
h) Fiscalizar a execução de normas aprovadas pela CCIRAS;
i) Estabelecer prioridades de internação em quartos individuais para pacientes com infecções transmissíveis;
j) Emitir parecer técnico prévio relativo a mudanças e/ou reformas da área física com repercussão no controle de infecções;
k) Manter registro de suas atividades.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados e com crachá de identificação.

Art. 10º - Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade junto ao COREN.

Art. 11º - O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem".

Art. 12º - Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura do Enfermeiro Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem e do Diretor da Instituição.

Quirinópolis, de de 202.

(Diretor Geral da Unidade)

(Gerente Operacional de Enfermagem)

2.1.4.4. Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao Controle Gerencial e Melhoria do Atendimento ao Usuário

Descrição dos Sistemas a Serem Instalados:

Módulo: Controle Financeiro

O Sistema Financeiro tem como objetivo controlar os compromissos a pagar e a receber com o acompanhamento do fluxo de caixa e da movimentação bancária.

Características:

- Cadastro único dos clientes, fornecedores, centros de custos e plano contábil para os módulos: compras, estoque, contabilidade e custos;
- Cadastro de duplicatas e descontos integrados com as faturas;
- Emissão automática de cheques e borderôs;
- Controlar saldo e movimentação de contas bancárias;
- Permite realizar conciliação bancária;
- Permite realizar programação financeira;
- Calcula o recolhimento de IRF e ISS com emissão das respectivas guias;
- Cálculo automático dos impostos retidos dos fornecedores de serviços;
- Definição automática dos dados bancários dos fornecedores no momento do pagamento.

Consultas/Relatórios

- Pagamentos a realizar e realizados;
- Recebimentos a realizar e realizados;
- Fluxo de caixa analítico e por banco;
- Movimentação bancária por período;
- Saldo bancário das contas correntes;
- Cópia de cheques;
- NF's sem faturas e faturas sem duplicatas;
- Conta corrente e demonstrativo de saldo de fornecedores;
- Conta corrente de adiantamentos e descontos dos fornecedores e funcionários;
- Demonstrativo de custos por conta e centro de custo de forma analítica e consolidada;
- Comparativo do custo previsto contra o realizado;
- Relação de cheques cancelados;
- Informe de rendimentos dos fornecedores de serviços.

Módulo: Compras e Estoque

Compras:

O Sistema de Compras tem o objetivo de registrar, controlar, gerenciar e fornecer informações a respeito dos pedidos de compras dos materiais.

Características:

- Cadastro único dos fornecedores e centros de custos para todos os módulos: financeiro, compras, estoque, contabilidade e custos;
- Controle do pedido de compra por centro de custo;
- Cadastro de cotações e prazos de entrega dos materiais por fornecedor, permitindo um comparativo de preço x prazo;
- Emissão do pedido a partir da solicitação dos materiais;

Consultas/Relatórios

Itens de estoque que atingiram o ponto de ressuprimento:

- Emissão do pedido de compra de materiais;
- Relação dos pedidos emitidos por período e centro de custo;
- Compras com recebimento pendente e em atraso;
- Relação das compras por fornecedor;
- Histórico de aquisição por material;
- Preços e prazos de entrega por fornecedor;
- Comparativo de Preço x Prazo;
- Relação das solicitações de materiais por centro de custo.

Estoque

O Sistema de estoque tem por objetivo registrar, controlar e fornecer informações a respeito da aquisição, entrada e saída, dos diversos materiais e medicamentos utilizados na unidade.

Características

- Confiabilidade e segurança das informações mediante consistência dos dados;
- Registro dos dados a partir do documento original;
- Cadastro único dos clientes, fornecedores, centros de custos e plano contábil para todos os módulos: financeiro, compras, estoque, contabilidade e custos;
- Centralização da digitação das notas fiscais de materiais, gerando relatório de contas a pagar do financeiro e consequente redução de retrabalho;
- Cálculo on-line do saldo e custo médio dos materiais no momento da movimentação;
- Baixa automática do pedido de compra no momento da entrada do material.

Consulta/Relatórios

- Relação de entrada de materiais e medicamentos num determinado período;
- Relação de saída de materiais e medicamentos por período e centro de custo (analítico e resumo);
- Relação de devolução de materiais aos fornecedores;
- Relação de notas fiscais recebidas num período;
- Balanço de movimento de materiais por período ou por item de estoque;
- Última entrada e saída por material e /ou medicamento;
- Movimento acumulado por material ou consolidado num período;
- Relação de materiais e/ou medicamentos sem saída num determinado período;
- Relação do saldo atual e valor por item de estoque;
- Balancete diário ou mensal por tipo de operação ou categoria de material;
- Controle de consignação;
- Emissão de formulário para inventário de materiais;
- Apuração de divergências encontradas no inventário;
- Ajustes de inventários efetuados;
- Itens de estoque mais ou menos adquiridos no período;
- Itens de estoque com maior ou menor saída no período;
- Relação dos principais fornecedores.

Módulo: Contabilidade

O Sistema de Contabilidade tem como objetivo fornecer as informações contábeis e gerenciais da empresa.

Características

- Cadastro único dos centros de custos e plano contábil com os módulos: financeiro, compras, estoque e custos;
- Recepção automática dos lançamentos contábeis gerados no módulo financeiro;
- Opção de emissão dos diversos relatórios por faixa de contas e grau máximo do plano contábil.

Consulta/Relatórios

- Razão analítico por período;
- Balancete analítico mensal';
- Balancete do exercício;
- Diário geral por período;
- Balanço mensal;
- Demonstrativo do resultado do exercício;
- Demonstrativo da origem e aplicações de recursos.

Módulo: Custos

Este sistema tem por objetivo fornecer informações gerenciais a respeito do custo orçado e realizado da empresa.

Características

- Cadastro único dos centros de custos com os outros módulos: financeiro, compras, estoque e contabilidade;
- Recepção automática dos movimentos de receitas e despesas geradas no módulo financeiro;
- Emissão dos relatórios em diversas moedas;
- Permite comparar o orçado x realizado;
- Permite ratear os custos com outros centros de custos.

Consultas/Relatório

- Mapa anual dos orçamentos por centro de custo;
- Mapa anual dos orçamentos-consolidado;
- Comparativo do orçado x realizado por centro de custo;
- Comparativo do orçado x realizado-consolidado;
- Resultado consolidado;
- Custo analítico por Centro de Custo;
- Custo analítico por conta;
- Custo consolidado;
- Custo mensal analítico por Centro de Custo;
- Custo mensal consolidado por conta;
- Mapa anual do realizado por Centro de Custos;
- Mapa anual do realizado-consolidado.

Características Gerais

- Rigidez e simplicidade no acesso ás informações;
- Garantia de confidencialidade das informações através de senhas de acesso;
- Ganho em produtividade através do menor manuseio de informações;
- Integridade dos dados através de rotinas de segurança;
- Apresentação através de menus autoexplicativos;
- Consulta de dados no vídeo, sem necessidades de impressão;
- Presença de mensagens alertando sobre situações anormais.

Módulo de Atendimento

O Sistema de atendimento tem por objetivo controlar os pacientes ambulatoriais e efetuar o faturamento ambulatorial.

Características

- Cadastro médico dos pacientes, médicos, centro de custo e procedimentos integrado ao sistema de leitos;
- Emissão de agenda por médico;
- Cadastro de valores do SUS;
- Anamnese informatizada com o padrão já definido como opção.

Consultas/Relatórios

- Produção ambulatorial
- Boletim de produção;
- Ficha de Anamnese;
- Produção por médico;
- Resumo de produção;
- Atendimento por data/médico/resumo;
- Desempenho por médico e especialidade.

Módulo: Exames Complementares

Este sistema tem por objetivo, agendar os exames complementares realizados na unidade e posterior faturamento dos mesmos.

Características

- Cadastro único dos pacientes, médicos e centro de custo;
- Cadastro de laudos;
- Cadastro do procedimento e valores;
- Cadastro de marcação de exames complementares.

Consultas/Relatórios

- Relação de pacientes;
- Emissão de laudos;
- Emissão do faturamento dos exames complementares.

Módulo de Atendimento ao Paciente

O sistema de atendimento tem como objetivo a marcação de consultas e controle das agendas das equipes médicas e multiprofissionais.

Características

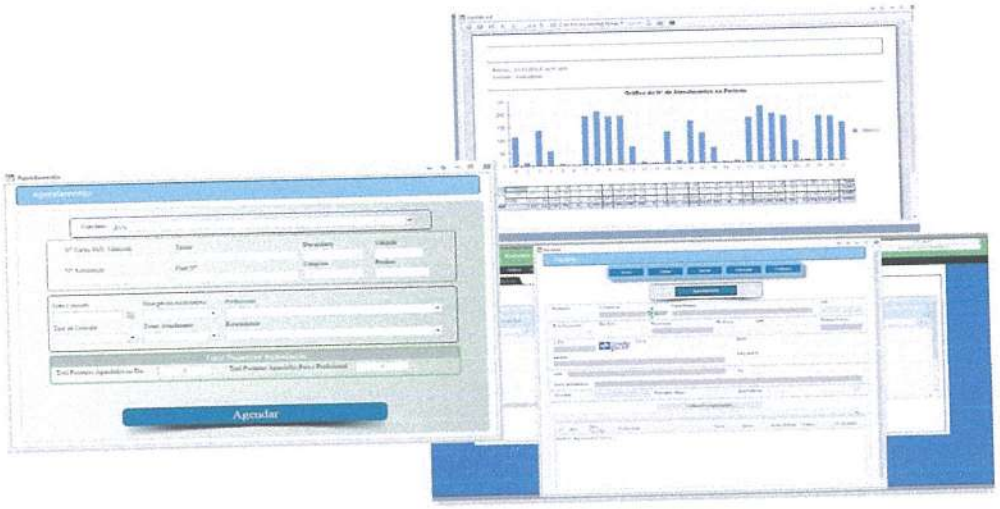
- Cadastro único de paciente, equipe e prontuário;
- Cadastro de procedimentos ambulatoriais;
- Cadastro de movimentação do paciente;
- Cadastro dos dias de atendimento do médico com sua especialidade.

Consultas/Relatórios

- Emissão das agendas das equipes;
- Relatório de produção do ambulatório;
- Relatório de produção por especialidade;
- Boletim de produção ambulatorial;
- Produção por profissional;
- Atendimento de pacientes por data, profissional e especialidade;
- Relatório de tempo de espera ambulatorial;
- Relatório de tempo de atendimento de enfermagem;

- Relatório de tempo de atendimento médico.

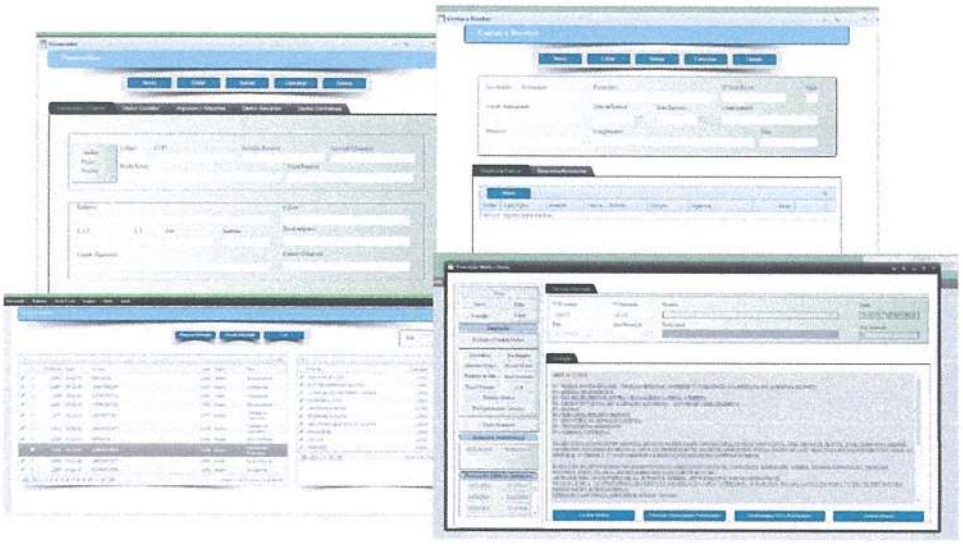
PROPOSTA DE MÓDULOS A SEREM IMPLEMENTADOS



Agendamento com SMS I Gráficos de Atendimento

MÓDULO DE PACIENTE

- Agendamento com envio de SMS, Gráficos de Atendimento e Acompanhamento do Tempo de Atendimento;
- Controle de Prontuário;
- Controle de Internação, com Censo Diário e Controle de Tempo de Permanência;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Controle e Emissão de Laudos de Endoscopia;
- Controle e Emissão de Laudos de Ultrassonografia;
- Controle e Emissão de Laudos de Raios X;
- Prescrição Eletrônica, interligada aos diversos sistemas da área médica com Emissão de Receitas, Transferências, Solicitação de Exames, etc.;
- Enfermagem – Prescrição e Evolução;
- Serviço Social – Prescrição e Evolução;
- Fisioterapia – Prescrição e Evolução;
- Controle de Infecção Hospitalar;
- Faturamento SUS – Ambulatorial (BPA);
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Sistema de Centro Cirúrgico;
- Sistema de Psicologia – Prescrição e Evolução;



Otimização do Trabalho de forma SIMPLES e RÁPIDA.

MÓDULOS ADMINISTRATIVOS

- Serviço de Atendimento ao Usuário – SAC;
- Sistema de Gerenciamento de Suprimentos e Farmácia;
- Sistema de Compras com cotação e comparativo do menor preço de forma automática, com emissão e autorização de fornecimento;
- Sistema Financeiro com Contas a Pagar e Receber, com Fluxo de Caixa;
- Sistema de Informações Gerenciais – SIG;
- Sistema de Contratos e Honorários Médicos;
- Sistema de Requisição de Materiais e Medicamentos por paciente e Kit's;
- Sistema de Contabilidade;
- Sistema de Classificação Contábil;
- Sistema de Custo Hospitalar e Orçamento;
- Sistema de Recepção e Portaria;
- Controle de Patrimônio;
- Sistema de Controle de Transporte;
- Sistema de Manutenção com Ordem de Serviço;
- Controles Gerais de Enxoval e Processamento de Roupas Hospitalares;
- Painel de Atendimento ao Paciente, com marcação do tempo de atendimento e classificação de risco e quantidade atendida.

Atendendo a exigência do Edital de Seleção, propomos a criação de página na internet disponibilizada para consultas públicas, contendo as seguintes informações:

- O Contrato de Gestão e os seus eventuais aditivos;
- O regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;
- Seus registros contábeis, balanços, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;
- Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;
- Atas de suas reuniões, que tenham relação com este Contrato de Gestão;
- Ato Convocatório e Avisos de seleção pública relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;
- Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;
- Relação mensal dos seus empregados com os respectivos salários;
- Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com os respectivos salários mensais.

Ainda em respeito às exigências de Edital, serão implementadas as seguintes ações:

- Implantar e implementar o Prontuário Único e Eletrônico do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas digitalmente pelo profissional responsável pelo atendimento;
- Emitir de laudos de exames de diagnóstico por imagem bem como digitalizar todas as imagens geradas nos serviços de imaginologia, disponibilizando-as para o sistema PACS/RIS da SES-GO;
- Emitir de laudos de exames de patologia clínica;
- Implantar o serviço de Telessaúde ofertando teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permite;
- Aderir e alimentar os sistemas de informação a serem disponibilizados pela SES/GO para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização dos resultados da Unidade;
- Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle e tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente a prestação de contas para a SES/GO conforme termos de colaboração firmados.

2.1.4.5. Proposta de Regimento do Corpo Clínico

Os Regimentos Internos aqui descritos deverão ser revisados e adequados à realidade dos Serviços quando implantados.

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1º - As regras gerais para a atividade médica na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis tem por finalidade estabelecer orientações aos médicos que exercem suas atividades na Instituição, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional para o desempenho das atividades com base nas determinações do Conselho Federal de Medicina (CFM: 1481/97) e nas diretrizes SES/GO.

CAPÍTULO II

DA UNIDADE

Art. 2º - A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada no município de Quirinópolis/GO, está estruturada com perfil de 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.

Art. 3º - A Policlínica disponibilizará atendimentos ambulatoriais e SADT em dias úteis, no horário de 07 às 19 horas, exceto nos casos de programação de terapia renal substitutiva (TRS) em que o funcionamento será programado de segunda feira a sábado. As especialidades médicas previstas são: Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Obstetrícia (pré-natal de alto risco), Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Pneumologia, Ginecologia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Anestesiologia.

CAPÍTULO III

DESIGNAÇÃO, SUBORDINAÇÃO E COMPETÊNCIAS

Art. 4º - O organismo resultante da reunião de todos os médicos que exercem suas atividades na Unidade é designado como Corpo Clínico.

Art. 5º - O Corpo Clínico é subordinado ao Diretor Técnico da Unidade.

Art. 6º - Compete aos membros do Corpo Clínico da instituição:

- **a)** proporcionar aos usuários, assistência médica nos mais elevados padrões;
- **b)** manter eficiência através da revisão e discussão sistematizada dos casos tratados na Unidade;
- **c)** informar verbalmente ao usuário, ou se for o caso, seus familiares ou responsáveis a necessidade e a natureza dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que será submetido, esclarecendo os possíveis riscos e benefícios dos mesmos;
- **d)** zelar pela manutenção das diretrizes da Instituição, voltada para a prestação de atendimento ambulatorial de qualidade;

e) manter atualizado o prontuário dos usuários, que deverá conter de forma legível e com o rigor da verdade, o histórico clínico, evolução, prescrições, descrição de atos médicos realizados e condições de transferência, alta ou óbito devidamente assinados na forma das normas vigentes;
f) aprovar o seu Regimento com as adaptações pertinentes e submetê-lo a homologação do órgão dirigente da Unidade;
g) comparecer ao serviço, quando escalado, cumprindo o horário estabelecido e no caso de plantão, não o deixar antes da chegada de seu substituto, sob pena de responsabilização profissional e administrativa;
h) assumir a responsabilidade profissional pelos atos médicos e pelas indicações de métodos de diagnósticos, tratamentos e medicamentos;
i) colaborar nos levantamentos de índices de infecção hospitalar e informar a CCIRAS as doenças de notificação compulsória;
j) auxiliar a administração da Instituição e órgãos diretivos do Corpo Clínico, propondo modificações com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional, bem como, zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e da Unidade;
k) conhecer e seguir o Código de Ética Médica, mantendo comportamento cordial, de civilidade e com respeito aos demais profissionais atuantes na Unidade.

CAPÍTULO IV

DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 7º - O Corpo Clínico é formado pelos médicos, das várias especialidades previstas, contratados na forma da lei, que exerçam as respectivas funções na Unidade.

CAPÍTULO V

DA ADMISSÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 8º - Para ingressar no Corpo Clínico, o médico deverá atender aos seguintes requisitos:

a) estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, apresentando a documentação competente;
b) comprovar sua especialidade médica, apresentando os respectivos registros, documentação da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e demais entidades reconhecidas relacionadas as especializações;
c) tomar conhecimento e firmar declaração expressa de ciência do Regimento e demais normas administrativas da Instituição.

Art. 9º - Os médicos que tenham os serviços contratados, nas formas previstas neste Regimento, serão imediatamente admitidos como membros do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VI

DO COMITÊ EXECUTIVO

Art. 10º - O Corpo Clínico – C.C. terá um Presidente, um Vice-presidente e um Secretário, que constituem o Comitê Executivo.
Parágrafo Único – Os membros do Comitê Executivo serão eleitos pelo Corpo Clínico da Unidade.

Art. 11º - Ao Presidente do Comitê Executivo compete:

a) convocar e presidir as reuniões do C.C.;
b) atuar como orientador do C.C, nos problemas médicos de difícil solução;

c) participar como membro nato de todas as Comissões do C.C.;
d) designar "ad referendum" do C.C. os componentes das Comissões permanentes e especiais, com exceção das que forem eleitas na forma desse Regimento;
e) estimular as relações entre o Corpo Clínico e os serviços técnicos e administrativos, para a coordenação de esforços que concretizem uma assistência de alto nível;
f) presidir o Comitê Executivo.

Art. 12º - Ao Vice-presidente do Comitê Executivo compete:
a) substituir o Presidente nos seus impedimentos;
b) executar as funções de supervisão que lhe forem delegadas.

Art. 13º - Ao Secretário do Comitê Executivo compete assegurar a documentação de todas as atividades do Corpo Clínico.

Art. 14º - O Comitê Executivo reúne-se ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário por convocação de um dos seus membros.

Art. 15º - O Comitê Executivo possui as seguintes funções:
a) estruturar o corpo clínico;
b) assessorar na constituição das diversas comissões médicas;
c) recomendar a criação de novas comissões permanentes ou temporárias;
d) organizar as atividades voltadas para avaliação/ melhoria da qualidade do atendimento médico, bem como dos mecanismos utilizados para mensurar, planejar e revisar estas atividades;
e) assegurar a qualidade da assistência médica na Unidade.

Art. 16º - O Comitê Executivo deverá enviar relatórios semestrais de suas atividades aos médicos, Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Art. 17º - O mandato do Presidente, Vice-Presidente e Secretário terá duração de um ano, com possibilidade de recondução.

CAPÍTULO VII

DAS COMISSÕES

Art. 18º - Sempre que possível e necessário às comissões deverão ter o caráter multidisciplinar, não sendo constituídas exclusivamente por médicos.

Art. 19º - São as seguintes comissões permanentes:

I. Comissão de Ética Médica – com a função de ser a extensão do Conselho Regional de Medicina junto à Unidade, fiscalizando o exercício ético da Medicina pelos profissionais e pelos dirigentes da Instituição. Seus membros devem ser obrigatoriamente eleitos a cada quatro anos pelos médicos que ali militam, de forma democrática e secreta, conforme diretrizes do CRM;
II. Comissão de Revisão de Prontuários – deverá avaliar itens que obrigatoriamente devam estar documentados pelo Corpo Clínico;
III. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (CCIRAS) – responsável pelo planejamento, mensuração, avaliação dos índices de infecções e do direcionamento de medidas para preveni-las;
IV. Comissão de Farmácia e Terapêutica – terá como finalidade padronizar os medicamentos utilizados nos serviços e monitorizar os seus efeitos;

V. Comissão de Humanização da Assistência – tendo como objetivo difundir os benefícios da assistência humanizada, conduzindo um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde;
VI. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) – com o objetivo de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

§1º - Outras comissões de caráter temporário ou permanente, poderão ser criadas para assessorar a Diretoria Técnica.

CAPÍTULO VIII

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 20º - São direitos dos médicos:

a) autonomia profissional;
b) participação em reuniões científicas;
c) decidir sobre a prestação de seus serviços na Unidade, observando os preceitos éticos;
d) comunicar falhas e registrar ocorrências observadas, no sentido de garantir o aprimoramento constante da qualidade dos serviços prestados;
e) opinar sobre questões que possam influenciar o bom desempenho de sua atividade profissional.

Art. 21º - São deveres dos médicos:

a) obediência ao Código de Ética Médica, aos regimentos, regras gerais e regulamentos da Unidade;
b) assistir aos usuários sob seus cuidados com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em benefício dos mesmos;
c) preencher adequadamente os formulários institucionais;
d) restringir sua prática médica a área a qual foi cadastrado segundo habilitações previamente informadas e autorizadas, exceto em situações de risco de vida;
e) colaborar com seus colegas na assistência aos usuários quando solicitado;
f) colaborar com as comissões da instituição;
g) considerar no diagnóstico e no tratamento dos usuários apenas as necessidades destes, frente aos conhecimentos com evidência científica e disponíveis, evitando qualquer tipo de pressão adversa de natureza financeira ou administrativa;
h) participar voluntariamente de programas de melhoria contínua de desempenho e da qualidade no atendimento.

CAPÍTULO IX

DAS REUNIÕES

Art. 22º - Os médicos podem reunir-se sempre que necessário, não somente com a finalidade de aprimoramento científico, mas também para discussão de aspectos ligados a atividades médicas em geral.

Parágrafo Único: Conforme determinação do Conselho Federal de Medicina, as assembleias serão convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, em segunda convocação, após 1 (uma) hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

Art. 23º - Será realizada uma reunião anual (Assembleia Geral) para discussão de aspectos correlacionados à atividade médica com a finalidade de aprimoramento ao atendimento dos usuários e para um balanço das atividades médicas.

CAPÍTULO X

DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Art. 24º - Todas as orientações para tratamento deverão ser emitidas por escrito e devidamente datadas, assinadas e acompanhadas do respectivo número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM.

Art. 25º - As intervenções cirúrgicas deverão ser objeto de relatório escrito a ser elaborado imediatamente após o término do ato cirúrgico pelo médico operador.
§1º - É vedada à cobrança de honorários médicos ou qualquer outra forma de cobrança, pelos serviços prestados aos usuários.

Art. 26º - Os documentos do prontuário são de propriedade do usuário, permanecendo sob a guarda da Unidade de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas no Código de Ética Médica e legislação vigente.
§1º - É vedado ao médico independentemente de sua posição hierárquica, apossar-se total ou parcialmente do prontuário, podendo consultá-lo após o arquivamento mediante solicitação por escrito ao SAME e assinatura de termo de responsabilidade.
§2º - O médico somente poderá ter acesso a prontuário de paciente que não esteja sob sua responsabilidade, com a anuência do médico responsável pelo mesmo.
§3º - O SAME manterá a guarda e conservação dos documentos originais do prontuário de acordo com a legislação vigente.
§4º - Cópia integral ou parcial do prontuário será fornecida ao usuário ou seu responsável legal, somente após solicitação escrita dirigida ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).
§5º - Cópia integral ou parcial do prontuário também será fornecida a quem de direito, mediante mandado judicial.
§6º - Laudo médico será sempre fornecido quando solicitado pelo paciente para encaminhamento e continuidade do tratamento.

Art. 27º - O arquivo de informações médicas é único através do prontuário, centralizado no SAME.

Art. 28º - A divulgação, por qualquer veículo de comunicação direto ou indireto, de fatos referentes às atividades da Unidade ou de quaisquer informações sobre usuários, somente poderá ser feita pelos órgãos diretivos, ou mediante expressa autorização destes.
Parágrafo Único: informações divulgadas sobre a saúde de usuários deverão ser fornecidas pelo médico assistente desde que haja concordância dele, respeitando os preceitos do CFM e o Código de Ética Médica, no que se refere ao sigilo profissional.

CAPÍTULO XI

DAS EMENDAS E MODIFICAÇÕES

Art. 29º - Após aprovação deste Regimento os médicos deverão adotar as regras e as alterações subsequentes realizadas no mesmo. O Comitê Executivo deverá aprovar as emendas antes de entrarem em vigor.

§1º - As alterações propostas devem ser aprovadas pelo Comitê Executivo e passam a vigorar após aprovação pela Assembleia Geral dos Médicos.

§2º - Os médicos receberão textos revisados deste Regimento, caso ocorram alterações significativas no mesmo.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvidos o Comitê Executivo ou a Comissão de Ética Médica, conforme a natureza dos mesmos.

Art. 31º - Aplica-se ao presente Regimento, subsidiariamente, as normas do Regimento Interno da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis as resoluções editadas pelos Conselhos Federal e Regional de áreas afins, e demais dispositivos legais.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Diretor Técnico)

2.1.5. IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS

2.1.5.1. Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Os Protocolos Assistenciais são instrumentos de trabalho que contém a descrição minuciosa das linhas de cuidado específicas, através da definição das normas, rotinas e procedimentos relativos a determinada condição de saúde. Eles permitem o direcionamento do trabalho para o cuidado, visando à resolução e/ou prevenção do problema de saúde do usuário. Sua construção deve descrever a situação específica de assistência/cuidado (o que), as etapas operacionais e especificações sobre o que fazer (como), quem fazer e quando fazer. Cada protocolo contém vários procedimentos, uma vez que contemplam a assistência multiprofissional e interdisciplinar e proporcionam o cuidado integral ao paciente. A ênfase no trabalho em equipe reflete a necessidade do desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponte para resultados que irão trazer grande diferencial na assistência prestada e, desta forma, eles devem ser construídos de maneira coletiva, baseados em princípios éticos, legais e científicos, garantindo que as decisões sejam construídas com base no conhecimento adquirido e na prática cotidiana individual. Os protocolos têm como objetivos:

- Uniformizar e agilizar os atendimentos multiprofissionais;
- Facilitar os processos de trabalho garantido segurança, confiabilidade e redução da margem de erros;
- Ofertar qualidade e eficácia na assistência;
- Melhorar o planejamento e controle dos procedimentos assistenciais;
- Padronizar as condutas dos profissionais envolvidos;
- Favorecer a mensuração dos resultados esperados nos procedimentos;
- Otimizar a utilização de recursos com consequente redução de custos assistenciais;
- Incrementar a produtividade das equipes de trabalho;
- Garantir assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

Neste contexto, propomos a construção de Manual de Protocolos Assistenciais feita por equipe de trabalho específica e capacitada para este fim. A equipe responsável pelo Manual deverá trabalhar em sinergia com os profissionais das diversas áreas assistenciais com vistas a compatibilização das proposições técnicas e realidade dos serviços, desburocratizando o processo. Espera-se que os documentos padronizados obedeçam ao seguinte roteiro:

- Cabeçalho com identificação da Instituição;
- Título contendo o nome do procedimento a ser descrito;
- Introdução – descrição suscinta do procedimento;
- Objetivo do procedimento a ser descrito;
- Recursos a serem utilizados (materiais e físicos);
- Atribuições de cada categoria profissional;
- Descrição das atividades definindo "o que", "como", "quando" e "quem" fazer;
- Resultados esperados;
- Notas importantes;
- Referências;
- Fluxograma (se couber).

Apresentamos a seguir modelo de Protocolo Assistencial a ser construído e implementado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis:

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 001**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO:		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO:			
OBJETIVO			
QUEM			
ONDE			
QUANDO			
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:			
CUIDADOS			
RESULTADO ESPERADO:			
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

2.1.5.2. Manual de Rotinas para Faturamento de Procedimentos e Envio de Informações

Os procedimentos realizados no Faturamento deverão ser realizados de acordo com este manual operacional, com o objetivo de atender a obrigações legais, bem como evitar futuros prejuízos para unidade. Como referência, utilizaremos o Manual Técnico Operacional do Ministério da Saúde.

Rotina Operacional:

Os procedimentos e rotinas especificados têm como objetivo normatizar o faturamento ambulatorial, conforme sequência a seguir:

1ª Fase – Recebimento do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial):

O setor de contas médicas (faturamento) recebe as agendas médicas ambulatoriais, acompanhadas das fichas de atendimento ambulatorial, preenchidas e assinadas com o respectivo carimbo do médico. Caso os documentos não estejam devidamente dentro das normas, as agendas e as fichas de atendimento ambulatorial deverão retornar à recepção, para as necessárias correções.

2ª Fase – Elaboração e confirmação do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) com as agendas médicas:

Nesta fase o faturamento confirma se as consultas e procedimentos foram realizadas e quais os procedimentos efetuados. Após esta confirmação o faturista lança os procedimentos individualizados, através do número de identificação (prontuário) de cada usuário.

3ª Fase – Consolidação das produções - preparação do registro das informações por meio magnético:

Após o termino da digitação das agendas no sistema de atendimento ambulatorial, o faturista acessa o modulo de geração de BPA (Boletim de Produção Ambulatorial). Nesse momento o sistema realiza o agrupamento dos procedimentos, informando o código e o respectivo quantitativo do mês. Em seguida esses procedimentos geram um arquivo em meio magnético que será entregue ao órgão designado para o recebimento das informações.

4ª Fase – Emissão do relatório para simples conferência:

Como o próprio nome já diz, nesta fase o faturista fará a conferência emitindo relatórios que possibilitem a identificação de prováveis não conformidades nas informações.

5ª Fase – Entrega das informações (por meio magnético) e confirmação do processamento das contas medicas:

O faturamento encaminhará e acompanhará junto ao órgão competente (Secretaria de Saúde), o meio magnético e o recibo de entrega. Em seguida o faturista solicita o relatório de glosas. Se houver glosa, será feita uma análise para efetuar as devidas correções (reapresentação).

6ª Fase – Cálculo dos honorários médicos:

Após a efetiva confirmação dos procedimentos acatados pela Secretária de Saúde, o faturista fará o cálculo dos honorários médicos, confrontando com os valores apresentados pelos prestadores. Após a confrontação desses valores, o respectivo pagamento será efetuado.

CADASTRO NACIONAL DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES)

- Resultados Esperados: manter o cadastro do CNES da Unidade atualizado.
- Material Necessário: computador, impressora, formulários do CNES, programa do CNES, relação atualizada de colaboradores da Unidade.
- Principais Atividades: informar mensalmente, obedecendo data de entrega do banco de dados estabelecida pelo órgão responsável, caso ocorram alterações na Unidade sobre contratação de colaboradores, demissão de colaboradores, alteração na carga horária de colaboradores, aquisição de equipamentos, inclusão ou exclusão de serviços; manter a versão do sistema atualizado sempre que houver necessidade de enviar banco de dados com alterações; arquivar o backup e o comprovante de entrega do banco de dados.
- Cuidados: verificar mensalmente no Setor Pessoal, alterações no quadro de pessoal da Unidade; realizar semanalmente o backup do setor; checar mensalmente com área de suprimento a aquisição de novos equipamentos.

2.1.5.3. Manual de Rotinas Administrativas para Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

Finalidade

O Serviço de Almoxarifado terá a finalidade de gerenciamento dos suprimentos da Unidade, estes por sua vez representados pelos medicamentos, materiais permanentes e de consumo.

Trata-se de órgão executivo do planejamento dos suprimentos, desde a previsão de consumo, procedimentos de aquisição e garantia da integridade dos produtos utilizados através do correto acondicionamento e movimentação dos mesmos até a gestão dos estoques e dispensação às áreas requisitantes. A Unidade de Patrimônio terá a finalidade de gerir todo o patrimônio da Unidade.

Organização e Funcionamento

A Unidade de Suprimentos encontra-se subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, sendo que as atividades da unidade são exercidas através das seguintes áreas:

- Compras, Planejamento e Controle de Materiais;
- Almoxarifado.

Atribuições Gerais

Compete à Unidade de Suprimentos as seguintes atribuições gerais:

- Prever o consumo de material da Unidade a fim de proceder à aquisição e distribuição de material em tempo adequado, garantindo assim um bom nível de atendimento aos serviços;
- Comprar suprimentos em condições competitivas, mais favoráveis e econômicas e receber todos os itens de material utilizados na Unidade;
- Estocar e distribuir de forma eficiente todos os itens existentes e utilizados na Unidade, com exceção dos medicamentos e drogas, os quais são gerenciados pela Farmácia;
- Manter controle dos itens e da sua movimentação interna, através da codificação e padronização de material estocado no serviço;
- Manter o registro centralizado e atualizado das entradas e saídas de todos os materiais;
- Alimentar a Diretoria Administrativo/Financeira com Relatórios de Consumo e suas respectivas previsões;
- Colaborar na elaboração do orçamento anual de suprimentos.

Atribuições Específicas da Área de Compra, Planejamento e Controle de Materiais:

- Estabelecer um sistema de codificação e padronização dos itens em estoque no serviço;
- Estabelecer e atualizar sempre que necessário, uma relação contendo todos os materiais estocados;
- Divulgar a relação de materiais estocados para todos os serviços da Unidade;
- Calcular as quantidades máximas e mínimas dos materiais a serem estocados, visando sempre o custo/benefício da gestão de estoques;
- Estabelecer programas de compra;
- Promover a integração dos diversos serviços requisitantes na otimização da gestão de estoques, por intermédio de uma programação de distribuição e abastecimento;

- Emitir e encaminhar as devidas solicitações de compras;
- Estabelecer e manter um sistema eficiente de distribuição de materiais, com o intuito de suprir a demanda dos serviços e garantir um ótimo nível de serviço às áreas requisitantes;
- Verificar e encaminhar as requisições de material emitidas pelos diversos serviços;
- Acompanhar o consumo mensal de material, e caso haja necessidade, rever os cálculos de estoques e de distribuição;
- Verificar a acurácia do estoque em períodos a serem definidos pela Direção conforme classificação dos produtos na classe ABC;
- Realizar anualmente o Inventário Físico do Almoxarifado e da Farmácia;
- Estabelecer e manter atualizado um cadastro geral de materiais;
- Estabelecer e manter atualizado um cadastro de fornecedores;
- Emitir as tomadas de preços ou diretamente contatar os fornecedores e identificar as melhores condições de fornecimento;
- Obedecer às especificações técnicas dos materiais a serem adquiridos;
- Trabalhar em sinergia com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Preparar, emitir e encaminhar as coletas de preços e as concorrências à Direção Geral para tomada de decisões;
- Efetuar todas as compras em nome da Unidade com os fornecedores escolhidos e aprovados pela Direção Técnica;
- Desenvolver os meios de transporte das mercadorias, caso seja necessário, assim como as respectivas empresas prestadoras destes serviços;
- Manter os setores sempre informados quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Unidade;
- Garantir o suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da Unidade.

Atribuições Específicas do Almoxarifado:

- Receber e verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- Realizar a devolução aos fornecedores quando forem identificadas divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais recebidos;
- Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
- Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) e recomendações do fabricante a fim de se evitar possíveis avarias e deterioração;
- Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento dos serviços da Unidade;
- Colaborar na gestão de pequenos estoques intermediários existentes em alguns serviços da Unidade;
- Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de segurança, e principalmente, a higienização e eliminação de materiais deteriorados ou vencidos.

Para controle da movimentação do estoque no setor será emitido diariamente o relatório de lançamentos (entradas e saídas), para conferência de cada item registrado.

Atribuições Específicas do Setor de Patrimônio:

- Elaborar a relação de todos os bens permanentes da Unidade, assim como da localização dos mesmos;
- Registrar a entrada de bens adquiridos e/ou encaminhados pela SES/GO "plaquetando" e disponibilizando para área destino;
- Controlar a movimentação dos bens permanentes da Unidade;
- Elaborar "Autorização de Saída" para manutenção de bens permanentes, assim como controlar e registrar sua devolução;
- Elaborar a relação de baixa patrimonial para os bens inservíveis da Unidade, providenciando o correto envio dos mesmos ao setor responsável da SES/GO;
- Realizar anualmente o Inventário da Unidade, indicando divergências caso haja, informando a Diretoria Administrativa.

Recebimento e Conferência dos Materiais

O recebimento e a conferência consistem em ao receber os materiais, o funcionário responsável deve conferir os materiais entregues com os dados constantes na nota fiscal de entrega e com a autorização de fornecimento, checando os seguintes itens:

- Se nome do material recebido é o mesmo do solicitado;
- Se os preços unitários e totais são os mesmos que foram empenhados;
- Se a quantidade recebida é igual a quantidade solicitada;
- Se a especificação do material recebido é igual ao solicitado;
- Se na embalagem de todas as formas farmacêuticas constam: nome do produto, forma farmacêutica, número do registro, número do lote, prazo de validade, volume ou peso;
- Os medicamentos devem ser recebidos junto com os respectivos laudos de análise correspondente ao lote fornecido (Portaria/MS 2814);
- Se a embalagem apresenta indícios de violação;
- Observar possíveis alterações organolépticas nas diferentes formas farmacêuticas (principalmente soros), abrindo 10% da quantidade total do lote.

Caso o material entregue pelo fornecedor não esteja em conformidade com o solicitado, não encaminhar nota fiscal para o setor financeiro até a não conformidade ser reparada. Os procedimentos para as correções das divergências são:

- Materiais apresentando divergência de quantidade a menor em relação à nota de empenho, podendo ser na quantidade física do material ou na quantidade do material a menor na nota fiscal. Comunicar oficialmente o setor de compras para solicitar a complementação do material ou nota fiscal complementar.
- Materiais apresentando divergência de quantidade a maior em relação à nota de empenho, podendo ser na quantidade física do material ou na quantidade a maior na nota fiscal. Comunicar oficialmente o setor de compras para solicitar a troca da nota fiscal e devolver o material excedente ao fornecedor.
- Materiais apresentando divergências de especificação referente à nota de empenho, devolver os materiais ao fornecedor e comunicar o setor de compras.

Após o recebimento e conferência dos materiais, entregues pelo fornecedor e em conformidade com a nota de fornecimento e a nota fiscal, deverá ser carimbada as vias da nota fiscal e o canhoto da via entregue ao fornecedor, uma via encaminhada ao setor de compras, uma via encaminhada ao setor financeiro e uma via permanece no almoxarifado (se necessário fazer cópia).O sistema financeiro deverá ser atualizado após o recebimento e conferência dos materiais.

Armazenamento dos Materiais

As áreas de armazenamento deverão ser identificadas de acordo com os grupos de materiais e subgrupos. Os materiais dos subgrupos serão armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número do lote e prazo de validade, o material com data de validade a vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo.

Armazenamento de medicamentos

Para armazenar os medicamentos alguns critérios deverão ser obedecidos:

- Armazenar os medicamentos por subgrupos, forma farmacêutica e ordem alfabética;
- Armazenar os medicamentos pelo princípio ativo (sal) em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita;
- Armazenar os medicamentos por prazo de validade;
- Observar o empilhamento máximo permitido para os medicamentos, de acordo com a legislação vigente e recomendações do fabricante;
- Observar a temperatura ideal a que o medicamento deve ser armazenado.

As caixas abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas, a quantidade existente anotada e em seguida, lacradas.

Armazenamento de materiais médicos/cirúrgicos

Para armazenar os materiais médicos/cirúrgicos, os seguintes critérios deverão ser obedecidos:

- Armazenar os materiais por subgrupos. Ex.: adesivos, coletores etc;
- Armazenar os materiais em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita;
- Armazenar os materiais por prazo de validade;
- Observar o empilhamento máximo permitido para os materiais (ver recomendações do fabricante);
- Observar a temperatura ideal a que os materiais devem ser armazenados.

As caixas abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas, a quantidade existente anotada, em seguida, lacradas.

Dispensação

Consiste na distribuição de materiais e medicamentos aos serviços da Unidade, mediante requisição, obedecendo a um calendário definido pelo almoxarifado e farmácia e quantidades preestabelecidas pelas unidades. Após a dispensação dos materiais o sistema deverá ser atualizado.

Dispensação pelo Almoxarifado e Farmácia

Sistema de complementação da previsão: o serviço, no dia previsto em calendário de entrega, verifica a necessidade de suprimento de materiais e requisita materiais suficientes para completar as quantidades preestabelecidas (padronizadas) para a unidade. As quantidades preestabelecidas devem ser padronizadas pelas respectivas

chefias de cada serviço usando como instrumento o consumo médio semanal. Dessa forma, será possível controlar o estoque existente fora do almoxarifado e da farmácia. Os serviços devem informar ao almoxarifado e a farmácia as quantidades de materiais preestabelecidas através de formulário específico. Se houver alterações nas quantidades preestabelecidas e/ou inclusão/exclusão de materiais, o formulário deverá ser alterado e o almoxarifado e farmácia informados (receberão uma via do formulário).

FORMULÁRIO COM QUANTIDADES PRÉ-ESTABELECIDAS E CALENDÁRIO ESPECÍFICO

HOSPITAL			
Unidade requisitante:		código:	Tel./Ramal:
Dia da semana para entrega da requisição:			
Dia da semana para entrega do material requisitado:			
Código	Material	Quantidades preestabelecidas	Observações

*Obs: número de vias: duas (uma para o almoxarifado ou farmácia, uma para a unidade requisitante); objetivo: orientar as unidades a requisitarem a quantidade complementar de materiais, não criando estoques desnecessários; fluxo: uma via fica no almoxarifado ou farmácia e a outra via fica na unidade requisitante.

Para o almoxarifado e a farmácia dispensarem os materiais será necessário que a unidade encaminhe uma requisição. Nesta requisição deve constar o nome da unidade requisitante, o código da mesma, fornecido pelo setor de contabilidade de custos e outros itens conforme modelo de requisição a seguir. Cabe ressaltar a importância do preenchimento correto da unidade requisitante e respectivo código para que seja calculado o custo dos materiais por unidade requisitante.

MODELO DE REQUISIÇÃO INTERNA (REQUISIÇÃO DE MATERIAL – RM)

HOSPITAL				
Requisição Interna nº:		Almoxarifado:	Farmácia:	
Unidade requisitante:			Código:	
Tel./Ramal:			Data:	
Quantidade		Unid.	Discriminação	Código material
Pedida	Entregue			
Requisitado em / / Por:		Entregue em / / Por:		Recebido em / / Por:

*Obs: A quantidade pedida será a diferença entre a quantidade preestabelecida e a quantidade existente na unidade requisitante. O número de vias: duas; objetivo: requisitar materiais nos almoxarifados centrais e satélites; fluxo: a primeira via é encaminhada para o almoxarifado e a segunda via permanece no serviço requisitante.

Inventário de Materiais

O inventário dos materiais é a contagem de materiais existentes no estoque. Tem como objetivos:

- Assegurar que as quantidades físicas existentes estejam de acordo com as fichas de prateleiras e as fichas de controle físico – financeiro de materiais;
- Fornecer subsídios para a correta programação de compras;
- Identificação e correção imediata de eventuais faltas ou excessos de materiais estocados.

Como instrumento de trabalho para realizar o inventário, utilizaremos o seguinte modelo de ficha de inventário:

MODELO DE FICHA DE INVENTÁRIO

FICHA DE INVENTÁRIO		
Ficha de inventário nº..... Data Setor..... ..... Material..... ..... Código..... ..... Unidade..... ..... 1ª Contagem..... ..... Assinatura..... ..... 1ª Conferência..... ..... Assinatura.....	Ficha de inventário nº..... Data Setor..... ..... Material..... ..... Código..... ..... Unidade..... ..... 2ªContagem..... ..... Assinatura..... ..... 2ª Conferência..... ..... Assinatura.....	Ficha de inventário nº..... Data Setor..... ..... Material..... ..... Código..... .... Unidade..... .... 3ªContagem..... .... Assinatura..... ....

*Obs: número de vias: 01 uma para cada tipo material; inventariar periodicamente os materiais estocados.

O inventário rotativo será realizado com a seguinte relação de atividades:

- Inventariar 100% dos itens da classe A, a cada três meses (33% ao mês, aproximadamente)
- Inventariar 50% dos itens da classe B, a cada três meses (16% ao mês, aproximadamente)
- Inventariar 5% dos itens da classe C, a cada três meses (2% ao mês, aproximadamente).

Acurácia é a percentagem que demonstra o desvio existente entre o número de itens contados e o número de itens que consta no sistema.

2.1.5.4. Manual de Rotinas para a Administração Financeira e Prestação de Contas

Terá sua equipe de trabalho composta por Técnico em Contabilidade e Auxiliar Administrativo, trabalhando em turnos administrativos com as atribuições de adotar padrões e métodos formais de organização, avaliação e controle dos recursos financeiros e materiais de acordo com normas e procedimentos estabelecidos; fazer controle das contas a pagar e à receber; controlar o saldo das contas bancárias; preparar, mensalmente, a prestação de contas do plano de aplicação de recursos recebidos; emitir, conferir e registrar os comprovantes de pagamento e recebimento; preparar os pagamentos autorizados; elaborar relatórios das contas de caixa e bancos, extraindo um resumo da movimentação e do saldo dos valores. Para viabilizar as atividades e favorecer maior organização, transparência e acompanhamento em tempo real, os processos de trabalho estarão informatizados.

2.2. INCREMENTO DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

2.2.1. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do Custeio Previsto para a Unidade

Por adotarmos a visão humanista na nossa prática, entendemos o usuário como um "ser integral" e como tal, deve ter suas necessidades físicas, psíquicas e sociais avaliadas. Dessa forma, o IGA apresenta como incremento de atividades alguns projetos assistenciais/sociais que visam o desenvolvimento e humanização da Equipe Multiprofissional, usuários e acompanhantes como se segue:

Projeto de Cultura:

Está prevista a implantação das seguintes ações, visando fomentar a cultura na Unidade:

- Arte no Serviço: oficinas de artes plásticas que exploram variadas linguagens artísticas e diferentes recursos técnicos: pintura, desenho, colagem, modelagem;
- Inclusão Digital: o computador como meio para realizar atividades propostas no acompanhamento escolar, exploração dos recursos tecnológicos e atividades de lazer. Para muitos, este será o primeiro contanto com o computador;
- Biblioteca Viva: programa que promove a leitura entre crianças, familiares e colaboradores;
- Multiatividades: jogos, leitura, música, recreação, atividades que complementam os demais programas ou propõem momentos de aprendizagem e de descontração aos pacientes.

Projeto de Pesquisa em Saúde

Será implantado o Comitê de Ética em Pesquisa com o objetivo de analisar e emitir pareceres para a realização de pesquisas na Unidade, considerando aspectos éticos e regulamentadores. O Comitê deverá ser credenciado junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP do Ministério da Saúde e composto por membros do corpo clínico e colaboradores da Unidade, que deverá avaliar o mérito científico, a qualidade e os aspectos éticos dos projetos de pesquisa submetidos, com o objetivo de aperfeiçoar a produção científica vinculada à Instituição.

Projeto de Incentivo a Produção Científica

A Unidade organizará periodicamente Mostras da Produção Científica dos diversos serviços e setores, com a finalidade de divulgar e incentivar o registro da produção científica de seus colaboradores e corpo clínico.

Serão cadastrados artigos científicos, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, livros, capítulos de livros e apresentações em congressos, realizados nos últimos anos pelos colaboradores e corpo clínico. Para que o trabalho seja considerado produção científica da Unidade, será necessário que o nome da Instituição esteja citado no trabalho.

Biblioteca

Disponibilizaremos a todos os colaboradores e corpo clínico os serviços da Biblioteca que será implantada e prestará os seguintes serviços:

- Consulta local ao acervo;
- Empréstimo domiciliar;
- Levantamentos bibliográficos;
- Acesso à internet para pesquisa e realização de trabalhos;
- Registro da produção científica da Unidade.

Projeto de Humanização

Adotaremos, inicialmente, as seguintes medidas:

Ambiente Humanizado:

- Melhoria na estética nos serviços assistenciais através de painéis, quadros e pinturas;
- Colocação de bancos nas entradas e jardins da Unidade;
- Disponibilização de bebedouros em todas as dependências da Unidade;
- Decoração dos serviços em datas comemorativas;
- Exposição artística na de convivência da Unidade com os trabalhos feitos pelos pacientes.

Projeto de Qualificação:

Cursos de capacitação e treinamento contínuos serão oferecidos às equipes de trabalho, objetivando um atendimento humanizado e eficiente à clientela interna e externa. Aos colaboradores que apresentarem conhecimentos e habilidades destacados, nível contínuo de alto desempenho e que manifestarem interesse em desenvolvimento profissional, serão criadas oportunidades de capacitação conforme especificado no capítulo que trata da Política de Recursos Humanos proposta por esta OSC.

Projeto Cuidando de Quem Cuida:

A equipe de profissionais receberá atenção especial com base no bem estar, reconhecimento, lazer e atualização de conhecimentos. Algumas ações previstas:

- Avaliação nutricional;
- Folga no dia do aniversário do funcionário;
- Atendimento psicossocial;
- Acompanhamento pelo Serviço de Medicina Ocupacional.

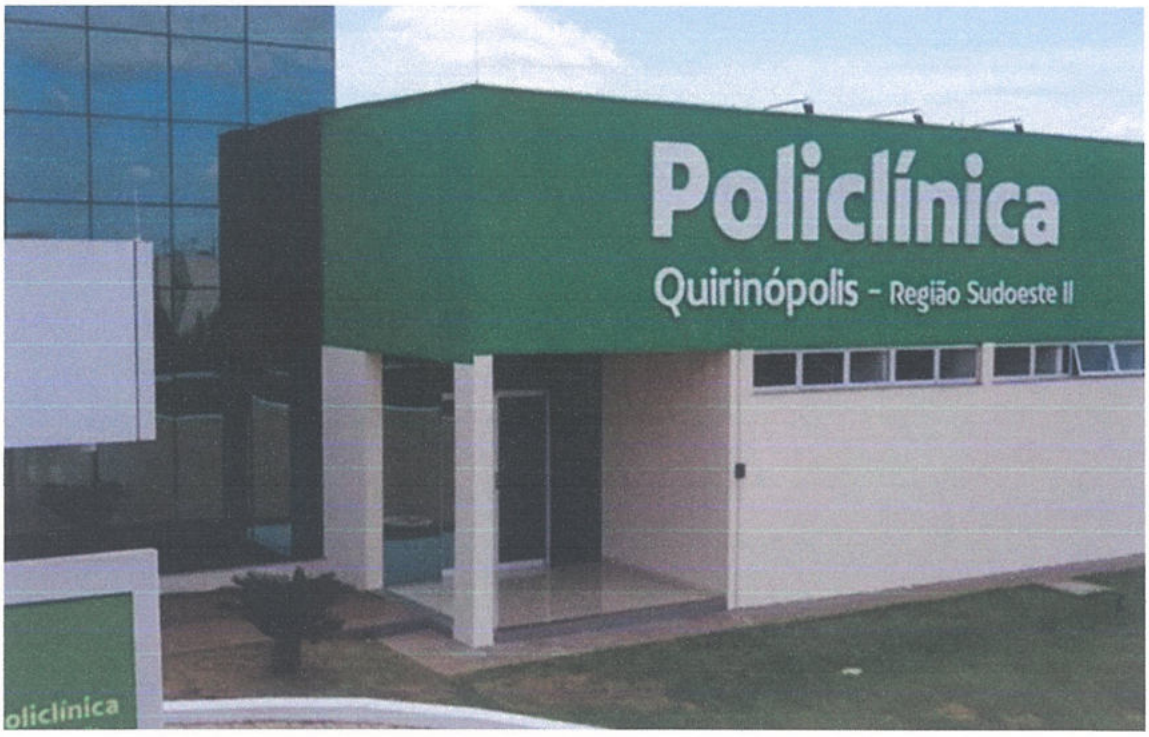
Proposição para Aplicação de Recursos Oriundos da Imunidade de Encargos em Razão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS

Considerando que o IGA é detentor de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS e por ele beneficiado com imunidade de encargos sobre contribuições previdenciárias e outras obrigações legais, vimos sugerir a aplicação de tais recursos nos novos Projetos Assistenciais à Saúde/Sociais acima descritos, bem como a inclusão da proposta que se segue:

Novas Especialidades

Propomos a implantação de uma terceira Prática Integrativa Complementar através da contratação de Médico Homeopata para atendimento de usuários que necessitam de tratamento complementar e integrativo da dor e doenças crônicas. Este serviço deverá impactar de forma positiva as metas assistenciais e assim, sugerimos a sua implantação no primeiro trimestre de contrato, desde que aprovado pela SES/GO e conforme demonstrado no Quadro de Dimensionamento de Pessoal que é parte integrante desta Proposta Técnica.

IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS – GOIÁS

PROPOSTA DE TRABALHO

PASTA II

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202400010033097
Chamamento Público nº 09/2024

3. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE OBJETIVA

3.1. Implantação de Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho

As Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho constituem órgãos colegiados, consultivos, orientadores e auxiliares da Diretoria da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, Goiás que buscam contribuir com a melhoria da qualidade assistencial nos seus diversos âmbitos. São as seguintes Comissões:

- Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde - CCIRAS;
- Comissão de Ética Médica - CEM;
- Comissão de Ética Multiprofissional - CEMU;
- Comissão de Proteção Radiológica – CPR;
- Comissão de Biossegurança – CB;
- Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB;
- Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
- Comitê de Compliance – CC;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários de Pacientes - CARPP;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Núcleo Interno de Agendamento – NIA;
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE.

As propostas de Regimentos Internos aqui descritos serão revisadas e adequadas à realidade dos Serviços, quando implantados. Assim como a constituição de novas Comissões, Comitês, Núcleos e/ou Grupos de Trabalho, será avaliada com a operacionalização das atividades da Unidade.

3.1.1. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde – CCIRAS:

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde – CCIRAS é um órgão de assessoria a Diretoria da instituição e de execução das ações de controle de infecção.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A CCIRAS, órgão colegiado, tem por objetivo definir as políticas e diretrizes gerais do sistema de prevenção e controle das infecções relacionadas a Assistência à Saúde e a função de assessoramento para o desenvolvimento de ações que visem à redução máxima da incidência e gravidade das infecções.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - Será composta por profissionais de nível superior da área da saúde, nomeados formalmente pelo Diretor Geral da Unidade, como se segue:

§ 1º - Membros Consultores – Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde – CCIRAS: representantes dos serviços médicos (Infectologista), de enfermagem, de nutrição, de farmácia, de laboratório e da administração, dentre os quais 01 terá a função de Coordenação.

§ 2º - Membros Executores – Serviço de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde: no mínimo 02 profissionais de nível superior da área da saúde, sendo 01 deles, preferencialmente, infectologista e o outro enfermeiro. Eles serão responsáveis pela execução das ações de controle das infecções.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - São competências da CCIRAS:

a) elaboração, implementação, manutenção e avaliação do Programa de Controle de Infecções dos serviços de saúde;
b) execução de atividades de vigilância epidemiológica e de controle das infecções dos serviços de saúde;
c) detecção dos casos de infecção dos serviços de saúde, de acordo com critérios de diagnóstico estabelecidos previamente;
d) realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
e) conhecer as principais infecções dos serviços de saúde observadas na Unidade e saber reconhecer as taxas aceitáveis de ocorrência de Infecção Relacionadas a Assistência a Saúde para determinados serviços;
f) opinar na elaboração dos instrumentos normativos dos procedimentos assistenciais;
g) adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção das infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;

h) adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e o tratamento das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
i) capacitar o quadro de colaboradores para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
j) elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores da Unidade, a situação do controle das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
k) elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de medidas de precaução e de isolamento;
l) opinar na política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
m) emitir parecer técnico prévio relativo a mudanças e/ou reformas da área física com repercussão no controle de infecções;
n) cooperar com a ação do órgão de gestão da SES/GO e do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
o) notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão da SES/GO e do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CCRAS deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente sempre que necessário.
§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo ¾ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.
§ 2º - Todas as resoluções da Comissão serão submetidas à apreciação da Diretoria. Os membros executores serão responsáveis pela aplicação e seguimento das resoluções aprovadas.

Art. 6º. O SCIRAS deverá funcionar em dias úteis e em horário administrativo supervisionando os serviços e fazendo busca ativa de eventos adversos.

Art. 7º - Caberá a Diretoria da Unidade:
- Constituir formalmente a CCIRAS;
- Nomear os componentes da CCIRAS por meio de ato próprio;
- Designar o presidente ou coordenador da CCIRAS;
- Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS;
- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS;
- Garantir o cumprimento das recomendações formuladas SES/GO;
- Fomentar a educação e o treinamento de todos os colaboradores da Unidade.

Art. 8º - O Cronograma Anual de Atividades da Comissão prevê:
a) Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas quartas feiras de cada mês;
b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;
d) Reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (novembro e maio);

e) Supervisionar a implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos-PGRSS da Unidade (novembro);
f) Elaboração e envio de relatórios mensais dos indicadores epidemiológicos a Vigilância Sanitária da SES/GO (mensalmente);
g) Realização de visitas técnicas mensais nos diversos setores assistenciais da Unidade (mensalmente);
h) Realizar o controle microbiológico da água (mensalmente).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 11º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela CCIRAS, Diretoria e SES/GO e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Coordenador da CCIRAS)

3.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Ética é vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação às instituições onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo Único - Cabe ao Diretor Técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - Terá funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras no desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência dentro da Instituição, normatizados através deste Regimento Interno.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (hum) Presidente, 01 (hum) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, tendo como perfil nível superior em medicina e fazendo parte do Corpo Clínico da Unidade.

Art. 4º - A Comissão de Ética Médica será instalada de acordo com a Resolução CFM 1.657/2002, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
- Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
- Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 06 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
- Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 08 (oito) membros efetivos e 08 (oito) suplentes.

Art. 5º - A CEM será eleita pelo conjunto de médicos que atuam na Instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral, para este fim.

§ 1º - Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica, Clínica ou Administrativa da Instituição e os que não estejam regularizados junto ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º – Compete ao Diretor Técnico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Único - O mandato da Comissão de Ética Médica será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º - À Comissão de Ética Médica compete:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
f) Instaurar sindicância, instruindo e formulado relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e regularizado com as suas obrigações;
h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
l) Fornecer subsídios à Direção da Instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética:

a) Eleger o presidente e secretário;
b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica, previstas neste regimento;
d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 9º- Compete ao Presidente da Comissão de Ética:

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 10º - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º - A CEM deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias sempre às quintas feiras, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente sempre que necessário.

§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo ¾ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.

Art. 12º - O Cronograma de atividade anual da CEM prevê:

a) Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas quintas feiras de cada mês;
b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da CEM para o ano seguinte (dezembro);
c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Geral e Técnica;
d) Reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade e objetivos da comissão (novembro e maio).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Art. 14º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 15º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Art. 16º - A Comissão de Ética Médica estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Diretoria Técnica da Unidade, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

Art. 17º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 18º - Nenhum colaborador médico lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 19º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Técnico)

_____

(Presidente da CEM)

3.1.3. COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL – CEMU

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Ética Multiprofissional – CEMU é um órgão dotado de independência técnica e científica, de natureza consultiva e obrigatória em Instituições de saúde do setor público, privado e social. Tem a missão de contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade da Instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, como garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como a integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor na respetiva instituição.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A CEMU analisa e reflete sobre temas da prática dos profissionais da saúde que envolvam questões éticas e emite pareceres sobre os mesmos. Abordará também questões de assédio moral.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A CEMU tem composição multidisciplinar e é constituída por um número ímpar de membros, determinado em função das características da Instituição em que se integram, que não pode ser inferior a cinco, nem superior a onze elementos, e inclui um presidente e vice-presidente.

§1º - Para efeitos do número anterior deve ser ponderada a participação específica de algumas áreas profissionais como da medicina, do direito, da filosofia/ética, da teologia, da enfermagem, da farmácia, e outras que garantam os valores culturais e morais da comunidade, de acordo com o objeto da instituição.

§2º - De acordo com o objeto de cada instituição, as designações dos membros para a comissão de ética devem respeitar a seguinte composição multidisciplinar:

a) Profissionais de reconhecido mérito, nas áreas adequadas ao desempenho das suas competências, oriundos da instituição em que a comissão de ética se integra;

b) Pelo menos, 2 elementos externos à instituição em que a comissão de ética se integra, sendo 1 destes membros recrutados da comunidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade.

§3º As comissões de ética, sempre que o considerem necessário, face à natureza das matérias a abordar, podem solicitar o apoio de outros técnicos ou peritos.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO E MANDATO

Artigo 4º - Os membros da CEMU serão designados por deliberação da Diretoria Geral da Instituição, para um mandato de quatro anos, renovável uma única vez,

por igual período. O presidente e vice-presidente da CEMU serão eleitos por votação entre seus membros.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - São competências gerais da CEMU:

a) Zelar, no âmbito do funcionamento da respetiva Instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;

b) Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, e divulgar aqueles que considerar relevantes no site da Instituição;

c) Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade da Instituição, e divulgá-los no site da Instituição, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética;

d) Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha de melhores práticas;

e) Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e bioética na respetiva Instituição;

f) Pronunciar-se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

g) Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;

h) Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos usuários e dos profissionais de saúde da Instituição;

i) Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;

j) Assessorar, numa perspectiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;

k) Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;

l) Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

Art. 6º - Compete ao Presidente:

a) Representar a CEMU;

b) Coordenar a atividade da comissão de ética, convocar e presidir às reuniões e fazer cumprir a ordem de trabalhos;

c) Exercer voto de qualidade em caso de empate nas votações.

Parágrafo Único - O presidente é substituído nas suas ausências ou impedimentos pelo vice-presidente.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A CEMU funciona em reuniões plenárias por convocação e sob direção do seu presidente ou, nos impedimentos deste, do seu vice-presidente, devendo reunir pelo menos uma vez por mês.

Art. 8º - Por iniciativa do presidente, quando a natureza da matéria o justifique, e tendo em conta a composição da CEMU e a especificidade do assunto em pauta, podem ser constituídas comissões especializadas, incumbidas de preparar o parecer ou o relatório sobre as matérias que lhes sejam expressamente submetidas.

Art. 9º - A comissão especializada criada nos termos do número anterior extingue-se com a emissão do parecer ou relatório cuja preparação fundamentou a sua criação.

Art. 10º - As convocatórias indicam o dia, o local, a hora da reunião e a ordem do dia e contêm a documentação de suporte sobre cada assunto dela constante.

Art. 11º - A CEMU só podem reunir estando presente a maioria dos seus membros, entre os quais o presidente ou o vice-presidente.

Art. 12º - Podem participar nas reuniões, sem direito a voto, quaisquer pessoas cuja presença seja considerada necessária para esclarecimento dos assuntos em apreciação, por convocação do seu presidente.

Art. 13º - A CEMU delibera por maioria simples dos membros presentes, tendo o presidente, ou na sua ausência, o vice-presidente, voto de qualidade.

Art. 14º - Das reuniões da CEMU são lavradas atas, que incluem um resumo de tudo o que nela tenha ocorrido, indicando, designadamente, a data e o local da reunião, os membros presentes, as justificações de ausência recebidas, os assuntos apreciados, os pareceres, relatórios, ou outros documentos sujeitos a deliberação, as deliberações tomadas e a forma e o resultado das respetivas votações.

Art. 15º - A CEMU elabora e aprova o respetivo regulamento interno de funcionamento, que se encontra sujeito a homologação por parte do órgão máximo da instituição.

Art. 16º - O regulamento interno de funcionamento da CEMU, depois de homologado, é divulgado no site da Instituição;

Art. 17º - No exercício das suas competências, a CEMU atua com independência relativamente aos órgãos de direção ou de gestão da Instituição a que pertencem.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - Constituem direitos dos membros das comissões de ética:

a) Participar nas reuniões e votações;

b) Frequentar ações de formação em matérias de relevo no âmbito das competências da CEMU, de acordo com a programação por ela aprovada, com o apoio da Instituição através da Diretoria Geral;

c) A dispensa dos profissionais de suas atividades exercidas na Instituição, quando se encontrem no exercício efetivo de funções relacionadas com as atividades da comissão, sem perda de quaisquer direitos ou regalias.

§1º - O exercício das funções na CEMU não é remunerado, sem prejuízo do pagamento de ajudas de custo e deslocamentos a que tenham direito, nos termos legais, cujos encargos são suportados pela Instituição.
§2º - Aos membros da comissão de ética deve ser concedida dispensa do exercício de funções, pelos respetivos dirigentes, durante o tempo considerado necessário assegurando o trabalho exercido na missão da CEMU.

Art. 19º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 20º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 21º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação Diretoria Geral da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Presidente da CEMU)

3.1.4. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – CPR

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica – CPR é de natureza multidisciplinar permanente.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A CPR tem por finalidade:

§ 1º - Atender as exigências em radioproteção determinadas na legislação vigente e, em conformidade com resolução - RDC Nº 611, de 09/03/2022 do Ministério da Saúde e instruções normativas, normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN - CNEN NN 3.01 Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica, CNEN NN 6.10 e suas resoluções e pela Portaria nº Interministerial MEC/MS. 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospital de Ensino e torna obrigatória a criação de mencionada Comissão.

§ 2º - Instituir e fomentar política de Proteção Radiológica regulamentada na Policliníca Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis, GoiásRio Vermelho - Goiás;

§ 3º - Revisar sistematicamente os programas de gerenciamento de risco e proteção radiológica a fim de garantir o uso seguro de fontes emissoras de radiação e de equipamentos geradores de radiação em funcionamento na Policlínica.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - Da composição da CPR:

§ 1º - Os membros da CPR serão indicados pelos colaboradores dos serviços representados em conjunto à Diretoria da Unidade.

§ 2º - O mandato dos membros no CPR terá duração de três anos bem como será permitido a recondução dos membros. Podendo haver a substituição de cada membro sempre que solicitado.

§ 3º - Compreendem a Estrutura da CPR: Presidente; Vice-Presidente; Secretário (a); Membros do corpo deliberativo e executivo; Membros do corpo consultivo.

§ 4º - Compõem o corpo deliberativo e executivo: representante da Diretoria da Unidade; representante do Serviço de Radioterapia; representante do serviço de hemodinâmica/Angiografia; representante dos técnicos de radiologia; representante dos técnicos de radioterapia; representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho da Unidade; representante da Enfermagem do serviço de radiologia; representante da CIPA; representante dos assistentes administrativo para o cargo de secretário ou secretária; representante dos médicos radiologistas; representante do NQSP; representante da Engenharia Clínica.

§ 5º - Compõem o corpo consultivo: representante da Engenharia Clínica; representante dos trabalhadores com vinculo com o IGA; representante do representante do serviço de enfermagem da Unidade.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4° - Compete a CPR:

I - elaborar e manter atualizados os planos de proteção radiológica dos serviços que possuem equipamentos emissores de radiação ionizante e dos setores onde haja manipulação de fontes radioativas;

II - nomear integrantes para o Comitê de Gerenciamento de Risco (CGR) e o Núcleo Executivo de Proteção Radiológica (NEPR), propondo a definição de suas atribuições e relacionamento com as demais áreas da Unidade;

III - assessorar a equipe de Engenharia Clínica) da Instituição quando da instalação de novos equipamentos/serviços ou modificações nas instalações já existentes para garantir a adequação das normas vigentes;

IV - acompanhar o gerenciamento da monitoração ambiental e individual das pessoas ocupacionalmente expostas e mantê-las informadas dos valores de doses registradas, bem como o da monitoração ambiental, garantindo que os níveis de exposição à radiação sejam compatíveis às classificações das áreas de Instituição;

V - orientar o setor administrativo na aquisição dos dispositivos de proteção individuais específicos para atividade com radiação ionizante;

VI - assessorar a equipe de Engenharia Clínica e Administração na seleção de equipamentos emissores de radiação e na definição dos acessórios necessários, com base nas suas especificações;

VII - definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica e revisar sistematicamente os Programas de Educação Permanente;

VIII - manter e fomentar, junto ao NEPR ou CGR o Programa e Garantia de Qualidade de equipamentos, processos e insumos que possibilite manter padrão de qualidade e a segurança no atendimento, com doses otimizadas de exposição à radiação ionizante nos casos que se aplicarem;

IX - assessorar o corpo diretivo e administrativo da Unidade quanto ao descarte dos equipamentos geradores de radiação ou que possuam fontes radioativas seladas internamente, bem como de insumos classificados como rejeitos radioativos.

§ 1º - O CGR ou NEPR atuarão de forma mais localizada em cada serviço.

§ 2º - Os serviços para os quais será necessário estabelecer CGR ou o NEPR são: Serviço de Radioterapia; Serviço de Radiologia; Serviço de Tomografia; Serviço de Ultrassonografia; Serviço de Endoscopia.

§ 3º - O gerenciamento de riscos deve contemplar, no mínimo:

I. Identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos, conforme as demais normativas aplicáveis;

II. Identificação de possíveis falhas de equipamentos e erros humanos que possam resultar em incidentes relacionados a assistência à saúde, e promoção das medidas preventivas necessárias;

III. Investigação documentada que determine as causas das possíveis falhas de equipamentos, erros humanos identificados ou descumprimento das normas em vigor, suas consequências e as ações preventivas e corretivas necessárias; IV. Execução das ações preventivas e corretivas identificadas durante as investigações; Notificações à autoridade sanitária competente das situações previstas nas normativas aplicáveis.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - Ao Presidente cabe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CPR, especificamente:

I - representar a CPR em suas relações internas e externas;

II - instalar a CPR, promover a convocação e presidir suas reuniões;

III – participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IV - indicar, dentre os integrantes da CPR, os relatores dos expedientes;

V - indicar integrantes para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VI - elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e para aprovação desta, nos casos de manifesta urgência;

VII - conduzir o processo de transição nos momentos de troca de membros e gestão da CPR.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 6º - Aos integrantes cabem:

I - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões referentes ao CPR.

Art. 7º - À Secretária do CPR cabe:

I - assistir as reuniões e encaminhar o expediente da CPR;

II - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da CPR;

III - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

IV - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

V - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias e distribuir aos integrantes da CPR a pauta das reuniões;

VI - encaminhar ao responsável pelas comissões as ATAS das Reuniões da Comissão de Proteção Radiológica;

VII - encaminhar à Unidade da administração responsável pelas comissões o calendário Anual das Reuniões da Comissão de Proteção radiológica.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - Esta Comissão será presidida por representante designado pelo Diretor Geral dentre os membros do corpo deliberativo da CPR.

Parágrafo único: a vice-presidência será exercida por qualquer membro do corpo deliberativo da CPR a ser indicado entre os membros do corpo deliberativo e executivo da CPR.

Art. 9º - O quórum mínimo para realização das reuniões da CPR é de um quarto do corpo deliberativo, composto pelos membros deliberativos.

Art. 10º - Serão garantidas aos membros da CPR condições que não descaracterizam suas atividades laborais na Unidade.

§ 1º - A Administração disponibilizará sala própria e exclusiva para o funcionamento da CPR bem como os materiais e equipamentos que visem atender as suas necessidades administrativas e funcionais.

§ 2º - A Administração garantirá a disponibilização de 08 (oito) horas mensais aos membros da CPR para trabalhos exclusivos da Comissão.

Art. 11º - A CPR se reunirá ao menos 3 vezes ao ano, conforme calendário prévio anual.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 13º - Nenhum colaborador lotado na policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 14º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação Diretoria Geral da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Presidente da CPR)

3.1.5. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA – CB

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Biossegurança - CB está regulamentada pelos artigos 9º e 10º da Lei nº 8.974, de 05 de Janeiro de 1995, que determina que toda entidade que utilize técnicas e métodos de engenharia genética deve ter suas atividades por ela definidas. Tem a função de monitorar e fazer vigilância nas atividades que envolvam Organismos Geneticamente Modificados (OGMs) e seus derivados. A CB também é responsável por garantir o cumprimento das normas de biossegurança e acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico e científico nas áreas de biossegurança, biotecnologia, bioética e afins, com o objetivo de aumentar sua capacitação para a proteção da saúde humana.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Os membros da CB devem, como requisito prévio, possuir experiência e conhecimento que permitam realizar a supervisão e avaliação de trabalhos com OGMs que venham a ser conduzidos na Instituição. O presidente da CB será nomeado pelo Diretor Técnico da Instituição através da escolha entre um dos membros especialistas da comissão. A CB será composta por especialistas nas áreas de atuação da entidade. É recomendado também que uma pessoa leiga seja incluída.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - A CB terá como principais competências:

I. A elaboração e divulgação de normas sobre os procedimentos de biossegurança, seguindo as normas e disposições da CTNBio;

II. A deliberação e tomada de decisão sobre os procedimentos de biossegurança, seguindo as normas e disposições da CTNBio;

III. Elaborar e submeter à CTNBio pedidos de novos CQBs ou extensões para os mesmos;

IV. Avaliar e revisar as solicitações institucionais e individuais de realização de atividades e pesquisas com OGM orientando os pesquisadores quanto aos potenciais riscos no transporte, produção ou manipulação de OGMs, orientando sobre os riscos e maneiras de mitiga-los. Esta atividade inclui orientar os pesquisadores quanto recomendações da CTNBio;

V. Manter em seu poder os registros dos projetos avaliados, aprovados e os respectivos relatórios para as atividades envolvendo OGMs;

VI. Avaliar, inspecionar e, eventualmente, recomendar o nível de segurança de estruturas institucionais que incluam instalações e laboratórios nas instituições. Este aspecto é mandatório sobretudo para as instalações manipulando OGMs e deve ser realizado ao menos duas vezes por ano para garantir que as mesmas atendam aos padrões de contenção preconizados pelas normas da CTNBio;

VII. Avaliar a capacitação do pessoal envolvido nas atividades envolvendo OGMs de forma a garantir o correto cumprimento dos procedimentos recomendados de contenção. Este aspecto inclui o registro das pessoas que trabalham nas instalações de contenção e a garantia da capacitação e treinamento de qualquer novo individuo que venha a ser incluído nestas atividades.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 4º - A CB realizará reuniões trimestrais e reuniões extraordinárias com objetivo de discutir assuntos urgentes, sempre e quando solicitado por um dos membros. Nestas reuniões ocorrerão deliberações sobre os projetos submetidos a avaliações e emissão de autorizações para recebimento e/ou transporte de OGMs.

CAPITULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 6º - Nenhum colaborador lotado na policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 7º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Técnico)

_____

(Presidente da CB)

3.1.6. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO – CAMB

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB é um órgão de assessoria a Diretoria da Instituição e desempenha papel consultivo, deliberativo e educativo sugerindo medidas que permitam a implementação de políticas de biossegurança, educando e respondendo a consultas formuladas. tem a finalidade de adotar ações de que visem reduzir os riscos de acidentes com materiais biológicos e atuar nos serviços de prestação da assistência à saúde promovendo a adequação da estrutura física e tecnológica e a capacitação do corpo funcional.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Será composta por:

- O empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
- Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, conforme a Norma Regulamentadora nº. 4;
- Vice-presidente da CIPA;
- Representante da CCIRAS;
- Coordenação de Enfermagem;
- Direção Técnica;
- Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS;
- Representante da Central de Material e Esterilização;
- Representante do setor de compras;
- Representante do setor de padronização de material.

Parágrafo Único - A área da segurança do trabalho deverá atuar como articuladora das atividades da CAMB.

Art. 3º - O mandato desta comissão será indeterminado.

Art. 4º - A substituição de algum membro poderá ocorrer de acordo com avaliação e indicação da diretoria.

Art. 5º - A Comissão poderá ser extinta, se for consenso do grupo de escolha, caso ocorram divergências insuperáveis no seu modo de ação e o da Instituição que venham a trazer prejuízo à mesma, sendo escolhidos novos membros.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - Compete à CAMB:

I. Promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da Unidade, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais;

II. Analisar os dados estáticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes na Instituição;
III. Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro-cortantes em caso de dúvidas na investigação realizada pelo SESMT;
IV. Propor ações com vistas à redução dos acidentes de trabalho;
V. Colaborar e participar da implantação gradativamente dos materiais com dispositivos de segurança;
VI. Prestar suporte técnico necessário para: questões relacionadas a testes com dispositivos de segurança; a situações de risco para acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue; a procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - As reuniões ocorrerão a cada três meses;

Art. 7º - Nas reuniões, será apresentado o levantamento estatístico dos acidentes de trabalho com materiais perfuro cortante realizado pelo SESMT e após a apresentação os membros deverão definir medidas que visem a redução dos acidentes;

Art. 8º - As reuniões serão registradas em atas, assinados por todos os membros da comissão e enviadas para a diretoria da Unidade.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 11º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CAMB)

3.1.7. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

Art. 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é um colegiado multiprofissional, autônomo e independente, vinculado à Diretoria Técnica, criado de modo a atender a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, a Norma Operacional CNS nº 001, de 30 de setembro de 2013, e demais normas relacionadas à ética na pesquisa em seres humanos, para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade, dignidade, direitos, segurança e bem estar, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa em seres humanos.

§ 1º - O CEP é apoiado pela Diretoria Técnica, que deve assegurar os meios adequados para seu funcionamento, inclusive com a disponibilização de sala, equipamentos e pessoal exclusivo para funcionamento;

§ 2º - As Chefias imediatas dos membros do CEP deverão apoiar e colaborar para que os mesmos participem ativamente de todas as reuniões e/ou eventos promovidos pela CEP.

Art. 2º - O CEP tem por finalidade:

I - Identificar, analisar, avaliar, aprovar, acompanhar e fazer cumprir as implicações éticas nas pesquisas e trabalhos científicos que envolvam seres humanos realizados na Unidade;

II – solicitar a instauração de sindicâncias e auditorias ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos devem ser comunicados às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

III - realizar atividades educativas junto à comunidade científica e acadêmica da Unidade quanto a assuntos de sua finalidade;

IV - Garantir que os direitos e deveres dos pesquisadores e participantes de pesquisa sejam observados;

§ 1º - O CEP, ao analisar e decidir pela aprovação das pesquisas apreciadas, se torna corresponsável por garantir a proteção desses direitos e deveres.

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS E DEVERES DOS PESQUISADORES E PARTICIPANTES DE PESQUISA

Art. 3º - São Pesquisadores: indivíduos com formação de nível superior na área de saúde ou outras, responsáveis pela condução da pesquisa, integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

§ 1º - São direitos dos pesquisadores, quando da submissão de projetos na Unidade:

I. Receber assessoria do CEP quanto à tramitação de projetos no sistema CEP/CONEP;

II. Receber assessoria quanto à confecção de formulários e termos necessários para a submissão de projetos de pesquisa para análise no sistema CEP/CONEP;

III. Ser comunicado quanto a deliberações do colegiado em até 30 dias, a contar do recebimento do protocolo para análise, via Plataforma Brasil ou sistema posterior adotado pela CONEP;
IV. Ser comunicado formalmente quando for instaurada sindicância ou auditoria em pesquisa sob sua responsabilidade, conforme normas em vigor na Unidade.
V. Recorrer ao CEP no prazo de 30 dias corridos, ou conforme atualização de normas pela CONEP, quando o projeto de pesquisa não for aprovado.

§ 2º - São deveres dos pesquisadores que conduzam pesquisas vinculadas ou sob apreciação do CEP:
I. Cumprir e garantir a aplicação de todas as normas relacionadas à ética na pesquisa com seres humanos, inclusive as normas deliberadas pela Unidade;
II. Realizar pesquisas na Unidade somente se autorizado pela Diretoria e aprovado pelo CEP;
III. Realizar pesquisa em que tenha benefícios (proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa);
IV. Iniciar a coleta de dados, recrutamento, entrevistas, consultas de participantes de pesquisa ou qualquer fase da pesquisa que envolva contato direto ou indireto com os participantes de pesquisa, somente após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP, bem como autorização administrativa da Unidade ou das demais instituições participantes, conforme o caso;
V. Realizar todas as fases da pesquisa de acordo com o protocolo aprovado pelo sistema CEP;
VI. Realizar pesquisas com participantes de pesquisa somente após autorização do mesmo ou de seu(s) responsável(eis) legal(is) através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, se maior de idade, acrescido do respectivo Termo de Assentimento se o participante for menor de 18 anos de idade;
VII. Garantir assistência imediata e integral, sem ônus de qualquer espécie, ao participante de pesquisa, decorrente de compilações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, diretos e indiretos, da pesquisa;
VIII. Garantir que a pesquisa não irá gerar ônus ao Sistema Único de Saúde ou Operadora de Saúde ou aos Fundos de Saúde de cada uma das Forças Armadas, sem prévia autorização;
IX. Garantir ressarcimento exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;
X. Tornar público os resultados da pesquisa, inclusive ao participante de pesquisa ou seu(s) responsável(eis) legal(is);
XI. Encaminhar relatórios parciais e final da pesquisa sob sua responsabilidade;
XII. Citar a aprovação do CEP em publicações na comunidade científica;
XIII. Assinar termo de compromisso e confidencialidade da CEP.

§ 3º - A solicitação de dispensa do TCLE será apreciada pelo CEP podendo ou não ser aprovada, mesmo que tenha passado por prévia autorização pelos setores ou instituições envolvidas.

§ 4º - Em princípio o TCLE será considerado obrigatório, mesmo nos casos de pesquisas retrospectivas, não sendo isso, por si só, considerada justificativa para solicitação da dispensa.

Art. 4º - São Participantes de Pesquisa: indivíduos que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(eis) legal(is), aceitem ser pesquisados direta ou indiretamente.

§ 1º - São direitos dos participantes de pesquisa:

I. Ter seus direitos humanos respeitados, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

II. Ser atendido presencialmente, em caráter sigiloso, pelo CEP sempre que houver necessidade para esclarecimentos, denúncias, sugestões e outros.

III. Recusar a participar de pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo, punição ou retaliação;

IV. Não ser recrutado para participar de pesquisa em momentos que antecedem quaisquer procedimentos;

V. Assinar o TCLE somente após todas as suas dúvidas serem esclarecidas;

VI. Conhecer todos os riscos e benefícios relacionado à sua participação na pesquisa;

VII. Receber assistência imediata e integral sem ônus de qualquer espécie decorrentes de complicações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, diretos e indiretos, da pesquisa;

VIII. Receber ressarcimento exclusivamente de despesas pessoais e de seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

IX. Requerer, por vias legais, indenização (cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa);

X. Receber, em linguagem acessível ao seu grau de instrução, os resultados da pesquisa.

§ 2º - São deveres dos participantes da pesquisa:

I. Recorrer ao CEP sempre que se sentir desconfortável com qualquer abordagem dos pesquisadores;

II. Comunicar ao pesquisador responsável a desistência na participação da pesquisa;

III. Comunicar ao pesquisador quaisquer complicações e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, diretos e indiretos, decorrentes da participação na pesquisa.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - Da Composição: o CEP terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com um quantitativo mínimo de sete membros titulares, preferencialmente com atuação destacada no campo da pesquisa.

§ 1º - O CEP será constituído, em equilíbrio, por pessoas de ambos os sexos não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

§ 2º - Pelo menos um dos membros titulares, para cada múltiplo de sete (7), deve ser da categoria de Representante dos Usuários, conforme legislação em vigor.

§ 3º - Os representantes dos usuários, indicados e nomeados conforme as orientações vigentes da CONEP devem ser pessoas interessadas no estudo da ética

na pesquisa e na defesa dos direitos dos cidadãos e usuários de serviços, representando os interesses e preocupações da comunidade e sociedade local.

§ 4º - Os membros do CEP deverão representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição, sendo que pelo menos 1/3 de seus membros deverá possuir experiência em pesquisa.

§ 5º - O CEP poderá ter membros suplentes para substituir eventuais faltas de algum membro titular e garantir quórum para deliberação.

§ 6º - Apenas o membro representante de usuários terá seu respectivo suplente, não sendo admitido membro de outra área para essa substituição.

§ 7º - Os membros do CEP não serão remunerados no desempenho desta tarefa.

§ 8º - No cumprimento das obrigações relativas ao CEP e seguindo as normas vigentes da Unidade e da CONEP, são direitos dos membros do CEP:

I. Ser dispensados, nos horários de seu trabalho no CEP de outras obrigações na Unidade, dado o caráter de relevância pública da função;

II. Ter destinada em sua carga horária de trabalho para a execução das atividades de apoio à coordenação, participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias, apreciação dos protocolos de pesquisa, elaboração de pareceres e relatórios.

III. Poder receber o custeio de despesas efetuadas para a sua capacitação, transporte, hospedagem e alimentação em atividades ligadas ao CEP.

§ 9º - É vedado, tanto aos membros titulares quanto aos membros suplentes, exercer atividades nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP.

Art. 6º - A participação como membros do CEP se dará por meio de processo seletivo simples, realizado por chamamento público pela coordenação do CEP, após aprovação pelo colegiado.

§ 1º - Serão exigidos, minimamente, Currículo Lattes, Declaração de Não Existência de Conflito de Interesse, Termo de Compromisso de Sigilo Profissional e Declaração de Idoneidade.

§ 2º - A nomeação dos membros do CEP será realizada através de ato administrativo da Diretoria Técnica.

§ **3º -** As vagas em aberto serão divulgadas, com apoio da Diretoria Técnica, para a manifestação voluntária dos interessados que, preferencialmente, tenham relação e interesse com atividades abordando a ética na pesquisa com seres humanos.

§ 4º - Persistindo a existência de vagas em aberto, poderá ser solicitada indicação aos setores da Unidade.

§ 5º - O Candidato a membro do CEP não poderá possuir nos assentamentos funcionais penalidades decorrentes de Processo Administrativo Disciplinar, Processo Ético ou Pesquisa Reprovada no Sistema CEP/CONEP nos últimos cinco (05) anos, em decorrência da não observância aos princípios bioéticos e/ou boas práticas de pesquisa clínica.

Art. 7º - O mandato dos membros do CEP será de três (03) anos, sendo permitida 01 (uma) recondução.

§ 1º - A renovação dos membros do CEP ocorrerá através de processo seletivo simples, através de chamamento público, nos termos do Art. 6º.

§ 2º - Será admitida, a cada ano, salvo em casos excepcionais, a renovação de até metade dos membros do CEP.

§ 3º - Será exonerado, após anuência do colegiado do CEP, o membro que:

I - Sem comunicação prévia ou justificável, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas durante um ano;
II - Apresentar mais que 06 (seis) ausências justificadas no decorrer de 01 (um) ano;
III - Tiver projeto de pesquisa cancelado pelo sistema CEP/CONEP por infração ética;
IV - Realizar pesquisa na Policlínica Estadual Ismael Alexandrino Pinto – São Luís de Montes Belos sem autorização da instituição e apreciação ética no sistema CEP/CONEP.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - São atribuições do CEP:
I - revisar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida, de modo a garantir e resguardar a integridade e direitos dos participantes de pesquisa nas referidas pesquisas;
II - emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o efetivo recebimento do protocolo pela secretaria.
III - acompanhar o desenvolvimento dos projetos aprovados através de relatórios parciais e finais fornecidos pelos pesquisadores e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada;
IV - apreciar as eventuais emendas aos protocolos em desenvolvimento e as notificações de eventos adversos graves ocorridos;
V - desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na pesquisa em seres humanos;
VI - receber dos participantes de pesquisa, ou de qualquer outra parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento;
VII - comunicar às instâncias competentes para averiguação, quando receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos devem ser;
VIII - requerer instauração de sindicância ou processo administrativo à Diretoria Técnica da Unidade nos casos de realização de pesquisas ainda não aprovada ou reprovadas e de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas, comunicando também, à CONEP e, quando couber, ao Ministério Público;
IX - manter arquivados todos os documentos referentes aos protocolos de pesquisa analisados durante um período mínimo de cinco anos após o encerramento do estudo;
X - manter a Diretoria Técnica atualizada sobre as atividades do CEP, conforme solicitado;
XI - manter comunicação regular e permanente com a CONEP;
XII - manter programas de capacitação dos membros, bem como da comunidade acadêmica e promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos.
§ 1º - O CEP, ao analisar e decidir sobre as pesquisas apreciadas, se torna corresponsável por garantir a proteção desses direitos e deveres.

§ 2º - O conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP é de ordem estritamente sigilosa.
§ 3º - Os membros do CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais e reuniões, devem manter sigilo, comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - O CEP deverá divulgar o cronograma anual das reuniões ordinárias, assim como informar aos membros e respectivos setores as datas e horários das reuniões extraordinárias.
Art. 10º - O CEP reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente de fevereiro a dezembro.
Art. 11º - O CEP poderá ser reunir extraordinariamente, mediante aprovação do colegiado, por convocação do seu coordenador ou maioria simples dos seus membros (50% + 1).
Art. 12º - A Secretaria Executiva do CEP funcionará em sala exclusiva dentro da DTEP, com horário para atendimento ao público em geral e pesquisadores de segunda à sexta-feira das 08h às 12h ou das 14 às 18 horas.
Art. 13º - O quórum mínimo para iniciar e conduzir reuniões, além de realizar deliberações sobre protocolos de pesquisa, com presença física ou por teleconferência, será de maioria simples (50% + 1) do colegiado.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Técnico, nos limites de suas atribuições.

Art. 15º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.
Art. 16º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente do CEP)

3.1.8. COMITÊ DE COMPLIANCE – CC

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Compliance - CC tem a missão de apoiar, difundir, aprimorar e aplicar as ações de compliance dentro da sua competência, de acordo com as boas práticas do mercado, legislações aplicáveis e instrumentos normativos internos.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - Os membros do CC são investidos na função em caráter de voluntário, interessado ou como parte da função exercida na Unidade, portanto, não são remunerados independentemente do número de reuniões e do caráter das deliberações aplicadas.

Art. 3º - O CC é composto dos seguintes membros:

- Diretor Geral da Unidade;
- Diretor Administrativo da Unidade;
- Representante dos Funcionários;
- Assessor de Compliance.

O Diretor Geral terá a função de presidir o CC, tendo seu voto como o decisivo quando os votos dos membros apresentarem empate entre duas decisões diferentes. O mandato do Presidente da CC será exercido em razão dos mandatos dos cargos exercidos na Unidade. O mandato do Representante dos Funcionários é voluntário, nomeado por indicação dos membros os CC e terá vigência por dois anos, o mesmo período de gestão dos órgãos estatutários. O Assessor de Compliance tem a função de Secretário do CC de Compliance, agendando as reuniões, organizando a pauta e documentação e registrando as deliberações em Atas de reunião. Este terá função consultiva, sem poder de voto no CC. A área de Recursos Humanos terá o funcionário responsável como membro consultivo presente em todas as reuniões como gestor da área de Compliance na Unidade. Este não terá poder de voto. A investidura dos cargos será realizada via registro em Ata de Reunião na data da primeira reunião do CC após o início dos mandatos de Presidente e Diretoria da Unidade.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO

Art. 4º - As reuniões ordinárias do CC serão realizadas uma vez por mês e devem ser notificadas aos membros com 10 dias de antecedência junto com a ciência da pauta da reunião. Os membros que não comparecerem nas reuniões perderão seu direito ao voto das deliberações registradas na pauta da reunião.

Art. 5º - Os membros do CC podem ser requisitados extraordinariamente em reuniões de cunho de gestão de crise.

As reuniões extraordinárias não terão tempo mínimo de notificação e serão realizadas com os membros que estiverem disponíveis para deliberar sobre crise de imagem, jurídica, reputação e segurança.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Compete ao CC:

I. Analisar os resultados das investigações de denúncias realizadas contra pessoas que estão submetidas ao Código de Ética e Conduta da Unidade.
II. Deliberar sobre as investigações: necessidade de mais informações, suspensão, cancelamento, alteração de modus operandi.
III. Deliberar ações de mitigação dos riscos aferidos pelas investigações, criar planos de ação com as ferramentas educativas e informativas que serão aplicadas.
IV. Deliberar sobre a consequência a ser aplicada de acordo com os critérios estabelecidos na Norma de Consequência e Antirretaliação quando a investigação concluir sobre um comportamento que quebra as diretrizes Código de Ética e Conduta.
V. Analisar os dados de resultado das ações de compliance e definir estratégias para aumento do alcance do Programa.
VI. Manter o sigilo sobre os assuntos pautados pelo CC;
VII. Seguir as normas e políticas internas da Unidade e da SES/GO para tratar os assuntos com transparência e idoneidade;
VIII. Seguir as Legislações externas as quais a Unidade está submetida quando deliberar sobre os assuntos concernentes ao CC;
IX. Manter uma postura ética ao emitir opiniões no CC, utilizando a sensibilidade e civilidade independente do caso tratado;
X. Não emitir opiniões religiosas ou doutrinárias para tratamento dos casos submetidos ao CC;
XI. Se comprometer a retirar suas opiniões e votos quando entender que apresenta conflito de interesse em relação às pessoas envolvidas nos casos tratados;
XII. Apoiar o compliance officer na condução e divulgação dos assuntos e ações deliberadas.

CAPITULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Técnico, nos limites de suas atribuições.

Art. 8º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 9º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

3.1.9. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT é estabelecido pela norma regulamentadora nº4/22. Consiste na obrigatoriedade das empresas em contratarem profissionais da área da saúde e de segurança de acordo com o número de trabalhadores na organização e o grau de risco da atividade exercida.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - Tem a finalidade de garantir um ambiente de trabalho mais seguro aos colaboradores, prevenir doenças ocupacionais, promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - De acordo com a NR4, devem fazer parte do SESMT os seguintes profissionais:

- Médico do Trabalho: pós-graduado em Medicina do Trabalho, ou que porte o certificado de residência médica que tenha relação com saúde ocupacional;
- Engenheiro de Segurança do Trabalho, pós-graduado na área;
- Enfermeiro do Trabalho, pós-graduado em Enfermagem do Trabalho;
- Técnico em Segurança do Trabalho, com formação técnica e registro no Ministério do Trabalho;
- Técnicos de Enfermagem do Trabalho, com certificado de qualificação reconhecido pelo Ministério da Educação, proveniente de instituições habilitadas.

§ 1º - A Instituição, obrigatoriamente, deverá contratar profissionais da área da saúde e de segurança de acordo com o número de trabalhadores na organização e o grau de risco da atividade econômica exercida.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Ao Médico do Trabalho cabe:

- Realizar atendimentos clínicos dentro da empresa;
- Promoção de ações preventivas a doenças ocupacionais;
- Promoção da saúde coletiva e individual;
- Coordenação de programas relacionados à saúde;
- Perícias, auditorias e sindicâncias;
- Difusão dos conhecimentos sobre a Medicina do Trabalho.

O Médico do Trabalho também é o responsável por emitir documentos como o CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Além disso, ele participa de outros programas importantes para a saúde ocupacional, como PCMSO e PPRA.

Art. 5º - Ao Engenheiro de Segurança do Trabalho cabe:

- Atuar para minimizar os riscos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
- Identificar os riscos, elaborar medidas de contenção e alternativas.

Os profissionais deste cargo devem ser pós-graduados em Engenharia de Segurança do Trabalho.

Art. 6º - Ao Enfermeiro do Trabalho cabe:

- Coleta de informações diversas acerca da saúde ocupacional;
- Execução de inquéritos sanitários;
- Gestão de programas de prevenção a acidentes e doenças ocupacionais;
- Avaliação das causas de insalubridade na empresa;
- Treinamentos sobre uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual);
- Promoção da prevenção de doenças ocupacionais.

O Enfermeiro do Trabalho é quem lida diretamente com o paciente, prestando todo tipo de assistência. Ele lidera a equipe de técnicos para atendimento em ambulatórios, hospitais, clínicas, ou até mesmo a domicílio, conforme orientação médica.

Art. 7º - Ao Técnico de Segurança do Trabalho cabe:

- Inspecionar locais de instalação de equipamentos;
- Examinar utensílios de combate a incêndios (extintores, mangueiras, hidrantes, entre outros);
- Investigar acidentes, descobrir suas causas e propor medidas de prevenção;
- Ministrar treinamentos sobre segurança e prevenção de acidentes.

Dentro do SESMT, o Técnico de Segurança do Trabalho é quem elabora e coloca em prática as políticas de saúde e segurança. Ele trabalha em conjunto com o Engenheiro de Segurança do Trabalho, realizando auditorias periódicas com o objetivo de identificar variáveis no controle de doenças, acidentes e qualidade de vida dos colaboradores.

Art. 8º - Ao Técnico de Enfermagem do Trabalho cabe:

- Preparação de pacientes para exames;
- Organização de instrumentação;
- Gestão de medicamentos.

Estes profissionais devem atuar segundo procedimentos de biossegurança e boas práticas da profissão e sob orientação do Enfermeiro do Trabalho e do Médico do Trabalho, os auxiliares prestam atendimento em diversas frentes.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - O desenvolvimento do trabalho do SESMT será realizado de maneira contínua durante o horário de expediente do estabelecimento.

O engenheiro de segurança do trabalho, o médico do trabalho e o enfermeiro do trabalho devem dedicar, no mínimo, quinze horas (tempo parcial) ou trinta horas (tempo integral) por semana, para as atividades do SESMT.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 11º - Nenhum colaborador lotado na Policlínicas Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 13º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Administrativa da Unidade e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral do Hospital)

_____

(Diretor Administrativo)

3.1.10. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTES – CARPP

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários está regulamentada pela Resolução do CFA nº 1638/2002, que define o prontuário do paciente como 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 multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao individuo.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - Terá a função de revisar e avaliar o conjunto de informações, registros e documentos gerados durante a estadia do paciente na Instituição, relativos à assistência a ele prestada.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A CARPP será instituída por ato normativo interno da Direção e publicada em veículo de divulgação usualmente utilizado. Possuirá caráter legal, sigiloso e científico e terá o papel de assessoramento, diretamente vinculado à alta administração da Unidade.

Art. 4º - Terá um mandato de dois anos e será constituída por membros efetivos e suplentes, representantes do Corpo Clínico e da Equipe de Saúde, arquivista ou responsável pela guarda da documentação e representante da área jurídica da instituição.

Parágrafo Único - Na dependência do trabalho a ser realizado, outros participantes poderão ser convocados.

Art. 5º - Um dos membros desta comissão, designado pela Diretoria, será o Presidente, o qual será escolhido entre aqueles que já serviram a comissão, em período não inferior a um ano.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Terá como principais competências:

a) elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes;

b) avaliar a organização dos conjuntos documentais; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente;

c) estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares;
d) desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima;
e) definir e supervisionar o método de classificação adotado;
f) avaliar a qualidade dos registros para fins de prova, de informação, de estudos e pesquisas;
g) determinar, com base na legislação em vigor, respectivos prazos de guarda e a destinação;
h) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos na legislação pertinente;
i) recomendar ao Diretor Técnico, ação disciplinar quanto aos prontuários que:
- estão abaixo do padrão e critério estabelecido;
- apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos;

j) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Diretoria Técnica da Unidade, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

Art. 8º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:
a) Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas segundas- feiras de cada mês;
b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;
d) Reuniões trimestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (dezembro, março, junho e setembro);
e) Padronizar os formulários que compõem o prontuário da Unidade e definição de ordem de arrumação dos prontuários na Unidade (primeiro mês de implantação da Comissão).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 10º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 11º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 12º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 13º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unida e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Coordenador da CARPP)

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A CFT será um órgão consultivo e deliberativo, que terá a função de regulamentar a seleção e padronização de medicamentos utilizados o que representará para a Instituição uma substancial economia, simplificando e racionalizando a assistência e permitindo uma programação de atividades e de recursos adequados.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) contará com membros representativos dos diversos serviços da Unidade, como:

- um (01) representante da Diretoria Técnica, tendo como perfil nível superior em Medicina, preferencialmente exercendo cargo de Diretoria;
- um (01) representante da Farmácia, tendo como perfil nível superior em Farmácia preferencialmente exercendo cargo de Coordenação do setor;
- um (01) representante da CCIRAS, tendo como perfil nível superior em medicina com especialização em Infectologia;
- um (01) representante da Enfermagem, tendo como perfil nível superior em Enfermagem, exercendo preferencialmente cargo de Coordenação.

Parágrafo Primeiro – Um membro desta Comissão, designado pela Diretoria, será o Presidente.

Paragrafo Segundo - O mandato desta Comissão será de 24 meses.

Art. 3º - Na escolha dos integrantes da Comissão pela Diretoria Técnica, deverá serem observados critérios que permitam reunir entre seus integrantes um conhecimento técnico amplo, visto que a natureza da análise envolve toda prática médica/farmacêutica.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá as competências de:

a) assessorar a Diretoria na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;
b) organizar e manter atualizada a Padronização de Medicamentos e correlatos a serem utilizados na Unidade, tendo em vista a eficiência terapêutica;
c) adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;
d) acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
e) examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de substituição ou eliminação da Grade de Medicamentos Padronizados e de novas aquisições;
f) manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de Medicamentos

Padronizados, dados farmacológicos e clínicos, reações adversas, ocorrências no emprego;

g) desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;

h) emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;

i) implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;

j) recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;

k) promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;

l) registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;

m) emitir parecer de caráter técnico/científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;

n) revisar frequentemente a Padronização de Medicamentos a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;

o) estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo Corpo Clínico da Unidade;

p) formular programas de esclarecimentos ao Corpo Clínico, para conhecimento do uso de novos produtos da Unidade.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CFT estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias mensais encaminhando a Diretoria Técnica, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocado pelo seu Presidente.

Art. 6º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

a) Reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras segundas- feiras de cada mês;

b) Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);

c) Elaboração de relatórios mensais para Diretoria Técnica;

d) Reuniões semestrais com o corpo clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão (novembro e maio);

e) Aprovação e implantação da Padronização de Medicamentos da Unidade (novembro);

f) Controle mensal dos antimicrobianos utilizados na Unidade.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 10º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 13º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Diretoria Técnica da Unida e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CFT)

3.1.12. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes tem como finalidade a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, identificando os riscos do processo do trabalho, buscando soluções que possam prevenir a ocorrência de danos à saúde do trabalhador, regulamentada pela NR nº 5.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR nº 5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Art. 3º - De acordo com o perfil da Unidade e dimensionamento da NR nº 5, deverá ser composta por 04 membros efetivos e 03 suplentes.

Art. 4º - Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, no qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.
Paragrafo Único - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 5º - O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 6º - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 7º - 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.
Parágrafo Único - Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 8º - 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.

Art. 9º - Cabe aos empregados participar da eleição de seus representantes, colaborar com a gestão da CIPA, indicar à CIPA, ao SMO e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho, observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes tem a competência de:

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 SMO- Serviço de Medicina Ocupacional;
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 SMO, 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 SMO, ou ao empregador, a paralisação de equipamento 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;
k) participar, em conjunto com o SMO, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
l) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
m) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
n) promover, anualmente, em conjunto com o SMO a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
o) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 11º - Compete ao Presidente da CIPA:

a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;
b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SMO 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.

Art. 12º - Compete ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;
b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 13º - 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 SMO;
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.

Art. 14º - Ao Secretário da CIPA compete:
a) acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
b) preparar as correspondências e executar outras atribuições que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 15º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado, podendo reunir-se extraordinariamente sempre que necessário.

Art. 16º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT.

Art. 17º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:
a) Realizar a eleição na CIPA conforme dimensionamento determinado em legislação apropriada (no primeiro mês de vigência do contrato);
b) Empossar e treinar todos os membros da CIPA;
c) Realizar reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras quintas- feiras de cada mês com registro em atas;
d) Realizar anualmente a SIPAT- Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho da Unidade (setembro);
e) Identificar e mapear as áreas de risco da Unidade junto com o serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (primeiro trimestre do contrato);
f) Elaborar o Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
g) Elaborar relatórios trimestrais para Diretoria Geral (dezembro, março, junho e setembro).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 19º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 20º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 21º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Diretor Técnico)

_____

(Presidente da CIPA)

3.1.13. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – CGRSS

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A CGRSS, órgão vinculado à Diretoria Geral da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º - Compete à CGRSS:

a) Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para aprovação do Diretor Geral da Unidade e SES/GO;
b) Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
c) Estabelecer programas de metas e atividades para o Gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
d) Desenvolver juntamente com a Diretoria da Unidade a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
e) Avaliar, periódica e sistematicamente, o plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
f) Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
g) Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;
h) Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
i) Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
j) Auxiliar os diversos setores da Unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
k) Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
l) Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
m) Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) e demais normas da Unidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

a) Um representante da Diretoria Geral;
b) Um representante da Diretoria Técnica;

c) Um representante da Gerência Operacional de Enfermagem;
d) Um representante do Serviço de Higienização;
e) Um representante da CCIH.

§ 1º - Os representantes indicados serão nomeados pela Diretoria Geral da Unidade.

§ 2º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da Comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 3º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso haja desistência de qualquer membro.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a estrutura da CGRSS:

a) Presidente;
b) Vice-Presidente;
c) Secretário;
d) Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

a) Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos;
b) Tomar votos e votar;
c) Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
d) Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;
e) Representar a CGRSS ou indicar representantes;
f) Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
g) Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
h) Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
i) Indicar um ou mais Integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º - Compete ao Vice-Presidente da CGRSS: na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º - Compete ao Secretário:

a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
b) Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
c) Expedir ato de convocação, conforme indicação do Coordenador;
d) Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
e) Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
f) Auxiliar o Coordenador durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
g) Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
h) Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único - A Coordenação da CGRSS será exercida por um dos integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Diretor Geral da Unidade.

Art. 8º - Compete aos Integrantes da CGRSS:

a) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
b) Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

c) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
d) Requisitar à Secretaria, à Coordenação da Comissão de Resíduos e aos demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
e) Justificar ausência com antecedência;
f) Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
g) Propor à Coordenação medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;
h) Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Coordenador ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades assistenciais e da Direção da Unidade.

Art. 10º - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11º - A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quorum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quorum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

Art. 12º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

a) Realizar a eleição do Coordenador e demais cargos da CGRSS conforme dimensionamento determinado em legislação apropriada (no primeiro mês de vigência do contrato);

b) Empossar e treinar todos os membros da CGRSS;

c) Elaborar o PGRSS (1º mês de contrato);

d) Atuar em cooperação com os Serviços responsáveis pela implantação do PGRSS (continuamente);

e) Supervisionar a implementação do PGRSS da Unidade (mensalmente);

f) Capacitar profissionais envolvidos nas atividades de GRSS (continuamente);

g) Realizar reuniões mensais da Comissão sempre às primeiras terças- feiras de cada mês para avaliação do GRSS, com registro em atas;
h) Elaborar o Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
i) Elaborar relatórios trimestrais para Diretoria Geral (dezembro, março, junho e setembro).

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Coordenador da CGRSS e posteriormente encaminhados à Diretoria da Unidade.

Art. 14º - O presente Regimento somente poderá ser modificado por proposta da Coordenação ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes, e encaminhada para aprovação da Diretoria Geral da Unidade.

Art. 15º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretorias Geral e Técnica da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis - Goiás.

Quirinópolis, de de 2024.

_____
(Diretor Geral)

_____
(Diretor Técnico)

_____
(Presidente da CGRSS)

3.1.14. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – NQSP

O NQSP, órgão colegiado, deverá ser instituído pela Gestão da Unidade, assim como ter seus membros também por ela nomeados. Terá a função de assessoramento à Diretoria Geral no que concerne aos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. Será constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Será composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. O Núcleo contará, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, farmácia e engenharia clínicas, segurança do paciente entre outras. O NQSP deverá desenvolver atividades educativas e de supervisão, de forma contínua junto aos diversos serviços e se reunirá, no mínimo, mensalmente. Deverá também, possuir Regimento Interno próprio.

Terá como principais atribuições:

- promoção de ações para a gestão do risco no serviço de saúde; desenvolvimento de ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- estabelecimento de mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas;
- elaboração, implantação, divulgação e atualização do PSP;
- acompanhamento das ações vinculadas ao PSP;
- implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- desenvolver e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- divulgar para a direção e 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;
- notificar a autoridade sanitária sobre os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- manter sob sua guarda e disponibilizar para a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

3.2. OUTRAS COMISSÕES

3.2.1. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - Órgão colegiado, representativo do Conselho Regional de Enfermagem junto à Instituição, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de enfermagem.

Parágrafo Único - Cabe ao Gerente Operacional de Enfermagem prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A Comissão de Ética em Enfermagem tem a finalidade de orientar, conscientizar, assessorar, emitir pareceres e a averiguar fatos relacionados ao exercício ético/profissional da categoria.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem será formada por três Enfermeiros Titulares e três Enfermeiros Suplentes todos com registro e regularizados no Conselho da categoria; dois Técnicos de Enfermagem Titulares e dois Técnicos de Enfermagem Suplentes com curso de nível médio concluído e regularizados no Conselho da categoria.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem terá suas atividades disciplinadas pelo seu regimento e pelas normas ético/legais do Sistema COFEN/COREN.

Art. 4º - Os membros da Comissão serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da Policlínica.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo Único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - São competências da Comissão de Ética em Enfermagem:

- Promover a divulgação dos objetivos da Comissão de Ética da Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN;

- Assessorar a diretoria e o órgão de enfermagem da entidade, nas questões ligadas a ética profissional;
- Orientar a equipe de enfermagem sobre a necessidade de um comportamento ético/profissional e das implicações advindas de atitudes antiéticas;
- Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas de enfermagem;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas de enfermagem, sempre que necessário;
- Analisar e dar parecer sobre a questão ética de todos os projetos de pesquisas que envolvam profissionais de enfermagem;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem;
- Fiscalizar o exercício ético da profissão;
- Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;
- Fiscalizar a qualidade de atendimento dispensado a clientela pelos profissionais da enfermagem;
- Averiguar denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
- Notificar o COREN sobre as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;
- Encaminhar anualmente ao COREN, relatório das atividades desenvolvidas;
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário.

Art. 7º - Compete ao Presidente:

- Convocar, presidir e coordenar as reuniões de Comissão de Ética de Enfermagem;
- Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN, dos casos constatados como infrações éticas;
- Representar a Comissão de Ética na Instituição junto ao Conselho de Enfermagem ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Multiprofissional da Instituição.

Art. 8º - Compete ao Vice-Presidente:
Substituir o Presidente nos seus impedimentos.

Art. 9º - Compete ao Secretário:

- Registrar as atividades da Comissão;
- Prestar colaboração ao Presidente no encaminhamento de todas as decisões;
- Secretariar as reuniões, registrando-as em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos.

Art. 10º - Caberá a Gerência Operacional de Enfermagem:

- propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da Comissão;
- aprovar e fazer cumprir o regimento interno da Comissão;
- garantir o cumprimento da legislação vigente;
- fomentar a educação e o treinamento de todo o corpo de enfermagem do hospital.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º - A CEEN deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias, sempre às quartas feiras, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente sempre que necessário.

§ 1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo ¾ de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em Atas.

Art. 12º - O Cronograma de atividade anual da Comissão prevê:

- Reuniões mensais da Comissão sempre às últimas quartas feiras de cada mês;
- Elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão para o ano seguinte (dezembro);
- Elaboração de relatórios semestrais para a Gerência Operacional de Enfermagem (Dezembro e Junho);
- Reuniões semestrais com as Coordenações dos Serviços para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres da Comissão (Janeiro e Julho).

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Enfermagem imediatamente após o feito.

Art. 14º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 15º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Art. 16º - A Comissão de Ética de Enfermagem estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando a Gerência Operacional de Enfermagem do Hospital, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu Presidente.

Art. 17º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Geral, nos limites de suas atribuições.

Art. 18º - Nenhum colaborador lotado na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 19º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela Gerência Operacional de Enfermagem e Diretoria Geral da Policlínica e sua publicação.

Quirinópolis, de de 2024.

_____

(Diretor Geral)

_____

(Gerente Operacional de Enfermagem)

3.1.15. NÚCLEO INTERNO DE AGENDAMENTO – NIA

Trata-se de serviço que tem a finalidade de organizar e operacionalizar a gestão e disponibilização dos serviços da Policlínica Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis atuando em sinergia com a Regulação Estadual e com o SAMU. Funcionará 24hs em todos os dias do ano, em espaço físico destinado exclusivamente ao NIA e que disponha de linha telefônica e endereço eletrônico para contatos que se façam necessários nas 24hs. Será diretamente subordinado ao Diretor Técnico e terá a seguinte composição: um profissional Enfermeiro e um profissional Médico indicados pelo Gerente de Enfermagem e pelo Diretor Técnico, respectivamente. Trabalharão em horário administrativo e deverão organizar o mapa de serviços e vagas disponíveis a cada dia. Além disso, serão também responsáveis pelo acompanhamento das regulações efetivadas e aquelas não efetivadas, pelos agendamentos, pelos levantamentos estatísticos, pela elaboração de relatórios mensais e pelo encaminhamento destes à Diretoria da Unidade.

O NIA terá as funções de:

- Autorizar o acesso de usuários encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS), por meio da Regulação Estadual;
- Oferecer informação mensal sobre o acesso de usuários à SESGO.

3.1.16. NÚCLEO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – NVE

O NVE deverá elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para detecção de doenças de notificação compulsória (DNC), atendidas na Unidade, bem como realizar a notificação imediata para doenças que necessitam de ações de controle e investigação, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela autoridade sanitária do município e estado.

Será composto por 01 médico responsável pela notificação e investigação dos eventos adversos e por 01 enfermeiro, responsável pela busca ativa dos EAS. O NVE deverá desenvolver atividades de busca ativa e notificação de EAS de maneira contínua junto aos diversos serviços e se reunirá, mensalmente, para avaliação e planejamento de intervenções e ações a serem desenvolvidas. Possuirá Regimento Interno próprio e trabalho em estreita interação com a CCIRAS.

Seus principais objetivos são:

- ✓ vigilância epidemiológica das DNC, DANTS (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e agravos inusitados;
- ✓ elaboração de normas e rotinas técnicas e operacionais, visando a detecção, prevenção e controle dessas doenças e agravos;
- ✓ capacitação dos colaboradores, no que diz respeito a vigilância epidemiológica;
- ✓ realizar notificação e investigação de agravos inusitados à saúde e de surtos e suspeita de problema de saúde de notificação compulsória.

O NVE pode desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de acordo com as necessidades loco-regionais.

4. AÇÕES VOLTADAS PARA A QUALIDADE SUBJETIVA

4.1. ACOLHIMENTO:

4.1.1. Manual de Humanização com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares na Policlínica:

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com atendimento de caráter eletivo para diagnóstico e orientação terapêutica em 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. O agendamento do atendimento será feito pela Regulação Estadual e o encaminhamento de usuários será realizado pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião na qual a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional.

De acordo com a Rede de Humaniza SUS, o Acolhimento consiste na recepção do usuário, familiares e acompanhantes desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angustias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência, quando necessário. Este procedimento será dispensado ao usuário, de forma humanizada, desde a chegada na recepção até a saída para casa ou por referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado.

4.1.2. Proposta para implantação do Acolhimento e Atendimento dos usuários na Policlínica

O acolhimento em saúde é uma ferramenta fundamental para humanizar o atendimento, construindo relações de confiança e transparência entre funcionários e pacientes. É um instrumento para melhor organizar o fluxo de usuários que procuram atendimentos ambulatoriais especializado, gerando atendimentos resolutivos e humanizados. O Protocolo de Acolhimento será construído pela equipe multidisciplinar a partir das diretrizes e modelo preconizados pela SES/GO, imediatamente no início das atividades da Unidade.

Objetivos

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços da Unidade;
- Melhorar o acesso dos usuários aos serviços mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;
- Oferecer uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- Promover escuta qualificada do cidadão que procura os serviços da Unidade;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de ambulatório eletivo;

- Construir os fluxos de atendimento considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde;
- Garantir o acesso do usuário aos serviços e a continuidade da assistência, dentro da Rede de Atenção à Saúde;
- Definir a necessidade do paciente como norteadora de suas ações assistenciais.
- Subsidiar a construção de indicadores que permitam um mapeamento da situação epidemiológica da área de abrangência do serviço;
- Esclarecer à comunidade o modelo proposto, informando a expectativa de atendimento e o tempo de espera;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda de serviços ambulatoriais especializados.
- Promover o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.

Missão do Acolhimento com Classificação de Risco

Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de Ambulatório Especializado.

Processo de Trabalho e Boas Práticas de Acolhimento em Saúde

O acolhimento deve começar com a conscientização das equipes de saúde, incluindo o treinamento voltado à escuta qualificada. Dessa forma, os colaboradores estarão aptos a ouvir e compreender as necessidades do usuário em cada fase da assistência. O processo de trabalho contempla as seguintes etapas:

➢ **Recepção Diferenciada**

O acolhimento tem papel essencial na atenção ambulatorial onde é realizado o cadastramento do usuário e onde ele recebe os primeiros cuidados. A recepção dos serviços deve ser diferenciada, com atendimento acurado visando verificar as necessidades e pendências para com o usuário, tornando o encaminhamento fica mais assertivo.

➢ **Escuta Qualificada**

Após passar pela recepção o técnico de enfermagem e/ou o enfermeiro atende os usuários e o direciona para o profissional de saúde da equipe de referência do usuário. É importante destacar que, na falta do profissional da equipe de referência do usuário ou diante da impossibilidade de atendimento pelo mesmo, havendo a necessidade de atendimento imediato ou no dia, o profissional da outra equipe deverá atendê-lo, com o objetivo de encontrar uma solução viável.

➢ **Atribuições dos Membros das Equipes**

Assistente Administrativo/Recepção: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; realizar escuta inicial; realizar ou atualizar cadastro do paciente nos sistemas de informações vigentes; abrir atendimento no prontuário eletrônico vigente; encaminhar os usuários na unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc; não encaminhar pacientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; realizar escuta inicial; realizar a escuta qualificada, identificando a necessidade da procura pelo serviço realizando os direcionamentos necessários conforme fluxos; aferir dados vitais identificando

possíveis alterações; registrar os atendimentos, dados vitais e procedimentos realizados no sistema de informação vigente, bem como as informações coletadas na escuta qualificada e as orientações iniciais; sensibilizar e orientar continuamente o usuário sobre o fluxo do acolhimento; realizar ações educativas em sala de espera; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde; não encaminhar pacientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.

Enfermeiro: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; identificar a necessidade da procura pelo serviço realizando os atendimentos e encaminhamentos necessários conforme protocolos; verificar e avaliar os dados vitais; sensibilizar e orientar continuamente a equipe e o usuário sobre o Protocolo de Acolhimento; registrar as ações realizadas no acolhimento, a classificação atribuída a cada paciente e o encaminhamento realizado no prontuário do paciente; realizar e orientar ações educativas em sala de espera; encaminhar paciente para consulta médica ou outros pontos de atenção de forma segura, garantindo a continuidade da assistência, quando necessário; realizar atendimento de emergência em conjunto com atendimento médico, coordenando as ações da equipe de enfermagem; realizar e coordenar o acolhimento e classificação de risco, executando as ações previstas nos protocolos, conforme disposições da PNAB e COREN; realizar consulta de enfermagem, anamnese, exame físico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos previstos nos Protocolos instituídos; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Médico: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; identificar a necessidade da procura pelo serviço realizando os atendimentos e encaminhamentos necessários; verificar e avaliar os dados vitais; sensibilizar e orientar a equipe e o usuário sobre o Protocolo de Acolhimento; realizar encaminhamento para outros pontos de atendimento de forma segura garantindo a continuidade da assistência, quando necessário; realizar atendimento de emergência em conjunto com equipe de enfermagem, quando necessário; registrar os atendimentos e procedimentos realizados no sistema de informação vigente e prontuário do paciente; realizar consultas clínicas e/ou procedimentos dos pacientes agendados e dos acolhidos pela equipe de enfermagem que tenham necessidade de atendimento médico; participar da discussão de casos e elaboração da agenda de atendimentos em conjunto com a equipe, identificando a melhor forma de realizar o acolhimento à demanda espontânea.

Cirurgião Dentista: participar do acolhimento do paciente com escuta qualificada; executar a primeira avaliação odontológica com classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade do paciente; coletar as informações e sinais clínicos, bem como a identificação de necessidades de saúde bucal, realizando o registro adequado em prontuário físico e sistema de informação vigente; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidado para pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; realizar as intervenções de cuidado em saúde bucal tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências, bem como de pacientes agendados; registrar os atendimentos e procedimentos realizados no sistema de informação vigente; participar das discussões de casos em reunião de

equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Auxiliar em Saúde Bucal/Técnico em Saúde Bucal: realizar o acolhimento de pacientes agendados nos serviços de saúde bucal cordialmente; realizar identificação segura do paciente; realizar escuta inicial da queixa do paciente para identificar a necessidade da procura pelo serviço de pacientes da demanda espontânea; organizar a demanda, juntamente com orientações do cirurgião dentista; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Farmacêutico: acolher o usuário cordialmente; realizar identificação segura do paciente; informar sobre a oferta de serviços da unidade e os fluxos de atendimento; encaminhar os usuários com queixas e sem atendimento agendado para a escuta qualificada com a equipe de enfermagem; encaminhar os usuários dentro da unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc; sensibilizar e orientar continuamente os usuários sobre o fluxo do acolhimento; realizar ações educativas em sala de espera; realizar as intervenções atreladas ao cuidado farmacêutico, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, contribuindo com procedimentos e orientações referentes à assistência farmacêutica; participar das discussões de casos em reunião de equipe para avaliação e monitoramento da execução do Acolhimento da Unidade de Saúde.

Outros Profissionais: acolher o usuário cordialmente; orientar os usuários quanto ao fluxo do Acolhimento e oferta de serviços da unidade; participar de atividades educativas em sala de espera ao nível de sua qualificação; encaminhar os usuários dentro da unidade para atividades específicas: coleta de sangue, farmácia, vacina, etc; não encaminhar pacientes para outros pontos de atendimento da rede sem o conhecimento do enfermeiro ou médico da unidade de saúde.

4.2. ATENDIMENTO

4.2.1. Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação

Relacionamento com o Cliente

A Policlínica não medirá esforços para manter com seus clientes uma relação bastante estreita, baseada na consciência geral de que o contato direto gera oportunidade para estabelecer um processo sistemático de aprendizado mútuo.

Grupos de Clientes

Usuários/Pacientes: são todas as pessoas atendidas por qualquer dos serviços oferecidos pela Unidade: ambulatório, tratamento clínico e cirúrgico, diagnóstico e terapia e serviços de apoio.

Familiares/Acompanhantes/Visitantes: são os parentes e amigos dos usuários que estejam ou não acompanhando os mesmos na Unidade.

Acessibilidade e Gestão de Reclamações

Para facilitar o acesso à Unidade serão disponibilizadas várias alternativas eficazes, conforme descrito a seguir:

- Serviço de Apoio ao Usuário – SAU;
- Caixa de Sugestões;
- Entrevista de Saída – Pesquisa de Avaliação de Serviços.

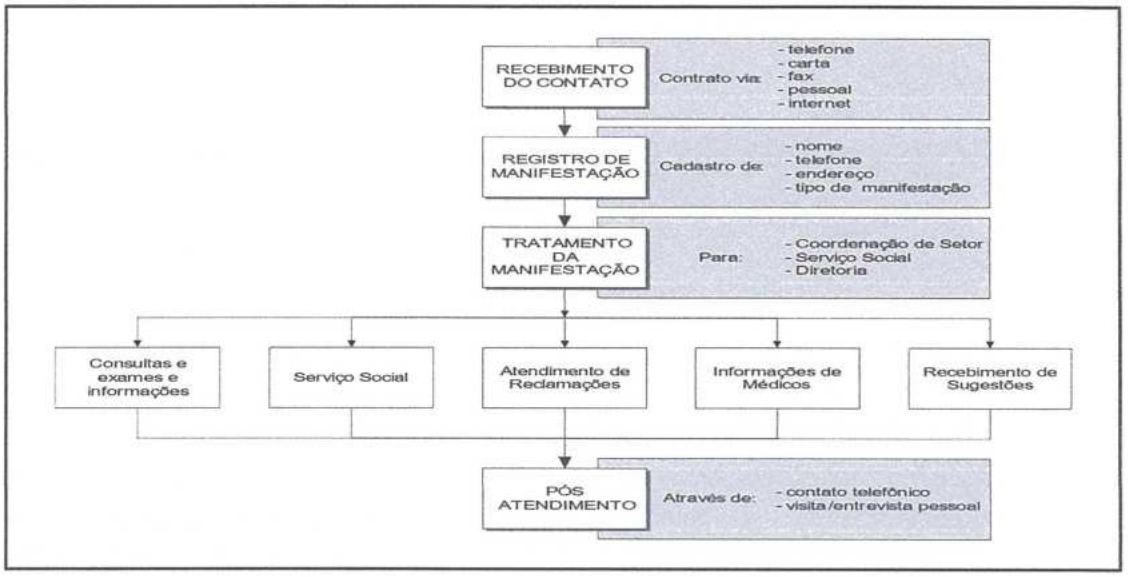
Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU/Ouvidoria:

Será implantado na Unidade o SAU com o objetivo de estabelecer um canal de comunicação entre a Instituição, usuários e funcionários, para identificar problemas e buscar soluções para as manifestações apresentadas.

Competências:

- receber críticas, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pela Unidade e encaminhar soluções;
- apurar a procedência das reclamações e denúncias apresentadas;
- fornecer informações gerais sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos serviços de atendimento;
- identificar e avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde oferecidos pela Unidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS;
- buscar a participação social, através do acompanhamento e controle dos serviços realizados;
- obter informações para o gerenciamento da Unidade;
- sugerir medidas de aperfeiçoamento das atividades da Unidade;
- realizar a mediação de situações emergenciais;
- realizar acolhimento aos usuários;
- realizar encaminhamento para resolução de problemas concretos;
- estabelecer critérios para pesquisas e divulgação de dados;
- informar sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos serviços da Unidade;
- identificar e mediar as relações conflituosas entre funcionários/funcionários e funcionários/usuários;
- acolher, mediar e resolver os problemas concretos.
- Solicitações Previstas: críticas, elogios, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pela Unidade.

O fluxo do processo do SAU está representado na figura abaixo:

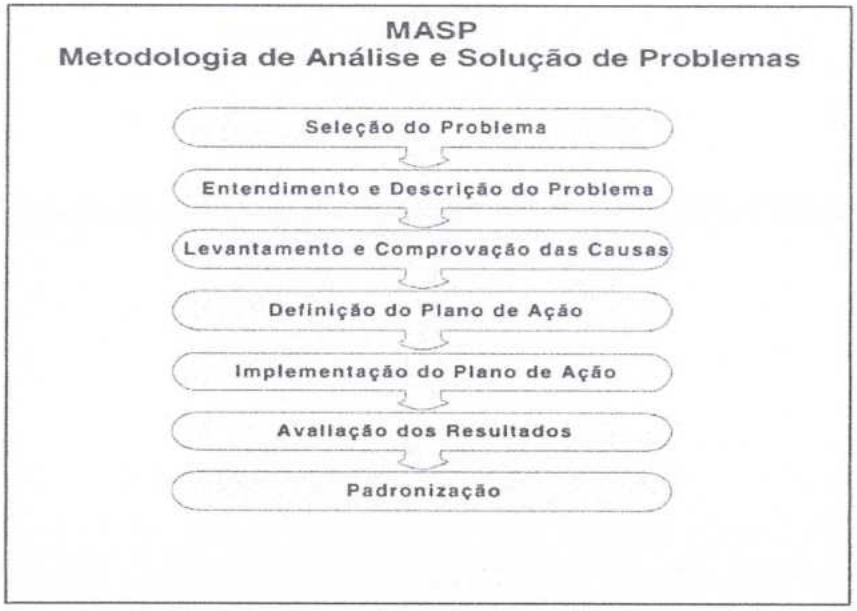


Membros do SAU:
Assistente Social (responsável pelo serviço);
Auxiliar Administrativo.

Horário de Atendimento
2ª a 6ª feira das 07:00 às 19:00 h.

Principais Atividades que serão realizadas pelo SAU:

a) Informações de Médicos: através do SAU os familiares/responsáveis dos usuários serão informados sobre o nome do Médico Assistente e dias e horários de atendimento ao familiar;
b) Agendamento de consultas e exames clínicos: através de um sistema de pré-cadastro o cliente terá acesso à escolha do horário de atendimento e marcação de consultas ambulatoriais com a máxima agilidade;
c) Serviços de Apoio: através do SAU qualquer usuário ou familiar poderá ser encaminhado aos serviços de apoio tais como: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, dentre outros, que estarão aptos a auxiliar em quaisquer problemas decorrentes da prestação de serviço da Unidade;
d) Atendimento de Reclamações: os atendentes do SAU serão treinados para fornecerem informações básicas padronizadas e dar orientações para resolução de problemas. Casos eventualmente mais graves serão encaminhados a Diretoria e Coordenação dos Serviços competentes para análise e solução utilizando a metodologia MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas descrita a seguir:



Todas as manifestações de clientes serão registradas e os tratamentos dados às reclamações, seguirão um processo formal, onde o foco será a efetiva resolução de sua causa. O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 (cinco) dias após o recebimento da mesma.

Recebimento e Tratamento de Reclamações/Críticas/Sugestões: quaisquer sugestões efetuadas por clientes serão devidamente cadastradas e encaminhadas às respectivas coordenações, que as analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente.

Localização

O SAU estará centralizado na Recepção da Unidade, tendo um Auxiliar Administrativo posicionado em Balcão de Atendimento ,conforme modelo abaixo:

MODELO DE BALCÃO DE ATENDIMENTO DO SAU



- **Instrumentos de Medição**

O Formulário de Avaliação de Serviços disponível em meio físico e/ou eletrônico será utilizado para medir o grau de satisfação dos clientes e detectar problemas percebidos por eles acerca dos serviços prestados durante atendimento. Nele estará inserido um espaço para avaliação dos serviços, com direcionamento para a valoração entre "ótimo", "bom", "regular" e "ruim" assim como, espaço para críticas, sugestões e elogios. A identificação do usuário será facultativa.

- **Metodologia**

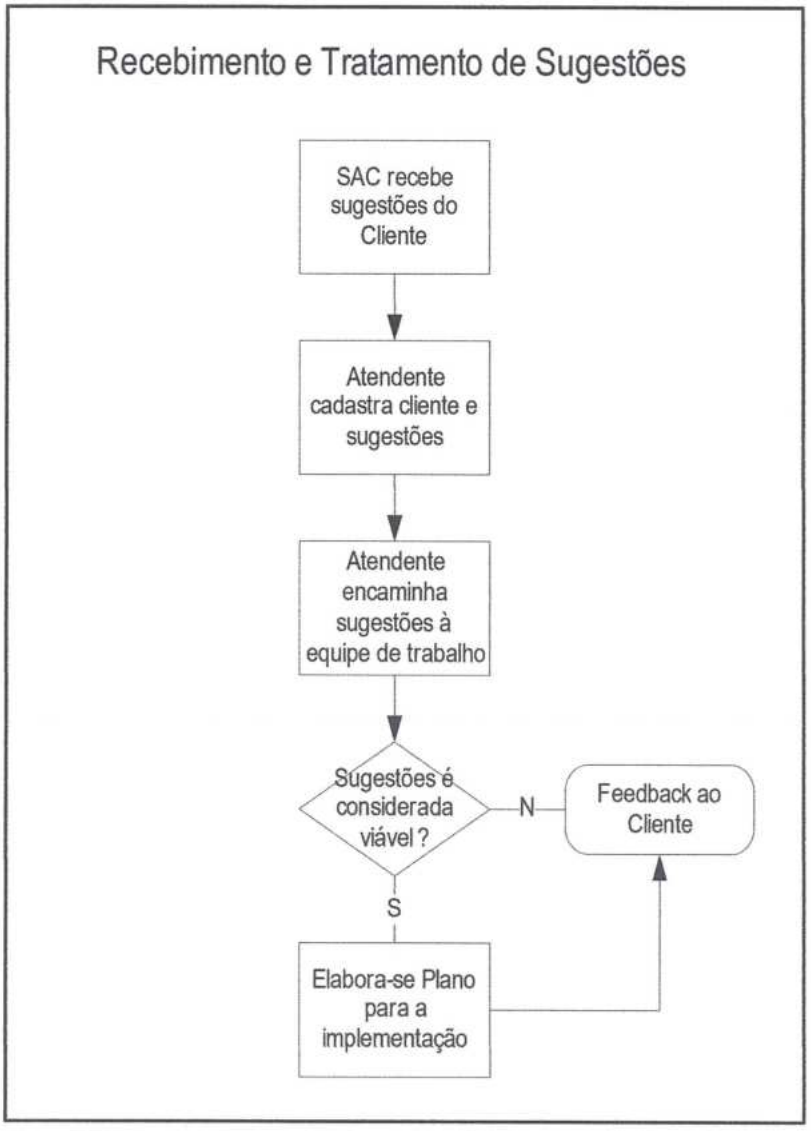
a) O formulário de Avaliação de Serviços será entregue pelo SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário/Serviço Social aos pacientes e/ou acompanhantes e/ou disponibilizado em meio eletrônico, no primeiro atendimento realizado pelo setor. Neste contato, serão passadas orientações como: a importância do preenchimento e a indicação do local para devolução do mesmo no caso de formulário fisico.
b) Serão, estrategicamente, distribuídas urnas nos setores da Unidade para o recebimento dos formulários de avaliação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Serviços Assistenciais e Serviços de Apoio Logístico e de Infraestrutura e estimulado também a avaliação on line através de e-mail enviado ao usuário;
c) Nos formulários, o cliente poderá avaliar questões tais como: grau de satisfação com o serviço utilizado, com o atendimento, com a estrutura da Unidade e fazer sugestões/comentários ou críticas que serão encaminhadas aos responsáveis para que sejam tomadas as devidas providências para correção e/ou aperfeiçoamento dos processos de atendimento.
d) O recolhimento dos formulários nas urnas e/ou verificação das pesquisas on line será realizado diariamente pelo SAU que analisará os dados e fará a tabulação dos resultados obtidos por setor, repassando as informações para a Diretoria.

- **Uso das Informações**

a) Através da análise dos resultados da pesquisa poderão ser identificados os motivos de insatisfação dos clientes, o que possibilitará ações corretivas e/ou preventivas nas suas causas e assim melhorar continuamente os serviços prestados.
b) As informações obtidas pelas avaliações de serviço, além de permitirem a identificação do nível de satisfação do cliente, servirão também para guiar ações de promoção de melhorias no atendimento, qualificação e especialmente aumentar o grau de satisfação do cliente.
c) Quaisquer sugestões efetuadas por clientes serão devidamente cadastrados e encaminhados às respectivas coordenações, que analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente. O fluxo que rege o recebimento de sugestões está demonstrado a seguir:

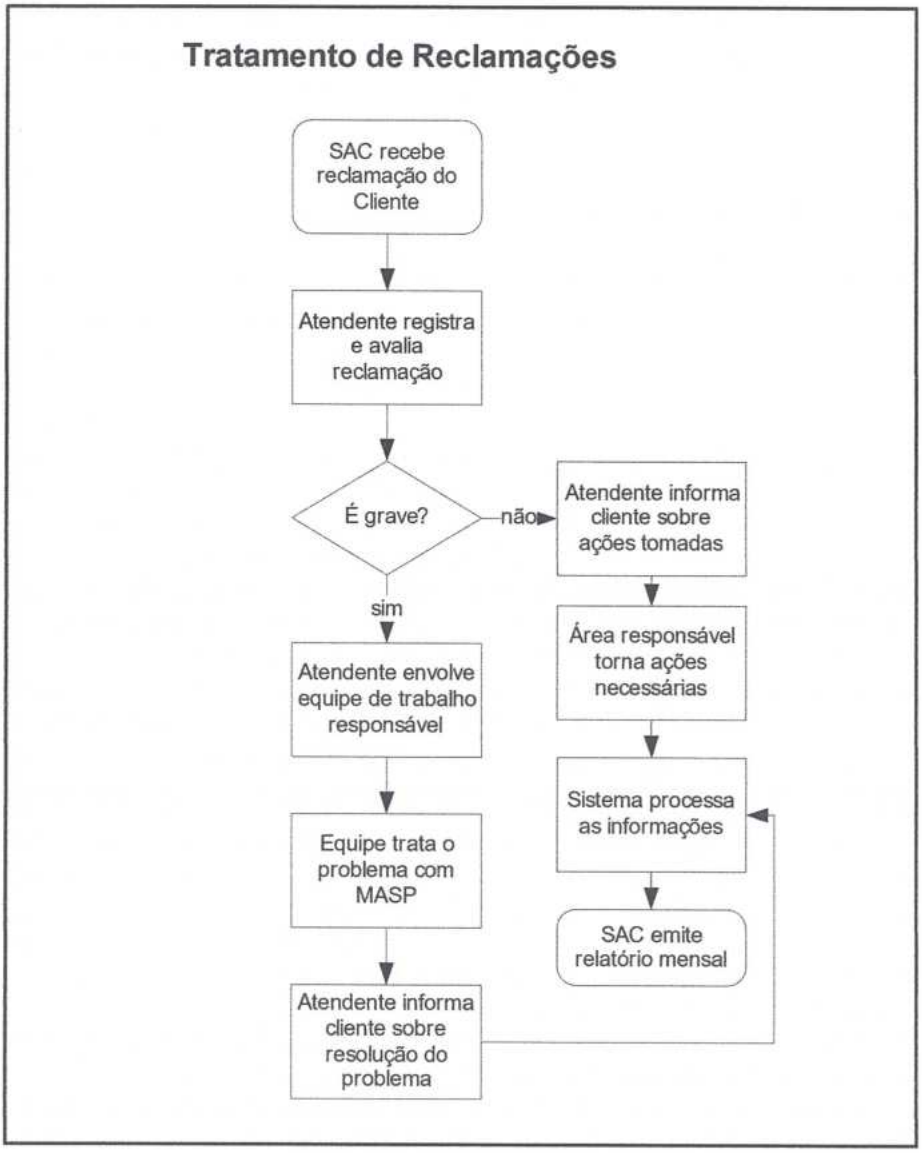
O SAU encaminhará mensalmente à Gestão da Unidade o resultado da pesquisa de avaliação de serviço do mês anterior e diariamente as reclamações registradas para devidas tratativas pela área e retorno ao Usuário e trimestralmente encaminhará gráficos comparativos com o resultado da pesquisa, por área, à Gestão da Unidade e Coordenações de Serviços. O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 dias após o recebimento da mesma.

O fluxo do processo esta demostrado abaixo.



Os processos de recebimento, de registro, de tratamento e solução das reclamações de clientes estão demonstrados no fluxo a seguir:

Tratamento de Reclamações



4.2.2. Proposta de Formas de Acolhimento para os Usuários/Acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores:

O Acolhimento é o primeiro passo para um atendimento de qualidade e humanizado. Por tratar-se do primeiro contato do cliente com a Policlínica é imperativo que a sua recepção seja feita de forma amigável, atenciosa e que inspire confiança e segurança, assim como exista a plena disponibilidade para que as suas necessidades sejam escutadas e compreendidas como preconiza o Protocolo de ACCR. Considerando que:

- O atendimento humanizado é fundamental para garantir a satisfação do paciente;
- O usuário/acompanhante deve ser o centro do cuidado e ter respeitada a sua dignidade, valores e necessidades individuais;
- O entendimento de suas preocupações e o respeito à privacidade e confidencialidade promovem a empatia;
- Explicar procedimentos, diagnóstico e tratamentos de forma clara e compreensível promove uma comunicação clara e eficiente além de prevenir mal entendidos, reduzir a ansiedade e melhorar a adesão ao tratamento;
- O usuário/acompanhante em atendimento fora de seu domicílio desfruta de condição de desconforto por estar em ambiente diverso daquele habitual.

Entendemos que a construção de uma cultura organizacional que valorize a satisfação do cliente e ofereça conforto, apoio e confiança é essencial para o sucesso na prestação da assistência à sua saúde. Para tanto propomos:

1. Criação de um ambiente de trabalho onde todos, desde a recepção até a equipe assistencial, estejam alinhados com o objetivo de proporcionar um atendimento de excelência;
2. Incentivar a colaboração entre equipes e reconhecer as suas boas práticas;
3. Manter canal aberto para sugestões e melhorias através do SAU/Ouvidoria;
4. Oferecer capacitação contínua aos profissionais através de treinamentos regulares sobre atendimento humanizado e técnicas de comunicação;
5. Garantir que os profissionais sejam atualizados sobre as melhores práticas e inovações no setor de saúde, aumentando a eficiência e a eficácia do atendimento;
6. Cumprir o agendamento do usuário para consultas, procedimentos e exames, tornando-os o mais resolutivo possível;
7. Organizar os fluxos internos de atendimento de forma a favorecer um atendimento pontual;
8. Oferecer assistência psicossocial aos casos identificados como necessários;
9. Disponibilizar aos usuários relatórios, laudos e resultados de exames;
10. Garantir contra referência aos casos que necessitem, através do Serviço Social e NIA;
11. Oferecer aos acompanhantes ambiente organizado, arejado e higienizado para descanso em poltronas durante o período de espera do atendimento;
12. Garantir a participação do usuário/acompanhante nas atividades de educação para a saúde a serem desenvolvidas nas salas de espera da Policlínica, assim como nos Projetos Assistenciais/Sociais a serem implantados, considerando o interesse e o perfil deles.

4.1.4. Plano/Projeto para Implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

A Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis está programada para o atendimento ambulatorial especializado, no entanto, os usuários não terão atendimento sequencial programado de rotina, 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). Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado será considerado o risco e o agravo do quadro clínico do usuário para definir o encaminhamento para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

Com vistas à integração e retaguarda com as equipes de saúde da Rede de Atenção Primária, a Policlínica utilizará o matriciamento das equipes de Atenção Primária e a telemedicina como estratégia para auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões desses profissionais além de contribuir para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde.

Os serviços de telemedicina disponíveis são: teleconsulta, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento da equipe da Atenção Primária, teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação, dentre outros serviços que a telessaúde permite.

5. QUALIDADE TÉCNICA

5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

5.1.1. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 200 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.2. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

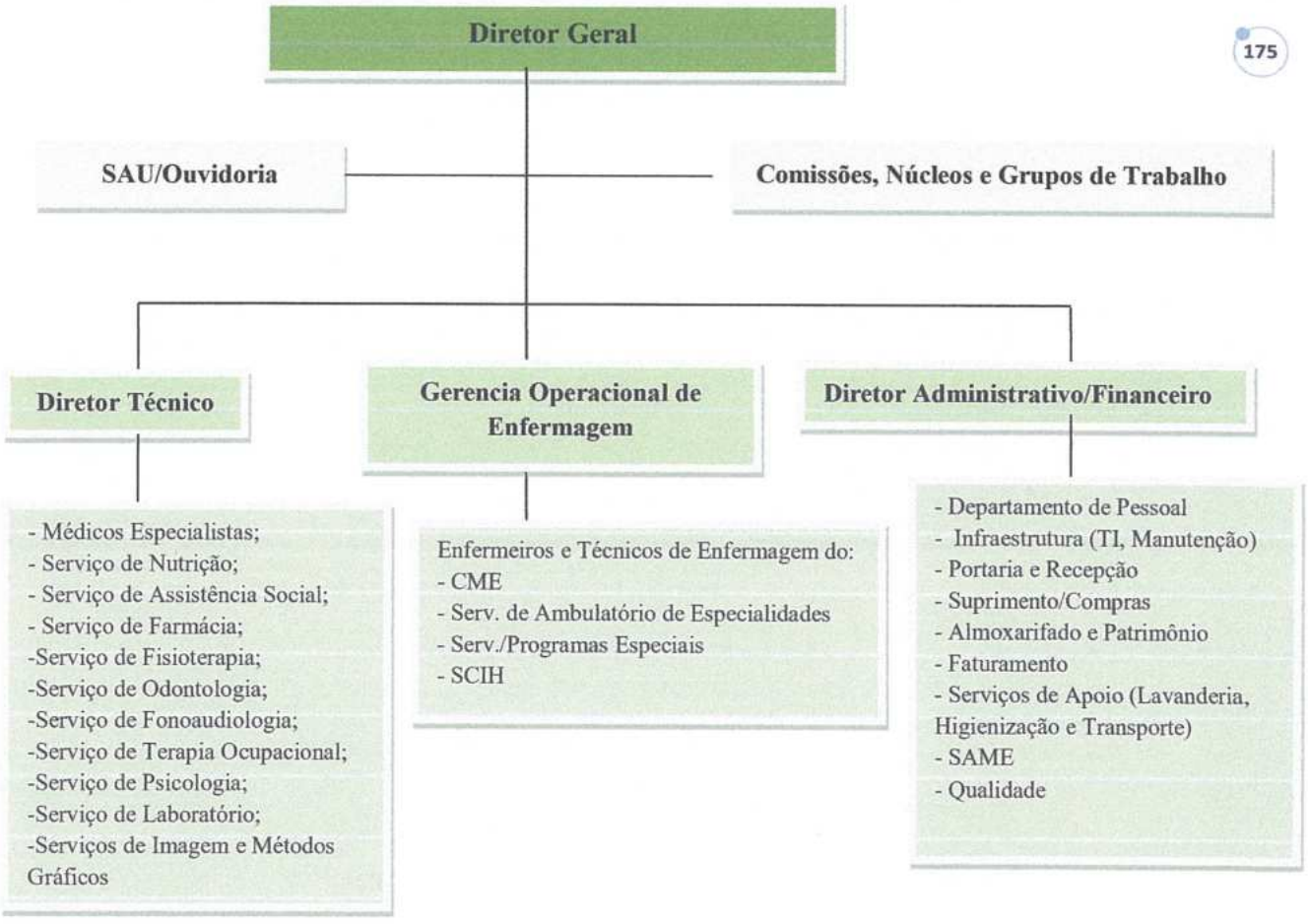
5.1.3. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos. (*) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.1.5. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade, com anuência posterior da SES/GO - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2. ESTRUTURA DA GESTÃO

5.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo. corpo diretivo



*As Comissões, Núcleos e Grupos de Trabalho terão a função de assessoramento à Diretoria Geral.

À Diretoria Geral compete:

- Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras;
- Zelar pela observância princípios éticos profissionais das atividades desenvolvidas sob sua orientação;
- Constituir Comissões Permanentes e Transitórias para estudo de problemas médicos, técnicos e administrativos;
- Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas e receitas, e investimentos, bem como controlar a execução do orçamento aprovado;
- Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;

- Elaborar programas de conferências e cursos, visando o aperfeiçoamento técnico-científico das atividades médicas, técnicas e administrativas;
- Firmar contratos e convênios com prestadores de serviços quando necessário;
- Desenvolver programas de esclarecimento ao público sobre as funções da Unidade e de orientação dos funcionários/servidores em suas relações com o público;
- Difundir as atividades médico-científicas da Unidade;
- Apresentar mensalmente a SES/GO os relatórios sobre o desenvolvimento das atividades médicas, técnicas e administrativas do hospital – RIH, conforme determinado em contrato de prestação de serviços.

À Diretoria Técnica compete:
- Desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas da Organização;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista técnico e científico todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento Interno e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades das Unidades integrantes;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Gerenciar o corpo de funcionários das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral e para os Conselhos da Instituição.

À Diretoria Administrativo/Financeira compete:
- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas, financeiras e de operações da Unidade;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades dos serviços integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo e financeiro todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento da unidade e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral.

À Gerencia Operacional de Enfermagem compete:
- Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;

- Assistir ao paciente integralmente, atendendo-o em suas dimensões biológica, psicológica e emocional, objetivando a sua mais breve recuperação e sua reintegração social;
- Promover continuamente a excelência da qualidade assistencial, estimulando a equipe ao constante desenvolvimento técnico-científico, oferecendo condições que viabilizem o crescimento integral de seu potencial, idade, pessoal e profissional;
- Propiciar ambiente harmonioso e produtivo que estimule o desenvolvimento do trabalho interativo em equipe, garantindo a harmonia de objetivos e metas e o comprometimento de todos na condução do sucesso;
- Realizar e colaborar com os estudos e pesquisas desenvolvidas por profissionais desta e de outras áreas, disponibilizando contribuições, conhecimentos e auxiliando-os em suas necessidades;
- Prestar colaboração e atender sempre que necessário às solicitações dos serviços públicos ou privados de assistência à saúde;
- Colaborar com as instituições educacionais na área de Enfermagem e outras congêneres na formação de profissionais, viabilizando acesso ao desenvolvimento de estágio em campo de trabalho, firmando compromisso com comunidade, em atendimento ao seu papel quanto à responsabilidade social e cidadania;
- Participar através de setor de competência do processo seletivo de profissional para a Equipe de Enfermagem, através de planejamento e ações conjuntas com o departamento responsável pelo recrutamento e seleção de pessoal;
- Colaborar continuamente com os Sistemas de Gestão vigentes e demais serviços para a melhoria na aplicação de métodos, práticas, otimização dos desempenhos técnicos, administrativos e no alcance de melhores resultados;
- Manter o trabalho norteado pelos preceitos e orientações contidas no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

PERFIL DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	C.H.
Diretor Geral	Superior em Administração c/ Especialização	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência na área, conhecimento das práticas administrativas e legislações vigentes.	Responsabilidade, Administração de conflitos, Autocontrole Responsabilidade	40 h
Diretor Médico	Superior em Medicina	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência em cargo de Direção, conhecimento das práticas administrativas e legislações vigentes.	Liderança e capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Maturidade Psicossocial e autocontrole Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento de indicadores de área	40 h
Diretor Administrativo/ Financeiro	Superior em Administração	Cursos de especialização na área, preferencialmente em Gestão Hospitalar. Experiência de Direção na área Administrativo/Financeira. Conhecimento em informática.	Liderança Bom senso e autocontrole Responsabilidade Administração de conflitos Segurança	40 h
Gerente Operacional de Enfermagem	Superior em Enfermagem	Cursos de Especialização em Administração Hospitalar ou Saúde Coletiva. Experiência como gestor. Conhecimento de planejamento estratégico, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar	40 h

5.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência. (***) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.2.3. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento. (Policlínicas/AME/clínicas especializadas, etc). (*****) - a documentação comprobatória encontra-se na PASTA IV, ANEXO I, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS – GOIÁS

PROPOSTA DE TRABALHO

PASTA III

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202400010033097
Chamamento Público nº 09/2024

5.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

5.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO, NÃO MÉDICO E TÉCNICO POR ÁREA DE ATENÇÃO/ATIVIDADE:

5.3.1.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário – a **Planilha de Pessoal Médico** encontra-se na PASTA IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.3.1.2. Apresentação de quadro de pessoal não médico e técnico por área de atenção e de atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário – a **Planilha de Pessoal não Médico e Técnico** encontra-se na PASTA IV, ANEXO II, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.3.2. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada

Os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Corpo Clínico nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo à passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas condutas e tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do IGA com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços da Policliníca Estadual da Região Sudoeste – Quirinópolis no primeiro trimestre de vigência do contrato.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS: AMBULATÓRIO

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 001**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: MÉDICO		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: 1ª Consulta Ambulatorial	
OBJETIVO	Atender o paciente verificando hipótese diagnóstica e procedendo a investigação pertinente.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Consultório Médico
QUANDO	2ª a 6ª úteis, das 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras • Prontuário médico • Receituário
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Realizar o registro do atendimento englobando motivo da consulta, história médica atual, interrogatório sistemático, antecedentes médicos, antecedentes familiares, história social e da personalidade, exame físico; • Realizar o exame físico do paciente; • Estabelecer a suspeita diagnóstica; • Solicitar os exames laboratoriais, radiológicos, etc., necessários à investigação da suspeita diagnóstica; • Programar consulta subsequente, se for o caso; • Registrar na ficha de atendimento do paciente todos os dados da consulta
CUIDADOS	• Adequar linguagem médica à linguagem local; • Registrar os exames solicitados no prontuário; • Checar se há registro de atendimento anterior bem com existência de exames recentes realizados; • Orientar o paciente quanto à suspeita diagnóstica, condutas e tratamentos a serem prescritos e prognóstico.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 002**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: Consulta Subsequente em Ambulatório	
OBJETIVO	Reavaliar o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Consultório Médico
QUANDO	2ª a 6ª úteis, das 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras • Prontuário médico • Receituário •
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente; • Encaminhar se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento de doenças associadas, fornecendo relatório médico; • Programar o retorno para acompanhamento.
CUIDADOS	• Adequar linguagem médica à linguagem local; • Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente • Prescrever sempre que possível os medicamentos genéricos.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 003**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: MÉDICO		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: Interconsulta em Ambulatório			
OBJETIVO	Emitir parecer para o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.		
QUEM	Equipe Médica		
ONDE	Consultório Médico		
QUANDO	2ª a 6ª úteis, das 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras • Prontuário médico Receituário		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente; • Encaminhar se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento de doenças associadas, fornecendo relatório médico; • Programar o retorno para acompanhamento.		
CUIDADOS	• Adequar linguagem médica à linguagem local; • Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente; • Prescrever sempre que possível os medicamentos genéricos.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 004**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: Assistência Ambulatorial Especializada a Portadores de HIV/Aids e Hepatites Virais

OBJETIVO	Prestar atendimento ambulatorial integral e de qualidade com a finalidade de oferecer assistência clínica e terapêutica, bem como fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Consultório Médico
QUANDO	2ª a 6ª úteis, das 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Prontuário médico • Fármacos utilizados no protocolo de acompanhamento.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Acolher o paciente. • Informar o paciente sobre procedimentos a serem realizados. • Prescrever medicamentos e soluções previstas. • Solicitar realização de exames laboratoriais e por imagem previstos. • Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia • Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares • Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual • Registrar no prontuário o atendimento realizado.
CUIDADOS	Encaminhar o paciente para interconsulta com médico psiquiatra e acompanhamento pela Equipe Multiprofissional.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 005**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: Abordagem Médica na Terapia Renal Substitutiva - TRS

OBJETIVO	Retardar a progressão da doença renal.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Clínica de Serviços Dialíticos
QUANDO	2ª a sábado úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Instalações físicas, equipamentos, soluções e medicamentos específicos e adequados;
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Orientar o paciente e/ou familiares e acompanhantes sobre o tratamento a ser realizado; • Antes do inídio da TRS solicitar que o paciente e/ou familiar e acompanhante assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário. • Colher a história familiar para DRC; • Avaliar sinais e sintomas através de anamneses; • Investigar os fatores de risco para DRC e doenças associadas; • Avaliar o uso de agentes farmacológicos com potencial nefrotóxico; • Realizar exame físico direcionado para: PA, peso, altura (IMC), ausculta cardíaca e pulmonar e edema de membros inferiors; • Avaliar condições de perfusão da fistula arteriovenosa; • No caso não inviabilidade da fistula existente ou inexistência de fistula, encaminhar para o serviço de cirurgia vascular para sua confecção de fistula; No caso de intercorrências durante a sessão de hemodiálise que necessitem suporte hospitalar, prestar o primeiro atendimento e solicitar transferência para Unidade de referência da região através do NIA e acionamento do SAMU para suporte e transporte.
CUIDADOS	• Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós a sessão

186

	de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano; • Quando houver elevação de TGP deve-se solicitar: AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV; • A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados; • Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos. • Controlar: glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida; • Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado; • Recomendar atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância; • Recomendar abandono do tabagismo; • Corrigir as doses de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a modalidade de diálise; • Encaminhar ao Nutricionista para orientação quanto à adequação da ingesta de proteínas de acordo com o estado nutricional, avaliação da hiperfosfatemia e da adequação da diálise.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 006**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: ABORDAGEM DO PACIENTE EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PCR

OBJETIVO	• Manter o paciente ventilado e com sistema circulatório ativo • Determinar a causa da PCR.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes; • Carro de Eemrgência complete e revisado.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	ABC Primário • Manobras manuais para abertura de vias aéreas superiores com controle da coluna cervical. • Ventilação com máscara (oxigênio suplementar – 5l/min). • Compressões Torácicas (massagem cardíaca externa). • Procurar Fibrilação Ventricular e desfibrilar. • Manter temperatura Corporal. ABC Secundário • Intubação orotraqueal. • Ventilação via cânula orotraqueal com oxigênio a 100%. • Acesso venoso (gelco n.16) e drogas (aminas vasoativas). • Diagnóstico diferencial (e tratamento).
CUIDADOS	• Monitorizar o paciente com cardioscopia e oximetria de pulso • Hemogasometria arterial. • Corrigir possíveis distúrbios com base nos resultados da hemogasometria. • A depender do ritmo, seguir para os protocolos específicos. • Encaminhar o paciente para atendimento em Serviço de Urgência/EmergÊncia de referência através do SAMU.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 007**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: MÉDICO		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Abordagem na Crise Convulsiva

OBJETIVO	• Proteger o paciente de trauma. • Reverter o quadro convulsivo. •
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, glicosímetro, estetoscópio, tensiômetro, respirador, aparelho de eltrocardiograma) material para curativo, material para intubação.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Afastar objetos que possamferir a vítima • Não conter ou tentar introduzir objetos em sua boca • Se a crise cessar espontaneamente: • ABC • Acesso venoso com Gelco N.20 • O2 sob cateter nasal a 5 lits/min • Manuseio de vias aéreas (Avaliar necessidade de intubação se inconsciência com hipoventilação) • Realizar glicemia capilar – Se glicemia <50mg – Glicose a 50%, 50ml IV • Se a crise não cessa • ABC • Acesso venoso com Gelco N.20 • Manuseio de vias aéreas • Diazepam 5mg IV até 20mg • Se necessário Intubar e assistir ventilação • Hidantal 20mg/kg IV em SF a 0,9% - 50mg/min.
CUIDADOS	• Considerar hidantalização nas crises que cessam espontaneamente – 20mg/kg em SF a 0,9% durante 30min. • Nas crises que não cessam pode-se repetir 2a dose de ataque de hidantal se necessário. • Evitar o uso de tiopental.

	• Ao estabilizar o quadro, contactar com neurologista • Solicitar Ht/Hb, glicemia, Ur, Cr, eletrólitos, ECG • Nas crises que não cessam espontaneamente, considerar: fenobarbital 10mg/kg IV – infundir 50mg/min, podendo ser repetido. • Se persistir, pentobarbital 5mg/kg IV lento.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 008**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: Prescrição e Evolução Médica

OBJETIVO	Registrar no prontuário prescrição e evolução médicas diárias de forma legível e sistemática.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médicas, impressos, balança e materiais médicos afins • Padronização de Medicamentos da Unidade
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Examinar o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo. • Analisar gráficos de TRP, balanço hídrico e ocorrências de enfermagem. • Preencher devidamente a evolução médica, com nome completo do paciente, registro, data, horário e unidade de internação e dados do estado de saúde do paciente. • Escrever no prontuário médico os principais achados pertinentes ao caso. • Solicitar exames, quando necessário. • Preencher a prescrição médica em duas vias, disponibilizando à enfermagem até as 10:00 horas, diariamente.
CUIDADOS	• Assinar e carimbar a prescrição médica. • Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos da Unidade, antes de prescrevê-lo. • Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico •
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

191

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANCA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 009**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	
PROCEDIMENTO: Solicitação de Inter-Consulta			
OBJETIVO	Obter consulta com especialista.		
QUEM	Equipe Médica		
ONDE	Ambulatório de Especialidades		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Prontuário médico, receituário.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando os respectivos motivos. • Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva equipe. • Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta. • Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.		
CUIDADOS	• Checar a existência da especialidade médica da Unidade. • Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário. • Caso a especialidade médica não esteja disponível no Hospital, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para marcação.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANCA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 010**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	
PROCEDIMENTO: Referenciamento/Transferência de Paciente			
OBJETIVO	Referanciar/transferir o paciente para outra unidade da Rede Assistencial		
QUEM	Equipe Médica		
ONDE	Ambulatório de Especialidades		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Prontuário médico, relatório de transferência		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Encaminhar solicitação ao NIA. • Informar o paciente e/ou familiares sobre seu referenciamento. • Registrar no prontuário indicação de referenciamento/transferência. • Preencher relatório de referenciamento constando resumo da história e exame na admissão e registro de todos os exames realizados. • Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto. • Avisar ao Serviço Social a necessidade do referenciamento/transferência e as providências tomadas.		
CUIDADOS	• Certificar-se junto a equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos medicamentos. • Registrar no prontuário e relatório de referenciamento/transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 011**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: Assistência ao Pré Natal de Alto Risco

OBJETIVO	Atender e acompanhar as gestantes fazendo a classificação de risco da gestação e proporcionando o desenvolvimento de uma gestação saudável.
QUEM	Equipe Médica
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras • Prontuário médico • Receituário
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	Algumas ações devem nortear a conduta do profissional da atenção básica: Acolher a usuária no Ambulatório; • Realizar o teste rápido de gravidez; • Cadastrar todas as gestantes no SISPRENATAL, com garantia de recursos da Rede Cegonha até a 12ª semana de gestação; • Disponibilizar o cartão da gestante e preenchê-lo adequadamente em todas as consultas, garantindo a qualidade da informação; • Realizar classificação do risco gestacional a cada consulta, garantindo encaminhamento ao pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com o serviço de referência; • Realizar a 1ª consulta, preferencialmente, até 120 dias de gestação; • Solicitar os exames de rotina de acordo com a rotina, garantindo o resultado em tempo oportuno e tratamento, se necessário; • Realizar teste rápido de HIV e Sífilis de acordo com as diretrizes do programa DST/Aids, de forma segura, garantindo o sigilo; • Garantir o tratamento de HIV e Sífilis em unidade referenciada; • Sensibilizar o pai para participação do acompanhamento de pré-natal, parto e nascimento (Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005 – direito à presença do

	acompanhante); • Realizar ações educativas direcionadas às gestantes e familiares, incluindo visitas à unidade de referência para o parto (Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 - direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no SUS); • Ofertar as vacinas preconizadas pelo PNI para as gestantes (dT, Hepatite B e Influenza, nos períodos de campanha); • Garantir o agendamento e a realização de consultas subsequentes, de pré-natal, intercalando o atendimento entre médico e enfermeiro; • Encaminhar para unidade de referência para consulta odontológica para todas as gestantes; • Garantir o agendamento e a realização de consultas especializadas para as gestantes, quando necessário; • Proceder ao acolhimento das intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco (conforme AIDPI neonatal) e vulnerabilidade; Realizar acompanhamento integrado às gestantes usuárias de álcool e outras drogas e em sofrimento psíquico.

CUIDADOS

É indispensável que a avaliação de risco seja permanente, acontecendo em toda consulta. Devem ser encaminhados para o pré-natal de alto risco, os casos de:

Fatores Relacionados às Condições Prévias: Cardiopatias; Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica); Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantadas); Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); Doenças neurológicas (como epilepsia); Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); Alterações genéticas maternas; Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Hanseníase; Tuberculose; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores Relacionados à História Reprodutiva Anterior: morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida. História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome Hellp, eclampsia, internação da mãe em UTI); Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade.

Fatores Relacionados à Gravidez Atual: restrição do crescimento intrauterino; Polidrâmnio ou oligodrâmnio; Gemelaridade; Malformações fetais ou arritmia fetal; Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso como medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica. Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser, inicialmente, encaminhada ao hospital de referência, para avaliação); Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; Evidência laboratorial de proteinúria; Diabetes mellitus gestacional; Desnutrição materna severa; Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional); NIC III (nestes casos, devese encaminhar a gestante ao oncologista); Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BIRADS III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); Adolescentes com fatores de risco psicossocial. Fonte: (BRASIL, 2012).

PRIMEIRA CONSULTA

- Cadastro da gestante no SISPRENATAL Web;
- Preenchimento do prontuário e do Cartão da Gestante;
- Anamnese;
- Exame Físico;
- Solicitação de exames complementares e realização de teste rápido de HIV/Sífilis;
- Orientações gerais;
- Anotar a idade gestacional e a data provável do parto;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal;
- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Solicitação de novos exames complementares, de acordo com o trimestre

Controles Maternos:

- Anotar a idade gestacional e a data provável do parto;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal;
- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Solicitação de novos exames complementares, de acordo com o trimestre.

Controle fetal:

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Registro de movimentos fetais;

Condutas:

- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, conforme indicação;
- Orientação alimentar;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos, ressaltando a importância do preparo das mamas para o aleitamento materno;
- Agendamento das consultas subsequentes.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha pré-natal;

- Anamnese atual sucinta;
- Avaliação dos exames solicitados nas consultas anteriores;
- Acompanhamento do esquema vacinal;
- Supervisão dos tratamentos estabelecidos.

Interpretação dos Exames Laboratorias e Condutas

- Tipagem Sanguínea
- Fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido: solicitar teste de Coombs indireto. Se negativo, repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24° semana. Se positivo, encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco. Teste rápido para Sífilis
- Se TR positivo, colete amostra sanguínea para a realização do VDRL e teste parceiros sexuais. Se TR negativo realize sorologia no 3° trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. Sorologia para Sífilis (VDRL)
- VDRL negativo: Anotar no cartão, informar a gestante, orientar para o uso de preservativo. Repetir o exame em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, devido aos riscos de infecção/reinfecção.
- VDRL positivo: Solicitar o exame do parceiro e o teste confirmatório (FTA-ABS ou MHATP). Se o teste for "não reagente" descartar a hipótese de sífilis, considerando reação cruzada pela gravidez e outras doenças. Se o teste for "reagente" confirma o diagnóstico de sífilis, devendo ser instituído o tratamento e acompanhamento.
- Na impossibilidade de realizar teste confirmatório, se a história passada de tratamento não puder ser resgatada deve-se considerar resultado positivo em qualquer titulação como sífilis em atividade, e iniciar o tratamento na mulher e seu (s) parceiro(s) sexual (ais). Urina Tipo I e Urocultura
- Proteínas: Se apresentar "traços": repetir o exame em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto-risco. Assim como, se apresentar "traços" com hipertensão e/ou edema ou ainda, se apresentar proteinúria "maciça": referir ao pré-natal de alto risco.
- Bacteriúria/leucocitúria/piúria ou cultura positiva (maior 105 col/ml): avaliar e tratar a gestante para ITU empiricamente, até resultado do antibiograma.
- Solicitar Exame de Urina tipo I após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste de medicação com resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.
- Hematúria: se for piúria associada, considerar ITU e proceder da mesma forma como foi apresentado acima. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
- Cilindrúria: referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- Outros elementos: não necessita de cuidados especiais. Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito
- Hemoglobina maior igual à 11g/dl: Ausência de anemia, mantendo suplementação de 40mg/dia de ferro elementar e 5mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana. Recomenda-se a ingestão, uma hora antes das refeições.
- Hemoglobina 8g/dl: Anemia leve a moderada.Solicitar parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240mg de ferro elementar/dia); três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das refeições. Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (60mg ao dia). Repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

- HemoglobinaSorologia para Hepatite B (HBsAg)
- Se o HBsAg for positivo, realize aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatite. Se HBsAg negativo, realize aconse- lhamento pós-teste e vacinação da gestante, caso não tenha sido vacinada. Repetir a sorologia no 3º trimestre. Sorologia para Toxoplasmose
- É feita a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positivo, é considerada doença ativa e o tratamento deverá ser instituído e encaminhado para serviço de referência (Centro de Saúde Anita Garibaldi). Vacinação na gestação.

Condutas:
• As vacinas indicadas na gestação são a dupla tipo adulto (dT contra a difteria e tétano), Hepatite B e Influenza (períodos de campanha), para todas as mulheres que não tem vacinação prévia ou tem esquema vacinal incompleto. Esquemas da Vacinação dT
• Sem nenhuma dose: Iniciar o esquema, independente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, de 30 dias;
• Menos de três doses: Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, de 30 dias;
• Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos: não é necessário vacinar;
• Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos: uma dose de reforço. Esquema da vacinação contra Hepatite B
• Sem nenhuma dose: iniciar o esquema após o primeiro trimestre de gestação, sendo de três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.
• Esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema.
• Esquema completo: não se deve vacinar. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso. Vacinação contra Influenza
• Gestantes em qualquer período gestacional: dose única, durante a Campanha anual contra a influenza.
• Em caso de necessidade de outras vacinas, deve-se verificar o Manual do Programa Nacional de Humanização (PNI). NOTIFICAÇÃO CONPULSÓRIA Nos casos de HIV e Sífilis, em gestante, toxoplasmose adquirida na gestação e outras doenças de notificação compulsória presentes neste período, devem ser notificadas de acordo com a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.
Tratamento da Anemia:
• Iniciar tratamento na 20º semana de gestação
• 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg) = 40mg de ferro elementar hb entre 8-11g/dl anemia leve-moderada hb < 8g/dl anemia grave
• Solicitar parasitológico de fezes
• Tratar anemia com 120-200mg de ferro elementar/dia
• 5 drágeas de dulfato ferroso de 40mg via oral
• Repetir dosagem de hb entre 30–60 dias se atingir hb=11g/dl
• Fazer dose suplementação com 1 drágea 40mg de ferro elementar
• Repetir dosagem no 3o semestre se hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, referir ao pré-natal de alto risco referir gestante ao pré-natal de alto risco.
Prevenção de Pré Eclampsia/Ecamplansia
A prevenção primária efetiva para o desenvolvimento da pré eclâmpsia/eclâmpsia não representa uma realidade. Ainda assim, a OMS, priorizando a estratégia de evidências científicas com força de recomendação, apresenta a viabilidade das intervenções listadas abaixo:
Em áreas onde a ingesta dietética de cálcio é baixa, a suplementação de cálcio durante a gravidez, na dose de 1,5-2,0 g/dia, é recomendada para a prevenção da

pré-eclâmpsia em todas as mulheres, especialmente, naquelas de alto risco para desenvolvimento da doença.
Baixas doses do ácido acetilsalicílico (aspirina-75mg) são recomendadas para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres de alto risco para o desenvolvimento dessa condição clínica.
O sulfato de magnésio é recomendado para a prevenção da eclâmpsia, em mulheres com pré eclâmpsia grave, em preferência aos outros anticonvulsivantes.
A orientação para que o consumo excessivo de sal na dieta seja evitado deve constar como recomendação geral para uma prática dietética saudável. Entretanto, a restrição dietética de sal, na gravidez, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e suas complicações não é recomendado.
A suplementação dietética das vitaminas C, D e E, durante a gravidez, não é recomendada para prevenir o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e suas complicações.
O uso de diuréticos, particularmente os tiazídicos, não é recomendado como estratégia para prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.

Manejo Ambulatorial

Recomenda-se o manejo clínico ambulatorial para as formas de pré eclâmpsia leve e hipertensão arterial crônica com pré eclâmpsia leve superajuntada. Os serviços de saúde devem viabilizar o agendamento mais frequente para essas gestantes, recomendando-se o acompanhamento quinzenal ou mais frequente, se necessário.
A orientação para o repouso das atividades profissionais e afazeres domésticos deve ser individualizada, respeitando-se a autonomia da gestante, uma vez que, tal medida, não representa uma estratégia com evidência científica de eficácia para a prevenção primária da pré- eclâmpsia e suas complicações. A abordagem ambulatorial deve contemplar a multidisciplinaridade, destacando-se a propedêutica da vitalidade fetal (o mais frequente possível), a orientação nutricional (dieta hiperproteica, normossódica, sem restrição hídrica) e o apoio psicossocial (atuação sobre os fatores de risco associados). A propedêutica complementar, nesses casos, deve priorizar a investigação de lesão em órgãos-alvo.
O controle dos níveis pressóricos com drogas anti-hipertensivas deve ser realizado com as medicações disponíveis conforme a realidade local e, sobretudo, de acordo com a experiência e segurança do prescritor.
O seguimento ambulatorial permanece indicado, enquanto mantidos os níveis tensionais estáveis (TAD < 90 mm/ Hg), os exames laboratoriais sem sinais de alerta (Quadro 1) e ausentes os sinais de comprometimento da vitalidade fetal. A ausência dessas condições pressupõe a evolução para a forma grave da doença, quando está indicado o tratamento hospitalar.

ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 012**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	
PROCEDIMENTO: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais			
OBJETIVO	Realizar o procedimento cirúrgico indicado (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).		
QUEM	Equipe Médica		
ONDE	Sala de pequenos procedimentos ambulatoriais		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Prontuário médico • Soluções degermentes/antissépticas • Luvas e campos esterilizados Instrumental cirúrgico adequado ao procedimento • Material para sutura e curativo		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Encaminhar o paciente à sala de procedimentos. • Informar o paciente e/ou familiares sobre o procedimento. • Realizar o procedimento cirúrgico. • Registrar no prontuário o procedimento realizado. • Solicitar encaminhamento de peças para exames, caso indicado. • Orientar o paciente e/ou acompanhantes quanto aos cuidados pós operatórios.		
CUIDADOS	Registrar no prontuário e relatório cirúrgico o procedimento realizado.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

200

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANCA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 013**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: MÉDICO	**DATA: / /2024**	
PROCEDIMENTO: Procedimentos de SADT			
OBJETIVO	Realizar o procedimento indicado (Biópsias Gerais, Cistoscopia, Colonoscopia, Colposcopia, Doppler Vascular, Ecocardiografia, Endoscopia, Videolaringoscopia, Exames Oftalmológicos, Punção Aspirativa por Agulha Grossa, Ultrassonografia, dentre outros).		
QUEM	Equipe Médica		
ONDE	Sala de exames ambulatoriais		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Prontuário médico • Soluções degermentes/antissépticas • Luvas e campos esterilizados Instrumental cirúrgico adequado ao procedimento • Equipamentos/Material necessário ao procedimento		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Encaminhar o paciente à sala de procedimentos. • Informar o paciente e/ou familiares sobre o procedimento. • Realizar o procedimento indicado. • Registrar no prontuário o procedimento realizado. • Solicitar encaminhamento de peças para exames, caso indicado. • Orientar o paciente e/ou acompanhantes quanto aos cuidados pós procedimento.		
CUIDADOS	Registrar no prontuário e relatório cirúrgico o procedimento realizado.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

201

5.3.3. Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatível com o perfil da unidade licitada.

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 001**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: Rotina do Enfermeiro do Ambulatório			
OBJETIVO	Organizar e preparar o serviço para os atendimentos diários.		
QUEM	Enfermeiro		
ONDE	Ambulatório		
QUANDO	Segunda a Sexta das 07 às 19h		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Livro de ocorrências; • Equipamentos, materiais e medicamentos necessáris aos procedimentos; • Formulários padronizados para o atendimento.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Visualizar o livro de ocorrências de Enfermeiros e Tec. De Enfermagem; • Realizar a distribuição diária das Tec. de Enfermagem e dos médicos por sala de atendimento; • Verificar se os consultórios médicos estão organizados para início dos atendimentos; • Realizar o provimento de matérias, fazer a solicitação, encaminhar para almoxarifado e farmácia; • Garantir que a estrutura física e os equipamentos do Ambulatório estejam em pleno funcionamento, conforme a necessidade do setor e quando necessário, solicitar o serviço de manutenção; • Receber as solicitações de interconsultas dos pacientes internados e entregar ao médico especialista no ambulatório diariamente para que ele faça a avaliação no leito do paciente; • Receber e anexar aos prontuários os exames laboratoriais e ECG realizados; • Admitir o paciente junto com o médico, fazer histórico de Enfermagem de admissão e junto com o Tec. de Enfermagem puncionar acesso venoso, administrar medicações, fazer curativo, trocar dispositivos quando necessário. • Supervisionar e colaborar com os Tec.		

	de Enfermagem nos atendimentos ao paciente e organização das salas; • Realizar o registro no livro de ocorrências no final do dia.
CUIDADOS	• Deve ser informado: funcionários presentes ou faltosos, intercorrências, observações pertinentes e pendências a serem solucionadas no dia seguinte; • Trancar todas as salas e deixar a chave na portaria.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 002**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Rotina do Técnico de Enfermagem do Ambulatório	
OBJETIVO	Preparar o serviço para os atendimentos diários.
QUEM	Tec. De Enfermagem
ONDE	Ambulatório
QUANDO	Segunda a Sexta das 07 às 19h
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Livro de ocorrências; • Equipamentos, materiais e medicamentos necessáris aos procedimentos; • Formulários padronizados para o atendimento.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Seguir a distribuição diária dos Tec. de Enfermagem por salas de atendimento; • Receber dos funcionários da marcação os prontuários e cartões dos pacientes já separados por especialidades e por ordem de chegada; • Tec. de Enfermagem responsável pelo acolhimento deve recepcionar todos os pacientes, verificar PA de todos a serem atendidos e registrá-la em prontuário antes da consulta médica (Quando PA alterada, sinalizar o médico ou enfermeira), sanar dúvidas dos pacientes relacionadas ao atendimento ambulatorial; • Os Tec. de Enfermagem que estiverem auxiliando os médicos nos consultórios devem organizar as salas antes do atendimento (verificar se estão limpas, com material para curativos e impressos em quantidade suficiente, pasta de CID disponível, etc.); • Durante as consultas deve auxiliar o médico nos procedimentos, realizar curativos, retirar pontos, registrar todos os procedimentos realizados, verificar se o médico preencheu devidamente as solicitações de internamento e de cirurgia, orientar o paciente de acordo com o encaminhamento do médico, se remarcação de consulta direcioná-lo para a recepção ou para o

	Internamento, se programada cirurgia direcioná-lo para sala do Enfermeiro; • Após as consultas deixar salas limpas e organizadas. Acionar o funcionário da higienização; • Recolher todos os prontuários e devolvê-los ao setor de Marcação de consultas que irá encaminhá-los para o SAME. Em cada prontuário deve constar: Evolução médica, anotações de Enfermagem e formulário de produção ambulatorial.
CUIDADOS	• Realizar o provimento de matérias para o dia seguinte e informar material necessário para reposição para enfermeira solicitar; • No final do dia, encaminhar os KITs de curativo usados para o CME. • Á partir das 18h, formar KIT's de impressos para o dia seguinte e organizar salas.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANCA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 003**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Montagem de sala de pequenas cirurgias	
OBJETIVO	Montagem adequada da sala cirúrgica
QUEM	Técnico de Enfermagem Enfermeiro
ONDE	Sala de pequenas cirurgias
QUANDO	Antes da admissão do paciente
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Insumos de farmácia e de CME Recursos materiais de centro cirúrgico Impressos
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Lavar as mãos; • Certificar-se do material e equipamentos solicitados; • Verificar as condições de limpeza da sala, antes de equipá-la com materiais e equipamentos; • Testar o funcionamento elétrico, focos de luz, equipamentos utilizados para anestesia, tomadas elétricas, etc; • Providenciar os materiais descartáveis e medicações, também checando a validade da esterilização; • Dispor materiais e medicações em mesa auxiliar de acordo com a anestesia a ser realizada; • Prover impressos utilizados em sala cirúrgica; • Dispor os materiais necessários no carro de anestesia: cânula de Guedel, laringoscópio com lâminas testadas, cânulas de intubação, seringas, esparadrapo, estetoscópio, etc.;
CUIDADOS	Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 004**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Circulação de sala de pequena cirurgia	
OBJETIVO	Auxiliar o cirurgião durante o procedimento.
QUEM	• Técnico de Enfermagem • Enfermeiro
ONDE	• Sala de pequena cirurgia
QUANDO	• Durante a cirurgia
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Insumos de farmácia e de CME, recursos materiais de CC e Impressos
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Lavar as mãos e receber o paciente, apresentando-se e conferindo sua identificação; • Registrar a chegada e as condições clinica do paciente; • Conferir exames dos pacientes e transferir paciente para mesa cirúrgica; • Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de PA; • Posicionar a placa dispersiva em local adequado, caso o bisturi elétrico seja utilizado; • Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica asséptica. Observar os integradores internos dos pacotes e anexá-los ao prontuário do paciente; • Posicionar o paciente, utilizando técnicas adequadas, recursos de proteção e faixas de segurança; Conforme procedimento cirúrgico e com auxílio da equipe anestésica e cirúrgica; • Auxiliar na paramentação da equipe; • Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva que está aderida ao paciente; • Conectar a extremidade da borracha estéril da extensão do aspirador ao vácuo e ligá-lo; • Aproximar os hampers da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Os hampers devem ter sacos plásticos brancos identificados para lixo infectado; • Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer estrados;

	• Estar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos equipamentos durante todo o procedimento; O circulante deverá usar roupas privativas, máscara cirúrgica e outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI´s) quando necessário; • circulante deve suprir a S.O dos materiais necessários; • Evitar abertura desnecessária da porta da S.O., mantendo-a sempre fechada durante o procedimento cirúrgico;
CUIDADOS	• Circulação de sala adequada e segura
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 005**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Acondicionamento e envio de material de anatomia patológica

OBJETIVO	Encaminhar ao laboratório a peça devidamente identificada e acondicionada a fim de contribuir com tratamento do paciente.
QUEM	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
ONDE	Sala de pequena cirurgia
QUANDO	Após a coleta do material pelo cirurgião
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Luva de procedimento não estéril, formol à 10%, coletor universal (fornecido pelo laboratório), saco plástico (se peça maior)
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Preparar material e calçar as luvas; • Identificar o frasco com nome, registro do paciente, sítio de coleta do material (se houver mais de um sítio referir o local exato em cada frasco), data; • Acondicionar a peça em um frasco adequado a seu tamanho (a quantidade de formol deve ser suficiente para cobrir a peça), peças cirúrgicas maiores podem ser colocadas em sacos plásticos, de preferência duplicando a embalagem para evitar vazamento. Nunca acondicionar o material em SF 0.9%; • Checar se a requisição foi assinada pelo médico, a mesma deve constar nome completo do paciente, registro, motivo e localização de onde foi retirado material; • Registrar em protocolo específico de encaminhamento das peças de anatomia patológica o local de onde foi retirada a peça, bem como a intenção de envio; • A amostra deverá ser entregue junto ao impresso próprio (em duas vias) onde conste nome da Unidade, paciente(s), local de onde a peça foi retirada e data da coleta. • Encaminhar ao laboratório a peça devidamente identificada e acondicionada a fim de contribuir com tratamento do paciente.
CUIDADOS	Comunicar desconforidades a Enfermeira e ao cirurgião responsável.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

209

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 006**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: Solicitação de Material Estéril ao CME			
OBJETIVO	Material adequado aos procedimentos a serem realizados		
QUEM	Enfermeiro Técnico de Enfermagem		
ONDE	Ambulatório		
QUANDO	Sempre que necessário		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Mapa Cirúrgico		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	Verificar no mapa cirúrgico os tipos e a quantidade de cirurgias; Verificar o estoque de material no arsenal; Solicitar os materiais ao CME Receber o material e conferir o pedido; Armazenar o material de forma adequada.		
CUIDADOS	Comunicar desconforidades a Enfermeira e ao cirurgião responsável.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANCA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 007**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: enfermagem	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: ARRUMAÇÃO DO PRONTUÁRIO	
OBJETIVO	Garantir a integridade e segurança do Prontuário do paciente.
QUEM	Técnico de Enfermagem Enfermeiro
ONDE	Ambulatório
QUANDO	Diariamente
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Checklist e Prontuário.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Colocar as folhas no prontuário de cada paciente obedecendo a seguinte ordem: • Capa (com identificação do paciente: nome, reg. e leito); • Contracapa (ficha da internação domiciliar) anexada à capa do prontuário; • Comunicado de OPME (da empresa que ofereceu o material de ortopedia); • Ficha Social (registro de serviço social); • Laudo da solicitação de AIH; • Relatório de Operação, Registro Transoperatório e Ficha de anestesia (evolução durante o ato cirúrgico); • Exames e Raio x. • Evoluções Médicas, Prescrições Médicas e Relatório de alta; • Evoluções de Enfermagem. • Retirar no final da semana as folhas, já utilizadas totalmente, colocando na pasta de excesso identificado para cada paciente; • Manter todos os impressos organizados, seguindo a ordem de arrumação; • No momento da alta arrumar todas as folhas do prontuário e os excessos na ordem;
CUIDADOS	Comunicar desconforidades a Enfermeira responsável.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

211

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 008**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: ENFERMAGEM	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: REALIZAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS	
OBJETIVO	Realizar a limpeza do local sem ocorrer contaminações, favorecendo a cicatrização.
QUEM	Enfermeiro (a)
ONDE	Ambulatório
QUANDO	Estiver na data de troca ou quando houver sujidade.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• EPI's (máscara, luva de procedimento e luva estéril); • Solução fisiológica 0,9 %; • Gases estéril; • Micropore ou esparadrapo; • Curativo especial, óleo, gel (de acordo com a necessidade).
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Reunir todo material necessário; • Lavar as mãos; • Explicar o procedimento ao paciente; • Calçar as luvas de procedimento para retirada do curativo anterior; • Abrir a luva estéril com técnica asséptica, colocando as gazes dentro do campo estéril; • Irrigar o local da lesão com SF 0,9% para a remoção tecidos desvitalizados e resíduos do curativo anterior; • Analisar a lesão quanto ao seu aspecto, extensão, profundidade, bordas, exudato e odor, para a escolha do material a ser utilizado de acordo com o protocolo de feridas; • Ocluir a lesão com gazes e micropore ou curativo especial; • Recolher todo material utilizado, retirar as luvas e lavar as mãos; • Registrar o procedimento na folha de evolução de enfermagem finalizando com COREN e assinatura do profissional responsável.
CUIDADOS	Registrar no prontuário.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 009**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Realização de Eletrocardiograma- ECG	
OBJETIVO	Registrar derivações para diagnóstico, evolução clínica e avaliação da eficácia medicamentosa.
QUEM	Técnico de Enfermagem
ONDE	Ambulatório
QUANDO	Prescrito pelo profissional médico.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Papel milimetrado, eletrodos, caneta, aparelho de eletrocardiograma (ECG).
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Higienizar as mãos; • Conferir a prescrição médica e pedido de exame; • Preparar o material e colocá-lo próximo à unidade do cliente; • Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e posicioná-lo em decúbito dorsal, com braços e pernas relaxados; • Ligar ao aparelho à rede de energia, prestando atenção a voltagem solicitada; • Colocar a folha de ECG e apertar tecla "papel"; • Friccionar com gazes e álcool a área a ser monitorada. Se necessário, realizar tricotomia na área; • Colocar as braçadeiras nos membros: - cabo vermelho em braço D – RA - cabo amarelo em braço E- LA - cabo verde em perna E- LL - cabo preto em perna D- RL • Colocar eletrodos no tórax: - V1 em 4º espaço intercostal na borda esternal direita; - V2 em 4º espaço intercostal na borda esternal esquerda; - V3 a meio caminho entre V2 e V4; - V4 em 5º espaço intercostal na linha clavicular média E; - V5 em 5º espaço intercostal na linha axilar anterior (meio caminho entre V4 e V6); - V6 em 5º espaço intercostal na linha axilar média, nivelado com V4. • Apertar o botão "segue";

	• Identificar o ECG com nome do paciente, data, hora e setor; • Desligar o aparelho, retirar cabos e eletrodos, limpar e organizar as braçadeiras; • Deixar o paciente confortável no leito e o ambiente em ordem; • Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.
CUIDADOS	Comunicar ao medico assistente casos de ansiedade, alergia aos eletrodos, erros na fixação dos eletrodos.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 010**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: HIGIENE DAS MÃOS	
OBJETIVO	Prevenir Infecções.
QUEM	Todos profissionais de saúde
ONDE	Ambulatório
QUANDO	Antes e após cada procedimento ou manipulação do paciente.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Água, sabão líquido, papel toalha e álcool em gel.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Retirar anéis, pulseiras e relógio; • Abrir a torneira sem encostar-se a pia; • Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos; • Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; • Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos: - palma contra palma; - palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos; - palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos; - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais; - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai e vem; • -rotação dos polegares direito e esquerdo; - friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa; - esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa; - enxaguar as mãos sem encostar-se a pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos; - enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos, no caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.
CUIDADOS	Ação em caso de não conformidade.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

215

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 011**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: CONFERÊNCIA DE MEDICAMENTOS DO CARRO DE EMERGÊNCIA

216

OBJETIVO	Conferência diária do carro de emergência, pois no momento do uso, o mesmo estará pronto com todos os materiais correto.
QUEM	Enfermeiro
ONDE	Ambulatório
QUANDO	No último dia do mês.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Checklist; Caneta; Material necessário para reposição.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Medicamentos	**Quant.**
Adenosina 3mg/ml amp 2 ml	03
Ácido acetilsalicílico 100mg cpr	05
Amiodarona 50 mg/ml amp 3 ml	05
Atropina 0,25mg/ml amp 1 ml	10
Cloreto de sódio 20% amp 10 ml	03
Deslanosídeo 0,2 mg/ml amp 2 ml	02
Diazepam 5 mg/ml amp 2 ml	02
Dobutamina 12,5 mg/ml amp 20 ml	4
Dopamina 5 mg/ml amp 10 ml	02
Epinefrina 1mg/ml amp 1 ml	20
Etilefrina 10 mg/ml amp 1 ml	04
Fentanila 0,05 mg/ml amp 2 ml	02
Fentanila 0,05 mg/ml fa 10 ml	04
Flumazenil 0,1 mg/ml amp 5 ml	01
Furosemida 10 mg/ml amp 2 ml	05
Gliconato de cálcio 10% amp 10 ml	04
Glicose 50% amp 10 ml	08
Hidrocortisona 100mg fa	02
Hidrocortisona 500mg fa	03
Isossorbida 5mg cpr	02
Lidocaína 10% spray fr 50 ml	01
Metoprolol 5mg/ml amp 5 ml	02
Midazolam 1mg/ml amp 5 ml	02
Midazolam 5mg/m amp 10 ml	05
Morfina 1mg/ml amp 2ml	04
Morfina 10mg/ml amp 1 ml	02
Naloxona 0,4 mg/ml amp 1 ml	02
Nitroglicerina 5 mg/ml amp 10 ml	02
Nitroprusseto de sódio 25mg/ml amp 2 ml	02
Noreprinefrina 2mg/ml amp 4 ml	08

	Prometrazina 25mg/ml amp 2 ml	02
	Sulfato de magnésio 50% amp 10ml	05
	Suxametônio 100mg fa	02
	Soluções	**Quant.**
	Água destilada amp 10 ml	10
	Água destilada fa 100 ml	01
	Bicarbonato de sódio 8,4% fa 250 ml	02
	Solução de manitol 20% fa 250 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 100 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 250 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 500 ml	02
	Solução glicosada 5% fa 250 ml	02
	Solução glicosada 5% fa 500 ml	02
	Solução ringer com lactato fa 500 ml	02
CUIDADOS	• Em caso de dúvida no nome da medicação consultar a farmácia, • Em caso de medicação fora da validade, separar e trocar com a farmácia.	
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**	

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 012**	**PÁGINA: 001**	
	SERVIÇO: ENFERMAGEM	**DATA: / /2024**	

PROCEDIMENTO: CONFERÊNCIA DE MATERIAIS DO CARRO DE EMERGÊNCIA

OBJETIVO	Conferência diária do carro de emergência, pois no momento do uso, o mesmo estará pronto com todos os materiais correto.
QUEM	Enfermeiro
ONDE	Ambulatório
QUANDO	No último dia do mês.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Checklist; Caneta; Material necessário para reposição.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Material	Quant.
Agulha 30x8 cm	05
Agulha 40x12 cm	10
Ambu completo	01
Borracha para oxigênio	01
Cânula de Guedel nº4	01
Cânula de Guedel nº 5	01
Cânula para traqueostomia nº 7,0	01
Cânula para traqueostomia nº 8,0	01
Catéter periférico nº 14	02
Catéter periférico nº 16	02
Catéter periférico nº 18	03
Catéter periférico nº 20	03
Eletrodo para ECG (3 pares)	15
Equipo fotossensível	01
Equipo macrogotas	04
Equipo para bomba de infusão	03
Filtro para respirador	01
Fio guia	01
Gaze 7,5 x 7,5 cm (pacote)	04
Gel para eletrodo	01
Gorro	03
Lâmina de bisturí nº 15	01
Luva de procedimento tam M (pares)	10
Luva estéril nº7,0 (par)	02
Luva estéril nº 7,5 (par)	02
Luva estéril nº 8,0 (par)	02
Máscara	03
Máscara laríngea nº 5	01
Polifix	02
Seringa 1 ml	05
Seringa 5 ml	04

	Seringa 10 ml	05
	Seringa 20 ml	06
	Sonda para aspiração traqueal nº 10	03
	Sonda para aspiração traqueal nº 12	03
	Sonda de aspiração traqueal nº 14	03
	Sonda de aspiração traqueal nº 16	03
	Sonda nasogástrica nº 14	02
	Sonda nasogástrica nº 16	02
	Sonda nasogástrica nº 20	02
	Torneirinha 3 vias	04
	Tubo de intubação endotraqueal nº 7,0	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 7,5	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 8,0	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 8,5	02
CUIDADOS	• Em caso de dúvida no nome do material consultar o almoxarifado, • Em caso de material fora da validade, separar e trocar com o almoxarifado.	
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**	

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 013**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: CONTROLE DE SINAIS VITAIS

OBJETIVO	Verificar e registrar as principais manifestações do organismo atentando para as suas variações que podem indicar patologias, necessitando de intervenção. Os mesmos podem ser observados, medidos e monitorados.
QUEM	Técnicos de Enfermagem
ONDE	Ambulatório
QUANDO	A cada 6 horas e quando necessário
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Caneta azul, vermelha, • Impresso de controle de sinais vitais da enfermaria, • Termômetro, • Glicosímetro, • Estetoscópio, • Tensiômetro.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Lavar as mãos antes e após o procedimento, • Verificar FC; FR; Temperatura, PA e HGT, • Realizar registros no impresso próprio, • Higienizar todo material utilizado e guardar em local apropriado.
CUIDADOS	Comunicar ao Enfermeiro e Médico plantonista as não conformidades encontradas nos controles do paciente.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

220

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 014**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: ENFERMAGEM		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Controle de Materiais, Medicações	
OBJETIVO	Controle do material e medicamento da unidade; Dispor de material e medicamento necessário para atendimentos diários.
QUEM	Enfermeiro
ONDE	Ambulatório
QUANDO	Diariamente e a cada turno de plantão
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	Medicação, folha de gastos, distribuição de serviço, livro de controle de material e material registro gráfico
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Fazer a contagem dos materiais e medicamentos; Registrar o que falta, baseado na lista padrão; Verificar no armário reserva, as sobras do final de semana; • Fazer a solicitação do material e medicação necessários, separada por postos; • A enfermeira escala um funcionário para controlar material permanente; • Técnico de enfermagem escalado conta todo o material e registra em livro apropriado quantidade encontrada; • Enfermeira checa e assina o controle do período anterior; • Técnico de enfermagem presta conta do controle de material permanente, na passagem de plantão; Fazer verificação de estado e funcionamento de aparelhos e equipamentos.
CUIDADOS	• A reposição de material e medicamento deve ser feita para posto, sala de curativos e sutura e cobrir as 24 horas. Caso não cubra, deverá fazer a reposição com o remanejamento entre os sub setores da própria emergência; • A lista padrão de materiais e medicamentos deverá permanecer anexadas em cada local; o PROCEDIMENTO deve ser registrado em uma folha de gastos, inclusive os pacientes que estão em observação; a Enfermeira deverá revisar a necessidade de material e medicação

	para as 24h, enquanto a farmácia e o almoxarifado estiverem abertos; qualquer empréstimo ou concerto de material permanente deverá ser registrado no livro apropriado.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

5.3.4. Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica

As Planilhas com Quadro de Metas para a área médica e não médica encontram-se na PASTA IV, Anexo III, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

5.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

5.4.1. Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe minima

Finalidade
O Serviço Social terá a finalidade de elaborar planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, assim como, desenvolver ações socioeducativas, que possibilitem ao usuário participar efetivamente do seu processo de tratamento, mobilizando-o para o exercício da cidadania.

Organização e Funcionamento
O Serviço Social estará diretamente subordinado à Diretoria Técnica, contará com Assistentes Social certificados e regularizados junto ao Conselho de Classe e funcionará de segunda a sexta feira das 07:00 às 19:00 h, com carga horaria máxima dev30 horas semanais.

Estrutura
O Serviço Social disporá sala para atendimento no Serviço de Ambulatório.

Áreas de Abrangência
O Serviço Social realizará o acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas do ambulatório especializado.

Caracterização do Trabalho

Unidade de Ambulatório Especializado:
O assistente social atua com caráter educativo em vários níveis de assistência. Podem estar compreendidas nestas ações: os atendimentos individuais ou grupais, realizados em salas de espera; as consultas com a finalidade de elucidar os parâmetros institucionais, suas rotinas, os serviços disponíveis; e também de amenizar a ansiedade que antecede a realização do atendimento. Solucionar as demandas imediatas e emergentes não será a única finalidade da atuação do assistente social. Cabe ao profissional extrapolar o imediatismo, aproveitando a abordagem para dar início ao processo de participação do paciente e da família no percurso do tratamento. Atuará também junto à equipe de Acolhimento, prestando apoio social e encaminhamento aos recursos da comunidade.

Atribuições Gerais

Normas e Rotinas
- Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
- Colaborar nos programas sociais e de saúde da comunidade, bem como nos programas de pesquisa médico/sociais;
- Discutir com os usuários e seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
- Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
- Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- Discutir com o responsável pelo paciente sobre a necessidade de sua prevenção e na recuperação da saúde do paciente;
- Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde;
- Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;
- Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face às situações sociais constatadas;

- Realizar visitas domiciliares e manter contatos com organizações institucionais e comunitárias, com vistas ao tratamento de saúde dos usuários;
- Articular-se com entidades e organizações comunitárias, visando participação no planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde prestados pelas unidades;
- Prestar orientação e supervisão ao estagiário de Serviço Social;
- Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e de funcionários;
- Coordenar as atividades do Serviço de Atendimento do Usuário – SAU.

A Atuação do Assistente Social estará voltada para:
- Investigar a realidade social, decodificá-la, compreendê-la e principalmente acolher o usuário em situações de emergência, oportunizando a expressão de sentimentos, gestos e atitudes;
- Questões socioeconômicas;
- Relacionamento familiar;
- Violência doméstica e abuso sexual;
- Suporte Emocional;
- Humanização da Assistência;
- Educação em Saúde;
- Auxílios Concretos;
- Questões trabalhistas e previdenciárias, decorrentes do afastamento; temporário ou definitivo do trabalho;
- Atuar como interlocutor do usuário com a equipe interdisciplinar;
- Fazer a interface com a rede de suporte médico / social da comunidade;
- Manter atualizado a relação de Equipamentos Sociais disponíveis para encaminhamento conforme o caso;
- Participar de campanhas preventivas instituídas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais do processo saúde x doença.

Situações que exigem prioridade no atendimento
- Óbito;
- Usuários necessitando de doação de sangue;
- Crianças e adolescentes sem acompanhante;
- Vítimas de violência doméstica ou abuso sexual;
- Gestantes de alto risco;
- Usuários com intenção de abandonar tratamento médico;
- Usuários portadores de necessidades especiais;
- Usuários sem documentos de identificação;
- Usuários em situação de angústia e ansiedade;
- Usuários portadores de doenças crônicas e/ou terminais.

Programas em que o Serviço Social estará inserido:
- Humanização

O Serviço Social terá como meta prioritária prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos incluindo o direito à saúde pública. Nessa perspectiva, entende que o aspecto emocional deste é determinante na evolução do tratamento, na medida em que fica fragilizado por conta da situação de doença, agravada por inúmeros problemas sociais; portanto, o usuário necessita ser acolhido, ouvido, ter espaço para expressar suas angústias e esclarecer dúvidas, além de oferecer ao mesmo novas perspectivas no tratamento médico.

Quadro de Metas do Serviço:
- Atender 100% dos usuários que procurarem o serviço;
- Relacionar todos os Equipamentos Sociais disponíveis na comunidade, até o primeiro trimestre do contrato;

- Orientar e encaminhar 100% dos usuários quanto à utilização de benefícios previdenciários e outros;
- Entregar o folder de avaliação de serviços, a 100% dos pacientes e/ou familiares internados na Unidade;
- Tabular mensalmente os resultados de pesquisa de satisfação dos clientes e encaminhar relatórios as Coordenações e Diretoria;
- Realizar e/ou participar de encontros mensais com representantes da comunidade na qual a Unidadel está inserido a partir do primeiro semestre do contrato;
- Realizar palestras educativas quinzenais no ambulatório, a partir do segundo semestre do contrato;
- Participar do grupo de humanização da Unidade.

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 001**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: SERVIÇO SOCIAL		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Rotina do Serviço Social e do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

OBJETIVO	Otimizar o serviço oferecidos pelos profissionais do setor.
QUEM	Assistente Social
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Ficha Social; • Folder de Orientação ao Cliente; • Folder Avaliação de Serviços; • Roteiro para Abertura de Ficha Social; • Prontuários; • Impressos do Setor.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	<u>Na admissão de pacientes:</u> • Contatar com familiar e/ou responsável pelo paciente, comunicando sua admissão no ambulatório (no caso de pacientes desacompanhados), informando endereço, telefone e horário de visitas; • Ao receber o paciente orientá-lo quanto às normas e rotinas da Unidade; • Abrir ficha social do paciente entregando o folder de orientação ao cliente (ver procedimento Abertura de Ficha Social); • Orientar sobre o consentimento informado e as situações em que o paciente/ responsável deverá assiná-lo, conforme rotina previamente estabelecida; • Informar ao paciente e/ou familiares sobre o funcionamento do SAU na Unidade. <u>Durante o atendimento dos pacientes:</u> • Atender e orientar os familiares e/ou responsáveis pelo paciente, sempre que necessário; • Informar a equipe multidisciplinar a situação social do paciente, frente às problemáticas apresentadas; • Realizar projetos educativos voltados aos pacientes e seus familiares; • Marcar exames e/ou consultas fora da Unidade, quando solicitado pelo

227

	médico assistente; • Agilizar transferência de pacientes para outras unidades da rede, quando solicitado pelo médico assistente; <u>No SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário</u> • Orientar aos usuários e visitantes sobre todos os serviços prestados pela Unidade, fornecendo todas as informações necessárias; tais como: horários de funcionamento, localização dos serviços e atividades desenvolvidas, profissionais que fazem parte da equipe do hospital, normas e rotinas da Unidade e outros conforme solicitação; • Agendar exames e consultas, de acordo com a disponibilidade de vagas; • Receber, analisar e encaminhar críticas, solicitações e sugestões aos setores respectivos; • Cobrar a solução das demandas dentro dos prazos pactuados e dar um retorno ao autor da solicitação, fornecendo-lhe os diversos esclarecimentos, alternativas e soluções; • Entregar ao paciente e/ou responsável o folder "Avaliação de Serviços", realizando a entrevista antes da saída do mesmo da Unidade; • Tabular mensalmente os resultados das Avaliações de Serviços realizados, encaminhando a Diretoria Geral e demais setores da :Unidade.
CUIDADOS	• Registrar na ficha social todos os atendimentos e/ou providências tomadas pelo setor; • Identificar-se sempre ao visitar os pacientes; • Anotar no livro do setor, as pendências a serem resolvidas posteriormente; • Supervisionar diariamente as atividades do SAU; • Manter atualizado a relação de recursos da comunidade no caso de encaminhamentos.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 002**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: SERVIÇO SOCIAL		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: Rotina do Serviço Social no Ambulatório Especializado			
OBJETIVO	Atender e orientar de forma clara, objetiva e cordial aos pacientes e/ou familiares.		
QUEM	Assistente Social		
ONDE	Ambulatório de Especialidades		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Impressos do setor; • Relação de pacientes cadastrado; • Relação atualizada dos recursos da comunidade; Prontuário; • Livro de registro do setor.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Prestar atendimento aos pacientes com demanda para o Serviço Social no Ambulatório Especializado; • Acompanhar o processo de movimentação do setor, através de relatórios estatísticos diários emitidos pela recepção; • Orientar familiares quanto aos recursos comunitários e institucionais, informando-os quanto ao acesso aos serviços de saúde, garantindo o direito à informação no que se refere ao seu tratamento; • Transferir o paciente para outras Unidades quando solicitado pelo médico assistente, mediante contato prévio, anexando ficha de transferência do Serviço Social. No caso de serviços regulados, contatar o NIA que ficará responsável pela transferência; • Refletir com o familiar/acompanhante os aspectos mais significativos de sua problemática de saúde; • Participar do processo de preparação e encaminhamento dos pacientes que necessitem de internamento prestando todas as orientações cabíveis; • Encaminhar aos Equipamentos Sociais disponíveis e orientar a família quando o caso não for para internação hospitalar; • Discutir com o responsável e/ou familiar sobre a necessidade do seu		

	apoio na recuperação e prevenção da saúde do usuário; • Discutir com os demais membros da equipe de saúde a problemática do usuário, interpretando a situação social do mesmo. • Compor a equipe de Acolhimento prestando apoio social e encaminhando aos recursos da comunidade, conforme o caso.
CUIDADOS	• Registrar sempre o atendimento feito em ficha ou livro do setor; • Manter a relação de recursos da comunidade sempre atualizada; • Caso o paciente chegue sozinho à Unidade, avisar de imediato a família e/ou responsável.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 002**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: SERVIÇO SOCIAL		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Abertura de Ficha Social	
OBJETIVO	Conhecer a situação social do paciente e definir linha de ação.
QUEM	Assistente Social
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Ficha Social; • Folder de Orientação ao Cliente; • Roteiro para Abertura de Ficha Social.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Preencher em duas vias ficha social (uma via fica no prontuário do paciente e outra na pasta arquivo do Serviço Social); • Checar com o responsável pela abertura da ficha os dados de identificação do paciente através da carteira de identidade e a situação clínica, procurando completar todos os campos; • Realizar Anamnese Social colhendo todos os dados necessários (constituição familiar, local onde reside, tipo de habitação, relacionamento familiar, local para onde irá na alta, situação econômica e hábitos de vida); • Fornecer parecer frente à problemática apresentada e linha de ação (elegível ou não para acompanhamento social); • Orientar sobre os benefícios do INSS, DPVAT, dentre outros, fazendo os devidos encaminhamentos, caso necessário; • Orientar sobre os serviços, normas e rotinas da Unidade e entregar Folder de Orientação ao Cliente; • Anotar na ficha social todos os atendimentos feitos, ao paciente e/ou responsável.
CUIDADOS	Certificar-se que os pacientes e/ou responsáveis entenderam as orientações passadas.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

5.4.2. Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Finalidade

O Serviço de Fisioterapia tem a finalidade de executar os procedimentos de Reabilitação Fisioterápica aos pacientes, que por prescrição médica, exijam tais procedimentos a serem realizados através de técnicas e equipamentos especializados, como também por equipes de especialistas.

Organização e Funcionamento

O Serviço de Fisioterapia será subordinado diretamente à Diretoria Técnica e contará, na fase de plena operação da Unidade, com Fisioterapeutas certificados e regularizados junto ao Conselho de Classe, funcionando das 07 às 19 horas no Ambulatório Especializado. O Fisioterapeuta, atendendo a legislação vigente, cumprirá carga horária semanal máxima de 30 horas.

Estrutura

O Serviço contará com sala para atendimento aos pacientes em atendimento ambulatorial que deambulem, devidamente aparelhada e equipada.

Áreas de Abrangência

O Serviço de Fisioterapia atuará prestando atendimento aos usuários em atendimento ambulatorial, conforme indicação médica. No Ambulatório da Unidade serão realizadas consultas de Fisioterapia dentro do horário de funcionamento do setor (07:00 às 19:00h) e conforme agendamento prévio.

Caracterização do Trabalho

Após a indicação médica os profissionais de fisioterapia realizarão avaliação dos pacientes, elaborarão o diagnóstico fisiofuncional e executarão o processo terapêutico, sempre com embasamento científico. Os Fisioterapeutas programarão e realizarão os procedimentos e condutas adequadas para retorno e/ou aquisição das atividades funcionais dos pacientes. Oferecerão orientações à familiares/cuidadores, reorganizando o plano terapêutico em função da evolução e dos resultados obtidos no tratamento do paciente até a alta fisioterápica.

Normas e Rotinas

- Realizar o atendimento e os procedimentos de fisioterapia aos pacientes ambulatoriais quando solicitado pelo médico assistente e a nível ambulatorial conforme agendamento prévio;
- Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los constantemente para que o serviço tenha sempre o melhor desempenho e atualização tecnológica;
- Manter Fisioterapeutas durante todo o tempo em que o serviço estiver em operação;
- Capacitar Fisioterapeutas para essa atividade, a fim de que tenha sempre o melhor desempenho e eficácia nos serviços prestados;
- Manter um controle eficiente e supervisionar constantemente os serviços prestados, a fim de verificar a correta utilização dos recursos;
- Preencher correta e completamente a documentação que compõe o prontuário dos pacientes;
- Organizar o serviço de tal modo que favoreça o levantamento periódico de informações, tanto na produção realizada, quanto da qualidade dos serviços prestados;
- Preencher todas as formalidades solicitadas pela administração da Unidade;
- Promover programas de ensino e pesquisa referente à área de fisioterapia;

- Participar como membro nos programas de humanização da assistência.

Metas

- Realizar palestras mensais voltados ao público externo, com temas ligados a Fisioterapia – a partir do 3º trimestre de contrato;
- Atender 100% dos pacientes ambulatoriais com indicação médica para o Serviço de Fisioterapia – a partir do 1º mês de contrato;
- Realizar mensalmente um levantamento estatístico da contribuição da Fisioterapia, na reabilitação do paciente - a partir do 1º mês do contrato;
- Participar das reuniões mensais do Programa de Preparação de Alta da Unidade – a partir do 2º mês de contrato.

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 001**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: FISIOTERAPIA		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: Rotina da Fisioterapia			
OBJETIVO	Prestar atendimento aos pacientes, visando proporcionar uma maior independência nas atividades da vida diária.		
QUEM	Fisioterapeuta		
ONDE	Ambulatório de Especialidades		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Estetoscópio; • Sonda de aspiração traqueal; • Luvas de procedimento; • Incentivador respiratório; • Formulários do setor; • EPI's		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Atender aos pacientes ambulatoriais por indicação médica, e realizar consultas cuidando para que haja perfeita distribuição dentro dos horários disponíveis, evitando acúmulo prejudicial à boa assistência; • Realizar anamnese e avaliação física/ funcional do paciente, determinando seu programa de tratamento: cinesioterapia motora, exercícios respiratórios, aspiração das vias aéreas, instalação do ventilador e treinamento da marcha; • Manter a equipe treinada e em número suficiente para o atendimento das solicitações e necessidades dos serviços do hospital; • Manter em perfeito estado de conservação os equipamentos e aparelhos, solicitando a participação de outros serviços, sempre que necessário; • Empregar todo o empenho dos profissionais do setor no sentido de se obter o restabelecimento do paciente no mais curto espaço de tempo possível; • Manter o setor organizado, possibilitando o levantamento mensal de dados sobre o movimento do setor, bem como a evolução do paciente;		
CUIDADOS	Observadas anormalidades, redobrar cuidado e proceder a uma revisão no planejamento do tratamento, ou mesmo, elaborar um novo plano de ação.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 002**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: FISIOTERAPIA		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: Fisioterapia Respiratória			
OBJETIVO	Reexpansão pulmonar, desobstrução brônquica, melhora da ventilação alveolar prevenindo e tratando atelectasias ou simplesmente promovendo uma melhor função respiratória a fim de reduzir o tempo de internamento.		
QUEM	Fisioterapeuta		
ONDE	Ambulatório de Especialidades		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• EPAP cm bocal e com máscara de silicone; • SMI (triflow); • Fluttem; Luvas, • Máscaras; • Sondas de aspiração; • PEP; • Ventilador.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Avaliar o paciente, observando seu quadro clínico, ausculta pulmonar, presença de tiragens, sinais de desconforto, sinais vitais, tosse (provocada ou espontânea), a fim de detectar as debilidades ao paciente para direcionar a melhor técnica a ser utilizada para sua recuperação e reabilitação; • Utilizar técnicas para desobstrução através de manobras desobstrutivas juntamente com o Flutter e EPAP; • Utilizar padrões ventilatórios, técnicas manuais juntamente com SMI (reexpansão); • Após fazer uso de todas as técnicas e mesmo assim persistirem roncos a ausculta, realizar como último recurso a aspiração de secreções em VAS, TQT ou TOT a depender do quadro do paciente; • Realiza a monitorização ventilatória; • Executar a fisioterapia motora.		
CUIDADOS	Registrar procedimentos realizados no prontuário do paciente.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 003**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: FISIOTERAPIA		**DATA: / /2024**
PROCEDIMENTO: FISIOTERAPIA MOTORA			
OBJETIVO	Deixar o paciente em condições físicas satisfatórias, prevenindo hipotrofia, posturas viciosas e úlceras de decúbito, melhorando a circulação sanguínea, além de trabalhar redução de edemas e analgesias.		
QUEM	Fisioterapeuta		
ONDE	Ambulatório de Especialidades		
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.		
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Tens; • Ultrassom; • Bandas elásticas.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	• Avaliar o paciente, observando a necessidade motora do mesmo; • Usar as terapias manuais passivas assim como o incentivo à atividade cinesioterápica ativa ou ativa assistida, dependendo do quadro do paciente; • Para pacientes com postura viciada em flexão com ou sem contraturas espásticas, trabalhando-se com manuseios para normalização do tônus; • Observar que em cada diagnóstico há uma terapia motora específica que difere de um paciente para outro, pois cada organismo responde de uma forma diferente a patologia e ao tratamento fisioterápico; • No caso de crianças com retardo de desenvolvimento neuro psicomotor, realizar um trabalho de estimulação precoce, estímulo cognitivo e sensorial para facilitar o desenvolvimento neuro/psico/motor normal.		
CUIDADOS	Evitar complicações físicas que um paciente pode ter.		
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**		

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 004**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: FISIOTERAPIA		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Avaliação Fisioterápica	
OBJETIVO	Admitir o paciente no serviço de fisioterapia avaliando-o adequadamente.
QUEM	Fisioterapeuta
ONDE	Ambulatório de Especialidades
QUANDO	2ª a 6ª feiras úteis, de 07 às 19h.
CONDIÇÕES NECESSÁRIAS:	• Prontuário; • Impressos do setor; • Termômetro, estetoscópio, tensiômetro; • EPI.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	Avaliar o paciente checando: • Dados Pessoais; • Queixa principal; • História da doença atual; • História social e familiar; • Revisão de sistemas; • Realizar o exame físico checando: aspectos gerais, temperatura corpórea, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, nível de consciência, etc.; • Inspeção: padrão muscular ventilatório, tipo de tórax, sinal de trabalho e resistência respiratória, uso de músculo respiratório principal e acessório, tipo de abdome, extremidades, perfusão, edema, força muscular, etc.; • Palpação: frêmito vocal, expansão torácica, pele e tecidos subcutâneo, pontos ósseos, musculatura em geral, amplitude de movimento articular, etc.; • Percussão; • Ausculta Pulmonar: averiguar condições de murmúrio vesicular e presença de ruídos adventícios; • Posicionar adequadamente o paciente no leito, no caso de pacientes internados.
CUIDADOS	Preencher adequadamente a ficha Avaliação Fisioterapêutica.
ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Finalidade
A nutrição clínica é responsável pela assistência nutricional ao paciente com o objetivo de recuperar seu estado de saúde, comprometendo-se com a prescrição, produção e orientação da dieta adequada.

Estrutura e Organização

O Serviço de Nutrição estará diretamente subordinado a Diretoria Técnica e funcionará diariamente de 07 às 19hs contando com Nutricionistas certificados e regularizados junto ao Conselho de Classe. Realizará consulta nutricional, identificando necessidades nutricionais do usuário, prestando orientações nuricionais e prescrevendo terapias nutricionas.

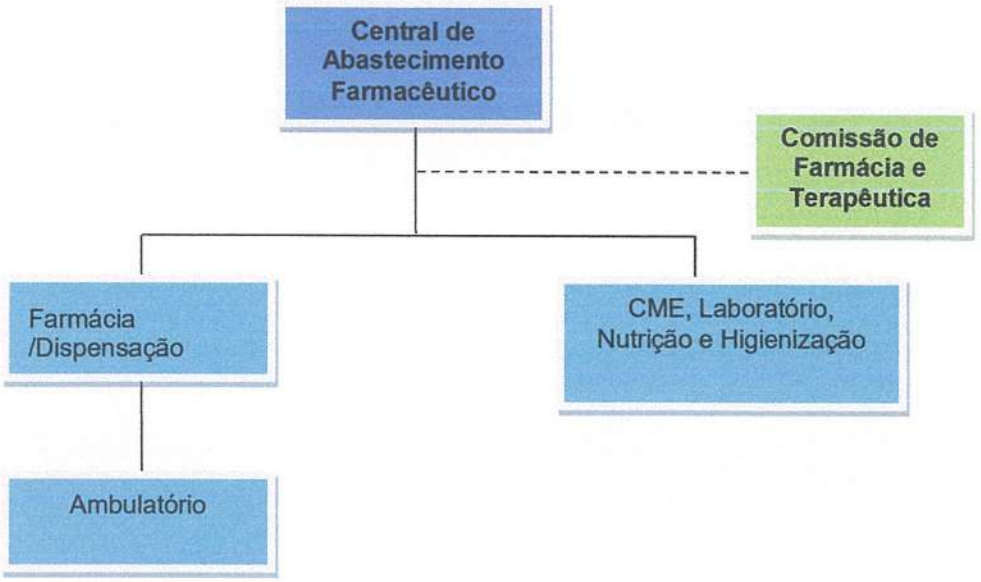
Normas e Rotinas do Serviço de Nutrição
Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes;
Avaliar o estado nutricional dos pacientes a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames/dados antropométricos;
Proceder à prescrição da conduta dietoterápica em prontuários;
Fazer a Orientação Nutricional para pacientes ambulatoriais;
Realizar palestras educativas para pacientes e acompanhantes;
Elaborar manuais técnicos e rotinas/procedimentos de trabalho;
Implementar as recomendações da CCIRAS;
Participar das discussões de caso para construção dos Projetos Terapêuticos Singulares dos pacientes.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

Finalidade
O Serviço de Farmácia terá a função de desenvolver atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, material médico/hospitalar e correlatos. Terá também responsabilidade sobre o acompanhamento do uso de medicamentos e materiais visando à eficácia da terapia e assegurando o uso racional dos mesmos.

Organização e Estrutura
Será subordinado à Diretoria Administrativa/Financeira e Diretoria Técnica ,contará com Farmacêutico habilitado e regularizado junto ao Conselho de Classe e auxiliares de farmácia. O SEFAR será estruturado em duas principais áreas: Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF e Farmácia Ambulatorial para dispensação. A CAF será responsável pelo armazenamento e estocagem adequados de todos os produtos farmacêuticos e materiais adquiridos, pelo controle de estoque e consumo. A Farmácia ambulatorial para dispensação funcionará das 07 às 19hs de dias úteis, fará a distribuição e rigoroso controle na dispensação de medicações, soluções e materiais em dose individualizada através de sistema informatizado e mediante apresentação de 2ª via da prescrição médica.
O SEFAR deverá compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica, colaborando na padronização de produtos farmacêuticos e materiais de uso hospitalar a ser instituída na Unidade, observando a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME.

FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA



Normas e Rotinas do Serviço de Farmácia

Competência do Farmacêutico:

- Organizar a equipe de trabalho através de confecção de escalas mensais;
- Elaborar, divulgar e fazer cumprir manuais de procedimentos para aquisição, armazenamento, distribuição e controle de medicamentos e produtos farmacêuticos;
- Divulgar a padronização de medicamentos e relação de similares para os setores competentes;
- Planejar e requisitar a compra de medicamentos conforme padronização da CFT;
- Controlar, rigorosamente, a guarda e dispensação dos psicotrópicos e entorpecentes, obedecendo às normas vigentes;
- Fracionar e/ou reenvasar soluções necessárias às ações de antissepsia, limpeza e desinfecção, garantindo a sua qualidade;
- Promover treinamento continuado ao pessoal auxiliar;
- Integrar a CCIRAS e a CFT;
- Fazer cumprir o uso correto de EPI´s e EPC´s por sua equipe;
- Manter atualizados os livros e mapas de registro de psicotrópicos e entorpecentes, conforme legislação;
- Emitir parecer técnico relacionado aos medicamentos, no ponto de vista biofarmacocinético, clínico e químico;
- Realizar ações de farmacovigilância.

Competência do Auxiliar de Farmácia:
Receber, conferir, controlar e estocar os medicamentos;
Promover a distribuição de doses individualizadas para uso dos clientes ambulatoriais;
Atender as solicitações de medicamentos dos diversos setores mediante apresentação de requisição padronizada.

Armazenamento de Medicamentos

Para armazenar os medicamentos alguns critérios deverão ser obedecidos:
Armazenar por subgrupos, forma farmacêutica e ordem alfabética;
Armazenar pelo princípio ativo (sal) em ordem alfabética rigorosa, da esquerda

para a direita;
Armazenar os medicamentos por prazo de validade;
Observar o empilhamento máximo permitido para os medicamentos, de acordo com a legislação vigente e recomendações do fabricante;
Observar a temperatura ideal recomendada para cada medicamento a ser armazenado;
As caixas que foram abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas. Anotar a quantidade existente, em seguida, a caixa deve ser lacrada.

Armazenamento de materiais de uso hospitalar
Para armazenar os materiais de uso hospitalar os seguintes critérios deverão ser obedecidos:
Armazenar os materiais por subgrupos. Ex: adesivos, coletores etc;
Armazenar os materiais em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita;
Armazenar os materiais por prazo de validade;
Observar o empilhamento máximo permitido para os materiais (ver recomendações do fabricante);
Observar a temperatura ideal em que os materiais devem ser armazenados;
As caixas que foram abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas; a quantidade existente anotada e, em seguida, a caixa deve ser lacrada.

Dispensação
Consiste na distribuição de materiais e medicamentos aos serviços e usuários, mediante requisição apropriada. Após a dispensação dos materiais e/ou medicamentos o sistema deverá ser atualizado de imediato.

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

CONSIDERAÇÕES GERAIS
A Padronização de Medicamentos é definida como um processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde. O processo baseia-se em critérios científicos e econômicos, e fornece elementos necessários ao uso racional de medicamentos.

Objetivos da Padronização de Medicamentos:
- Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em correta avaliação, seleção e emprego terapêutico a nível ambulatorial;
- Promover a atualização e reciclagem em temas relacionados à terapêutica médica;
- Reduzir custos, visando obter a disponibilidade dos medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes.

Importância da Padronização de Medicamentos:
Pelo fato de existir um número muito grande de produtos similares e do lançamento de novos produtos - muito dos quais não apresentam vantagens em relação aos já existentes no mercado, a padronização proporciona, ao sistema de saúde, benefícios econômicos, administrativos e terapêuticos.

Vantagens em ter uma Padronização de Medicamentos:
- Benefício terapêutico;
- Disciplina o receituário médico - uniformização da terapêutica e obediência ao protocolo;
- Aumenta a qualidade da farmacoterapia;
- Facilita a farmacovigilância;
- Melhora a qualidade da utilização, administração, informação e controle de medicamentos;

- Reduz o custo da terapêutica sem prejuízos para segurança e efetividade do medicamento;
- Otimiza o ciclo logístico (planejamento, aquisição, armazenamento e dispensação);
- Racionaliza o número de medicamentos, como consequência, redução dos custos com aquisição.

CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PARA A ADEQUADA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Considerar as necessidades epidemiológicas da população atendida;
- Incluir medicamentos de comprovada eficácia, baseando-se em ensaios clínicos controlados que demonstrem efeito benéfico à espécie humana;
- Eleger, dentre os medicamentos de mesma indicação e eficácia, aquele de menor toxicidade relativa, menor custo de tratamento e maior comodidade posológica;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente ou que possua característica farmacológica que represente vantagem no uso terapêutico;
- Evitar a inclusão de associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justificarem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior que a soma dos efeitos dos produtos individuais;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação a faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a CCIRAS, verificando a ecologia hospitalar quanto aos microrganismos prevalentes, padrões de sensibilidade, selecionando aqueles antimicrobianos que permitam suprir as necessidades terapêuticas;
- Reservar novos antibióticos para o tratamento de infecções causadas por microrganismos resistentes a antibióticos padrões, ou para infecções em que o novo produto seja superior aos anteriores, fundamentado em ensaios clínicos comparativos;
- Utilizar sempre a Denominação Comum Brasileira (DCB).

INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

As solicitações de inclusão de medicamentos na Padronização da Unidade deverão ser feitas através do preenchimento do formulário apropriado, encaminhado para avaliação do Diretor Técnico e da CFT, acompanhado de referências bibliográficas de origem reconhecida e independente, confirmando suas justificativas e mostrando:

- Eficácia/segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado);
- Vantagens terapêuticas (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Critérios:

- Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgãos competente;
- Medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco;
- Consumo, em período considerado, que não justifique a padronização.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Finalidade
Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos resultados dos exames laboratoriais prescritos para os usuários em atendimento no Ambulatório.

Estrutura e Organização
O planejamento e regulação da oferta de exames serão adequados ao funcionamento da Unidade e às metas de produção definidas evitando a ociosidade de aparelhos, ausência de controle de qualidade e precário controle de insumos. A emissão de laudos obedecerá à fidedignidade e excelência nos padrões de qualidade. A demanda de exames será oriunda de clientes do ambulatorio eletivo. O acompanhamento do processo de trabalho será através da avaliação de relatórios gerenciais quanto ao atingimento das metas. As coletas de material e emissões de laudos deverão ser agendados para os clientes em atendimento eletivo, sempre observando os protocolos técnicos e operacionais definidos. Normas e Rotinas do Serviço de Laboratório.

À Recepcionista compete:
- registrar os pacientes e identificar as amostras de fezes, urina, sangue, fragmentos e peças;
- confeccionar os laudos;
- confirmar o preparo adequado para o exame a ser realizado;
- elaborar as requisições dos materiais necessários para o setor;
- entregar os resultados de exames dos pacientes;
- digitar a produtividade do setor diariamente.

Ao Técnico de Laboratório compete:
- coletar o material dos pacientes internos e externos da Unidade seguindo as normas de segurança;
- realizar os exames solicitados e registrar os resultados em livro próprio;
- repetir todos os exames que não estejam dentro dos limites da normalidade e comunicar ao bioquímico responsável;
- desligar os aparelhos utilizados, tirando-os da tomada, deixar as bancadas arrumadas e deixar o material utilizado imerso no hipoclorito;
- passar o plantão de ocorrências para a equipe que for substituí-lo.

Ao Bioquímico/Biomédico compete:
- conferir e assinar os laudos;
- supervisionar a realização de todos os exames;
- avaliar os aparelhos do setor; realizar a reposição do estoque do material;
- confeccionar as escalas dos funcionários;
- coordenar todos os serviços realizados pelo Laboratório;
- assumir a responsabilidade técnica pelo setor.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE RADIOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA , RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Funcionará das 07 às 19hs para atendimentos ambulatoriais eletivos. Os serviços contarão com equipes médicas e de técnicos de radiologia e de enfermagem. Os turnos de trabalho deverão respeitar a carga horária mensal diferenciada para os profissionais em atividade de periculosidade. A realização e os resultados dos

exames deverão ser agendados, obedecendo a limites de espera previstos em cada caso. Este serviço deverá trabalhar com metas de produção definidas que serão avaliadas periodicamente e oferecerá exames de radiologia convencional e ultrassonografia simples.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ELETROCARDIOGRAFIA

Serão realizados por telemedicina e estarão disponíveis para pacientes ambulatoriais através de agendamento prévio e será exigida a solicitação médica e o agendamento no setor. O serviço disporá de equipe de trabalho suficiente para garantir o funcionamento ininterrupto. Os protocolos técnicos e operacionais serão definidos pela Direção da Unidade e disponibilizados para consultas no setor.

5.4.3. Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

Organização e Estrutura
O Serviço de Administração Geral Policliníca Estadual da Região Sudoeste-Quirinópolis- Goiás, engloba a gestão dos serviços ligados à administração e assistência da Unidade.
O serviço é composto pelos seguintes cargos:

- Diretoria Geral com carga horária semanal de 40 horas/semanais;
- Diretoria Técnica/Médica com carga horária semanal de 40 horas/semanais;
- Diretoria Administrativa/Financeira com carga horária semanal de 40 horas/semanais;
- Gerente Operacional de Enfermagem com carga horária de 40 horas/semanais.

Organograma da Administração Geral



DIRETORIA GERAL

Finalidade
A Diretoria Geral é um órgão executivo responsável pela orientação, coordenação e direção de todas as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras da Unidadel, no sentido de lograr os objetivos estabelecidos no planejamento estratégico. Atuará de acordo com as políticas e diretrizes da SES/GO, a legislação vigente e os padrões profissionais.

Atribuições/ Competências Gerais
À Diretoria Geral compete:

- Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras da Unidade;
- Zelar pela observância princípios éticos profissionais das atividades desenvolvidas sob sua orientação;
- Constituir Comissões Permanentes e Transitórias para estudo de problemas médicos, técnicos e administrativos;
- Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas e receitas, e investimentos, bem como controlar a execução do orçamento aprovado;
- Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
- Elaborar programas de conferências e cursos, visando o aperfeiçoamento técnico-científico das atividades médicas, técnicas e administrativas;
- Firmar contratos e convênios com prestadores de serviços quando

necessário;
- Desenvolver programas de esclarecimento ao público sobre as funções da Unidade e de orientação dos funcionários/servidores em suas relações com o público;
- Difundir as atividades médico-científicas da Unidade;
- Apresentar mensalmente a SES/GO os relatórios sobre o desenvolvimento das atividades médicas, técnicas e administrativas – RIH, conforme determinado em contrato de prestação de serviços.

Perfil do Cargo de Direção Geral
- Profissional com Nível Superior em Administração, preferencialmente com pós-graduação em Administração em Serviço de Saúde;
- Conhecimentos da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação da Unidade;
- Experiência em cargos progressivos de responsabilidade de administração em Organizações de Saúde;
- Capacidade de Liderança e bom relacionamento interpessoal.

DIRETORIA TÉCNICA

Finalidade
A Diretoria Técnica tem a finalidade de organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e pelo funcionamento técnico e administrativo da atividade assistencial da Unidade.

Organização e Estrutura
A Diretoria Técnica está diretamente subordinada à Diretoria Geral e sob a mesma encontram-se os seguintes serviços: Ambulatório, Serviço de Apoio ao Diagnostico (SADT) e Serviços de Assistência ao Paciente (Médicos, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia).

Atribuições Gerais
Cabe à Diretoria Técnica as seguintes atribuições:
- Desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas da Organização;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista técnico e científico todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento Interno e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades das Unidades integrantes;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Gerenciar o corpo de funcionários das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral e para os Conselhos da Instituição.

Perfil do Cargo de Direção Técnica
- Profissional com nível superior no Curso de Medicina, preferencialmente com especialização em Administração em Serviço de Saúde;
- Apresentar registro junto ao Conselho Regional de Medicina;
- Apresentar residência médica ou título de especialista;
- Experiência em Direção de Unidade de Saúde;
- Conhecimentos da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação da Unidade.

DIRETORIA ADMINISTRATIVO/FINANCEIRA

Finalidade

Desenvolver todas as atividades relacionadas aos recursos financeiros, humanos, materiais e operacionais da Instituição, resultando na obtenção dos objetivos e metas previstas. Destaca-se a elevada importância da administração desta unidade, visto a mesma estar diretamente relacionada com todos os recursos disponíveis para a Instituição, e que bem gerenciados resultam na otimização da qualidade dos serviços prestados e alcance dos objetivos propostos para a Organização.

Organização e Estrutura

A Diretoria Administrativo/Financeira encontra-se diretamente subordinada à Direção Geral da Unidade e sob sua Coordenação encontram-se as seguintes unidades: Administrativas, Financeira e de Operações/Apoio.

Atribuições Gerais

Cabe à Diretoria Administrativa/Financeira as seguintes atribuições:

- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas, financeiras e de operações da Unidade;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades dos serviços integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo e financeiro todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Regimento da unidade e responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e operacionais/produção na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Direção Geral.

Perfil do Cargo de Diretoria Administrativo/Financeira:

- Profissional com nível superior preferencialmente em Administração de Empresas e desejável especialização em Administração Hospitalar ou área afim;
- Ter conhecimento de todos os processos operacionais, administrativos e financeiros da Instituição;
- Preferencialmente com experiência profissional de 2 (dois) anos na gestão e administração de serviços em Instituições hospitalares, referentes à pessoal, administração e finanças;
- Apresentar capacidade de liderança e conhecimento das interfaces com as demais áreas da organização;
- Conhecimentos da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação da Unidade.

UNIDADE ADMINISTRATIVA

Finalidade

A Unidade Administrativa tem como finalidade básica desenvolver todas as atividades relacionadas com recursos humanos e materiais da Instituição, resultando na obtenção dos objetivos estipulados para a Organização. Destaca-se a elevada importância da administração desta unidade, visto a mesma estar diretamente relacionada com os recursos humanos e materiais da Instituição, e que

bem gerenciados resultam na otimização da qualidade dos serviços prestados e satisfação pessoal dos envolvidos na Instituição.

Organização e Estrutura
A Unidade Administrativa encontra-se subordinada diretamente à Diretoria Administrativo/Financeira, sendo que os seviços integrantes da unidade são: Departamento de Pessoal, Suprimentos, Faturamento, Recepção, Telefonia, Portaria e Vigilância, Transporte e SAME.

Atribuições Gerais
- Cabe à Unidade Administrativa:
- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades dos serviços integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Administrativo/Financeira.

UNIDADE DE FINANÇAS

Finalidade
A Unidade de Finanças apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis. Apresenta a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhes são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

Organização e Estrutura
A Unidade de Finanças está diretamente subordinada à Diretoria Administrativo/Financeira, sendo que os serviços integrantes da unidade são: Contabilidade, Orçamento e Custos, Faturamento/Contas Médicas e Tesouraria.

Atribuições Gerais
Cabe à Unidade de Finanças as seguintes atribuições:
- Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
- Planejar e coordenar as atividades a serem executadas pelas áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referente aos recursos materiais e humanos;
- Apresentar periodicamente à Direção Geral, relatórios sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
- Estudar e propor a política financeira e orçamentária, submetendo-a à Diretoria Administrativa/Financeira e à Direção Geral;
- Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
- Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;

- Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
- Coordenar e controlar o fechamento das faturas/contas dos pacientes atendidos na Unidade, referindo-se a diárias, procedimentos, medicamentos, etc., assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros;
- Apresentar o Orçamento Anual da Instituição, Diretoria Administrativo/Financeira e Direção Geral.

Atribuições Específicas – Contabilidade e Custos:

- Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
- Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;
- Executar os controles internos sobre as verbas de Adiantamentos;
- Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
- Manter atualizadas as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;
- Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;
- Determinar os custos operacionais dos serviços hospitalares através da consolidação dos valores de custos e despesas;
- Definição dos critérios de rateio;
- Elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares;
- Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos hospitalares.

Atribuições Específicas – Orçamento:

- Elaborar os orçamentos da Unidade;
- Controlar a execução do orçamento de receitas e despesas, como também dos investimentos da Instituição;
- Manter um serviço de natureza estatística orçamentária;
- Elaborar relatórios de desempenho orçamentário;

Atribuições Específicas – Faturamento/Contas Médicas:

- Coordenar e controlar o encerramento das contas dos pacientes em regime de internação e ambulatorial atendidos na Unidade;
- Auditar as faturas enviadas, referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;
- Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;
- Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise do comportamento diário das contas faturadas;
- Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS;
- Prestar esclarecimentos à Direção sobre a glosa de faturas efetuadas pelo SUS.

Atribuições Específicas – Tesouraria:

- Efetuar os controles de pagamentos e recebimentos da Unidade;
- Realizar os respectivos pagamentos autorizados e efetuar os recebimentos;
- Emitir ordens bancárias de pagamentos;
- Manter um controle eficiente da conta contábil e verbas da dotação orçamentária da Instituição;
- Minimizar as possibilidades de ocorrências de Fraudes e Desvios de verbas;
- Promover a articulação com a SES/GO para análise das fontes de custeio e financiamento das atividades e investimentos na Instituição.

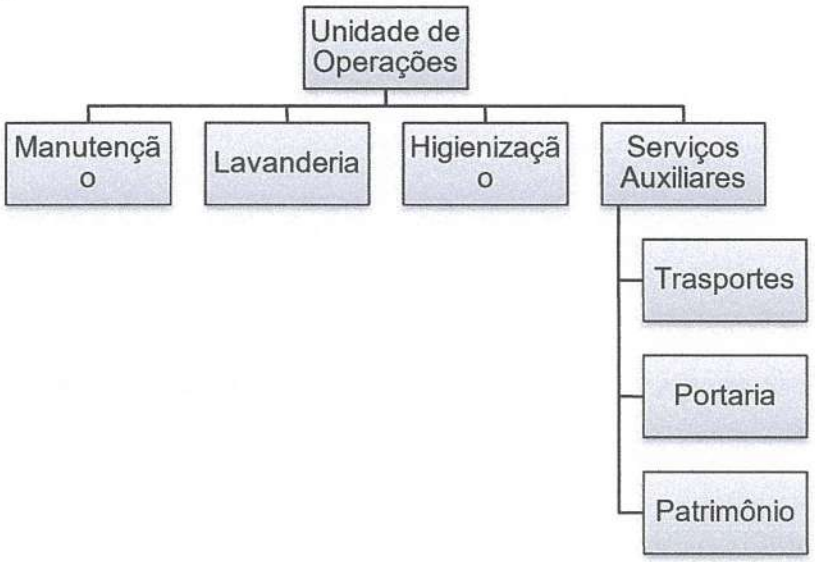
Unidade de Operações/Apoio

Finalidade

A Unidade de Operações/Apoio tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

Organização e Estrutura

A Unidade de Operações está diretamente subordinada à Diretoria Administrativo/Financeira da Instituição, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades: Manutenção; Lavanderia/ Rouparia; Higiene e Limpeza; Serviços Auxiliares.



Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Operações:

- Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
- Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
- Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados (medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);
- Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
- Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
- Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
- Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;
- Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;
- Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais do Hospital aos progressos técnicos e científicos;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

Instrução para Funcionamento do Serviço de Manutenção

Finalidade

O Serviço de Manutenção tem a finalidade de prover a conservação e operação contínua da infraestrutura da Unidade, sendo a mesma representada pelas instalações elétricas, eletrônicas, mecânicas, hidráulica e predial. A disponibilização dos recursos existentes deve estar de acordo com as especificações técnicas para viabilizar a segurança, garantia e economia das atividades da Unidade.

Organização e Estrutura

O Serviço de Manutenção estará diretamente subordinada à Diretoria Administrativo/Financeira e contará com equipe de técnicos e auxiliares de manutenção no período de pleno funcionamento da Undade.

Atribuições Gerais

As atribuições do Serviço de Manutenção são as seguintes:
- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos da Unidade;
- Elaborar em conjunto com o Serviço de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da Unidade;
- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para a Unidade;
- Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a correta atividade corretiva e preventiva da infraestrutura da Unidade;
- Fomentar o desenvolvimento dos envolvidos na manutenção para a capacitação contínua dos mesmos tendo em vista o elevado nível de tecnologia dos equipamentos e instrumentos hospitalares;
- Manter a planta da Instituição, aprovada tecnicamente pelos órgãos competentes;
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da Unidade mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos órgãos competentes;
- Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger o Estado contra a depreciação da "coisa pública".
- Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

A Unidade de Manutenção deverá manter em constante funcionamento e em condições ideais de trabalho:
- Equipamentos de uso constante e de alta complexidade, sendo para estes, sugerido o desenvolvimento de potenciais empresas terceirizadas por se tratar de equipamentos de alto nível tecnológico;
- Instalações elétricas, hidráulicas, de refrigeração, gases e vapor e predial;

- Elevadores, bombas, equipamentos contra incêndio, sinalização interna e externa, serviços de comunicação e telefonia;
- Edifício e dependências da Unidade.

MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

Manutenção Predial

A manutenção predial é voltada para a conservação, operação e segurança das edificações da Unidade. Está atividade será exercida pela própria equipe de manutenção, por meio de programas específicos de acordo com a necessidade de cada infraestrutura da Unidade (ver procedimento em anexo).

O resultado deste trabalho será a valorização constante do patrimônio, a garantia da funcionalidade das diversas instalações da Unidade e a segurança do que nelas habitam, trabalham e circulam.

As atividades de manutenção serão efetivamente melhoradas através do mapeamento de anomalias e correções de possíveis distorções que envolvam as atividades humanas nela presente. A gestão das atividades de manutenção predial será realizada por pessoal devidamente qualificado e com desenvolvimento de sistemas de antecipação e prevenção que permitam o controle do sistema predial, planejando e tomando as decisões corretas nos momentos adequados, em particular nos momentos de emergência.

Manutenção de Equipamentos

O método de gerenciamento para monitoração de um equipamento pertencente ao Hospital será desenvolvido e executado a partir da solicitação de aquisição do mesmo.

Será implantado na Unidade, um sistema de gerenciamento dos equipamentos que contemplará:

- Os controles necessários, desde a solicitação do serviço para a manutenção até o retorno do equipamento à operação;
- Os controles periódicos em relação ao grupo de manutenção e à qualidade dos serviços por ele oferecida.

Tipos de Manutenção

Manutenção Corretiva

- Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma ordem de serviço (OS), deverá ser feita de imediato.
- Em princípio, a OS deverá ser encaminhada ao responsável pelo setor, que deverá verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição ou garantia de serviço (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento). Se o equipamento estiver em garantia entrar em contato com o fabricante. Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente do defeito acusado na OS, pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para Histórico de Equipamentos quanto na Ficha para Controle de Serviços Externos.
- Para equipamentos sob contrato de manutenção (informação contida no Formulário para Histórico de Equipamento), é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado, deverá então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço.
- Antes do início de qualquer reparo, o técnico deverá seguir alguns procedimentos para evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devida a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução.
- Quando o técnico não conseguir identificar ou reparar o defeito, é necessário o contato com o fabricante ou com a assistência técnica. Para isso, o técnico deverá devolver a OS ao responsável pelo setor, que localizará a assistência técnica à qual

será solicitada a visita de um técnico ou para onde será enviado o equipamento para reparo, seguindo a rotina de controle de serviços de terceiros.
- A OS é encerrada e arquivada para posterior utilização no controle periódico desenvolvido pelo grupo de manutenção. Após o encerramento da rotina de manutenção corretiva ou preventiva de cada equipamento, tenha sido ela executada através de serviço interno ou externo, é importante que haja um documento que faça um resumo do serviço executado, das peças que foram substituídas e do custo de manutenção (interna ou externa). Esse resumo ou histórico do equipamento, funciona como instrumento de informação tanto para os técnicos da manutenção no inicio da cada serviço, como para que o responsável pelo setor possa gerenciar o andamento da manutenção de cada equipamento sob sua responsabilidade. Esse documento deve conter toda a história do equipamento de modo bastante resumido, desde sua chegada à Unidadel até a desativação. Dele devem ser extraídas as seguintes informações:
- Número e tipo de falhas ocorridas no equipamento;
- Comparação das falhas que foram relatadas pelo grupo interno de manutenção e aquelas relatadas pelas empresas prestadoras de serviço;
- Tipo e numero de peças que estão sendo substituídas no equipamento, tanto em serviços internos como externos;
- Custo por serviço (interno e esterno) e custo acumulado;
- Datas de realização de cada serviço;
- No caso de serviços externos, a pessoa de contato para cada serviço executado na(s) empresa(s) de presta
ção de serviço.

FORMULÁRIO PARA HISTÓRICO DE EQUIPAMENTO*

Hospital: _____

Equipamento: _____ Modelo: _____

Código do equipamento: ☐☐-☐☐☐☐☐☐

OS nº _____ Data: __/__/__

Conserto nº _____ Vencimento da garantia do serviço: __/__/__

Tipo de serviço: ☐ MP ☐ MC Local do serviço: ☐ Interno ☐ Externo

Forma do serviço: ☐ Garantia ☐ Contrato ☐ Demanda

Empresa: _____

Pessoa de contato: _____

Falha acusada usuário/grupo: _____

Falha relatada grupo/empresa: _____

Serviço executado: _____

Valor do serviço (R$): _____

OS nº _____ Data: __/__/__

Conserto nº _____ Vencimento da garantia do serviço: __/__/__

Tipo de serviço: ☐ MP ☐ MC Local do serviço: ☐ Interno ☐ Externo

Forma do serviço: ☐ Garantia ☐ Contrato ☐ Demanda

Empresa: _____

Pessoa de contato: _____

Falha acusada usuário/grupo: _____

Falha relatada grupo/empresa: _____

Serviço executado: _____

Valor do serviço (R$): _____

Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é de suma importância para ampliar a vida útil do equipamento com a consequente redução de custo e aumento da sua segurança e desempenho. Para tanto, a Unidade implantará um programa de manutenção preventiva, definindo inicialmente os equipamentos considerados críticos e que farão parte do plano de manutenção preventiva, conforme método a seguir:

- Identificação do equipamento: nome do equipamento, marca, modelo e idade;
- Local ou setor a que o equipamento pertence;
- Estado do equipamento: se em operação ou desativado;
- Grau de utilização do equipamento: sua importância para a Unidade;
- Obsolescência tecnológica: se o equipamento satisfaz as atuais necessidades dos usuários.

Uma vez feito o levantamento inicial, será feita a priorização através dos critérios:

- Risco: equipamentos que apresentam alto risco à vida do paciente ou operador em caso de falha;

- Importância Estratégica: equipamentos cuja manutenção preventiva foi solicitada pela própria administração, equipamentos cuja paralisação ocasiona receita cessante, e equipamentos de reserva e/ou que possuem alto grau de utilização, ou seja, cuja paralisação impossibilita ou dificulta a realização de um ou mais serviços oferecidos;
- Recomendação: equipamentos sujeitos a algum tipo de norma de fiscalização pelos de órgãos governamentais (CNEN) e Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para seu funcionamento; equipamentos sujeitos a recomendações dos seus fabricantes, que possuem peças de vida útil predeterminada ou que devem sofrer procedimentos de rotina. Para equipamentos de apoio e instalações de infraestrutura predial, apresentamos a seguir uma lista de materiais e locais que necessariamente deverão ser incluídos no nosso programa de manutenção preventiva.

Dispositivos de infraestrutura:
1. Tratamento de água para geração de vapor e condicionamento de ar
2. Limpeza de canaletas, calhas e ralos de água pluvial
3. Limpeza de fossa séptica e caixas de gordura
4. Limpeza e sanitização de reservatórios de água potável.

Intervalos entre Manutenções Preventivas de Equipamentos Médicos
Adotaremos os intervalos e critérios discriminados a seguir:

CATEGORIA DO EQUIPAMENTO**	INTERVALOS E CRITÉRIOS GERAIS
Equipamentos alimentados via rede elétrica	Intervalo anual: a MP abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho. A MP específica anual deve incluir a verificação da segurança elétrica (requerida por algumas normas).
Equipamentos alimentados por bateria	Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes da capacidade ou tensão da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga/carga para melhorar o desempenho e aumentar a vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias, com base em sua vida média.
Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluidos	Intervalo semestral ou trimestral. Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho; limpeza, lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento.
Equipamentos de ressuscitação ou de manutenção da vida	Intervalo trimestral ou semestral. Por causa da natureza crítica desses equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais frequentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente.
Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais	Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais frequentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais não significa que haja uma obrigatoriedade de aumentar a frequência de MP.
Equipamentos de monitoração crítica	Intervalo anual ou semestral. Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter conseqüências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorrem aleatoriamente e a frequência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência.
Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários	Intervalo quadrimestral ou semestral. Equipamentos com alto potencial de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes visuais e de desempenho para garantir a sua segurança.

* Esta tabela e os intervalos de MP relacionados são aplicáveis somente a equipamentos referentes a cuidados aos usuários em um sistema de manutenção e controle de equipamentos.
**Nota-se que muitos equipamentos podem ser incluídos em mais de uma categoria. Por exemplo, os desfibriladores podem ser incluídos em mais de uma categoria, exceto a de equipamentos de monitoração crítica.

Avaliação da Frequência dos Procedimentos de MP
Para estabelecermos a frequência dos procedimentos de manutenção preventiva que serão realizadas adotaremos a tabela abaixo.

FREQÜÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS DE MP		
MUITO ALTA	**ADEQUADA**	**MUITO BAIXA**
• equipamento sempre calibrado, sem necessidade de mudanças	• equipamento ligeiramente fora de calibração, sem ter a sua operação afetada	• equipamento sempre fora de calibração, gerando resultados errôneos na operação
• equipamento não precisa de limpeza • peças e botões ajustados sem folgas • não há necessidade de lubrificação	• é necessária alguma limpeza • lubrificação fará o equipamento funcionar adequadamente • desajustes (folgas leves nos componentes)	• filtros de ventilação sujos, impedindo um fluxo de ar adequado • desgaste devido a lubrificação inadequada • falta de porcas ou parafusos • botões frouxos e com folgas que tornam incertos os valores ajustados para o funcionamento dos equipamentos
	• nenhuma reclamação sobre a operação do equipamento	• reclamações freqüentes sobre a operação do equipamento
	• freqüência reduzida de manutenções corretivas	• freqüência de MC aumenta ou fica inalterada

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 001**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: MANUTENÇÃO		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Gestão do Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva para os Equipamentos

OBJETIVO	Estabelecer sistemática de manutenção corretiva e preventiva para os equipamentos da Unidade, de modo a assegurar a sua durabilidade, disponibilidade e utilização adequadas.
QUEM	• Manutenção; • Diretoria Geral; • Diretoria Técnica; • Diretoria Administrativa e Financeira; • Cordenação de Enfermagem; • Higienização; • Nutrição.

DEFINIÇÕES

Equipamento Crítico:

Equipamento cuja indisponibilidade poderia ter impacto significativo sobre o sistema da qualidade e a prestação dos serviços de saúde do hospital, sendo por isso, incluído numa estratégia de manutenção preventiva. Para tal avaliação se levaram em conta fatores tais como: relevância, disponibilidade de equipamentos substitutos, consequências potenciais para a prestação do serviço etc. Para os equipamentos avaliados como não críticos a estratégia de manutenção somente corretiva foi julgada suficiente tendo em vista a melhor relação custo benefício.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Cabe ao usuário a responsabilidade pelo:

- uso adequado dos equipamentos designados como sob sua responsabilidade no - Plano de Manutenção de Equipamentos (vide modelo em Anexo);
- cumprimento dos prazos de manutenção preventiva;
- chamado do responsável pela execução das manutenções corretivas (quando necessárias) e preventivas (nos prazos estabelecidos);
- acompanhamento da realização do serviço de manutenção, bem como, pela avaliação da eficácia do serviço realizado tendo em vista o desempenho do equipamento em uso;
- impressão das OS's (vide modelo em Anexo), relativas aos equipamentos sob sua responsabilidade, preenchimento integral da mesma em conjunto com o responsável pela execução da manutenção e envio destas para o coordenador/ encarregado de manutenção.

É de responsabilidade da Manutenção:

- a elaboração e atualização do Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva dos Equipamentos, com base nos manuais dos fabricantes dos equipamentos e em consenso com os usuários;
- o controle do cumprimento do plano pelas partes envolvidas;
- recebimento, análise e guarda dos registros (OS's) de manutenção preenchidos;
- resolução de problemas que eventualmente extrapolem a capacidade dos usuários e/ou responsáveis pela execução da manutenção;
- realizar a manutenção preventiva ou corretiva, predial, hidráulica, elétrica e eletrônica cumprindo as etapas descritas nos respectivos procedimentos.

A responsabilidade pela execução da manutenção dos equipamentos críticos poderá caber a um funcionário ou a um fornecedor externo de serviços de manutenção, via de regra o representante local do fabricante. Para cada equipamento o responsável

pela execução da manutenção é indicado no Plano de Manutenção de Equipamentos.

PROCEDIMENTO

O Coordenador de Manutenção com base na listagem dos equipamentos da Unidade efetua uma avaliação de quais deles devem ser considerados críticos, sendo assim vantajosa a sua inserção em uma estratégia de manutenção preventiva. Com base nestas informações ele emite o Plano de Manutenção de Equipamentos, disponibilizando-o na rede local para conhecimento e cumprimento por toda a equipe envolvida. Em meados de cada mês o usuário (responsável por providenciar a manutenção) levanta os equipamentos cujo prazo de manutenção irá vencer no mês seguinte e elabora uma lista. O usuário equaciona a liberação do equipamento e negocia com o responsável pela execução da manutenção a data mais conveniente. Emite a OS's correspondente (corretiva ou preventiva específica), faz o seu preenchimento envolvendo o executor da manutenção onde necessário. Todos os itens das OS's relativos às manutenções preventivas devem ser executados e as exceções justificadas. Tanto o usuário quanto o executor da manutenção podem inserir seus comentários relativos ao serviço, desempenho do equipamento antes e/ou depois da intervenção, recomendações para melhoria do plano ou da operação do equipamento etc. Reprogamações de manutenção são permitidas, desde que efetuadas no máximo no mês subsequente.

Coordenador/ Encarregado de Manutenção fará a atualização das manutenções já realizadas no Plano, com base nas OS's recebidas.

Coordenador/ Encarregado de Manutenção analisará os comentários, os desempenhos dos equipamentos, as recomendações dos fabricantes para efetuar as revisões do Plano de Manutenção de Equipamentos;

Encontra-se previsto na planilha de custos/despesas desta proposta, o orçamento destinado a manutenção de equipamentos, predial, hidráulica, elétrica e eletrônica.

ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

Modelo de Ordem de Serviços

	UNIDADE

OS-02- PREVENTIVA – TRIMESTRAL				
Tipo de Equipamento:	Ambulância	Identificação (Número de Patrimônio):		
Número Sequencial desta OS:		Data e Hora do início da Manutenção:		
Item	Descrição da Atividade Programada	Realizado? (S/N)	Resultado? (OK/Não OK/ Acrescentar Valores Lidos, se Aplicável)	Necessária OS de Corretiva? (Se sim colocar o número sequencial da mesma)
1				
2				
3				
4				
Comentário do Executante:				
Responsável pela Execução:		Aprovação do Usuário:		
Data e Hora da Conclusão:		Data e Hora da Aprovação:		
Comentário do Usuário				

PROCEDIMENTO:	Gestão do Plano de Manutenção Corretiva e Preventiva para os Equipamentos
RESPONSÁVEL:	Manutenção Demais Setores

	UNIDADE		
OS-01- CORRETIVA			
Tipo de Equipamento:		Identificação (Número de Patrimônio):	
Número Sequencial desta OS:		Solicitante:	
Data e Hora do início da Manutenção:		Data e Hora da Solicitação:	
Descrição do Defeito:			
Serviços Realizados:			
Comentário o Executante:			
Responsável pela Execução:		Aprovação do Solicitante:	
Data e Hora da Conclusão:		Data e Hora da Aprovação:	
Comentário do Solicitante:			

PLANO DE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

Identificação (Número de Patrimônio)	
Estratégia de Manutenção (C= Corretiva, P= Preventiva	
Periodicidade	
Ordem de Serviço	
Responsável por Providenciar a Manutenção	
Responsável pela Execução da Manutenção	
Periodicidade (em dias)	
Última Execução	
Próxima Execução	
Situação	
Observações	

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva na Central e Rede de Gases Medicinais

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Verificar Pressão nas Centrais: O2, N2O, Ar, vácuo	N ☐ A ☐ C ☐		X					
2. Verificar Pressão nas Redes: O2, N2O, Ar, vácuo	N ☐ A ☐ C ☐		X					
3. Verificar Vazamento na Central, conexões e Instrumentos	N ☐ A ☐ C ☐	X						
4. Verificar Vazamento na Rede, conexões, instrumentos	N ☐ A ☐ C ☐	X						
5. Testar Alarme Sonoro e visual dos gases nos postos, simulando variação de pressão e falta de energia	N ☐ A ☐ C ☐				X			
6. Verificar corrosão	N ☐ A ☐ C ☐						X	
7. Verificar Pintura e identificação da rede dos gases, ar e vácuo	N ☐ A ☐ C ☐						X	
8. Verificar Portas, grades de Proteção da Central	N ☐ A ☐ C ☐						X	
9. Fazer teste estanqueidade no tronco e ramais	N ☐ A ☐ C ☐							X
10. Fazer teste microbiológico do ar produzido	N ☐ A ☐ C ☐						X	
11. Verificar filtro	N ☐ A ☐ C ☐				X			
12. Substituir filtro	N ☐ A ☐ C ☐						X	
13. Verificar secador Ar	N ☐ A ☐ C ☐				X			
14. Medir temperatura, vibração, Rpm de motores, compressores, bombas	N ☐ A ☐ C ☐			X				
15. Verificar polias, correias e sentido de rotação	N ☐ A ☐ C ☐			X				
16. Purgar, Drenar vasos/reservatórios	N ☐ A ☐ C ☐	X						
17. Substituir Água do sistema de refrigeração / Selagem do vácuo	N ☐ A ☐ C ☐				X			
18. Medir Corrente / Tensão dos motores	N ☐ A ☐ C ☐			X				
19. Verificar pontos quentes, reapertar conexões nos painéis de força, controle e proteção	N ☐ A ☐ C ☐			X				

Material necessário: - Kit de ferramentas e EPI's básicos

Legenda:

→ D – diário; S – semanal; Q – quinzenal; M – mensal; T – trimestral; Se – semestral e A – anual

→ N – normal; A – anormal; C – corrigir

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva – Estrutura Predial

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Verificar Trincas em:								
Pilares	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Vigas	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Paredes	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Muros	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Reservatório Superior	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Reservatório Inferior	N ☐ A ☐ C ☐				X			
2. Verificar Corrosão em:								
Estruturas Metálicas	N ☐ A ☐ C ☐							X
Escadas	N ☐ A ☐ C ☐							X
Pisos	N ☐ A ☐ C ☐							X
Vigas	N ☐ A ☐ C ☐							X
Pilares	N ☐ A ☐ C ☐							X
3. Verificar Engastamento:	N ☐ A ☐ C ☐							
Telhado	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Calhas	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Condutores	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Madeiramento	N ☐ A ☐ C ☐						X	
4. Verificar concreto com ferragem exposta a oxidação em:								
Pilares	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Vigas	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Lages	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Costado	N ☐ A ☐ C ☐						X	
Fundo	N ☐ A ☐ C ☐						X	
5. Verificar Umidade:								
Pisos	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Paredes	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Lages	N ☐ A ☐ C ☐				X			
Reservatórios	N ☐ A ☐ C ☐				X			

Material necessário: - Kit de ferramentas e EPI's básicos
Legenda:
→ D – diário; S – semanal; Q – quinzenal; M – mensal; T – trimestral; Se – semestral e A – anual
→ N – normal; A – anormal; C – coriigir

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva – Climatização

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Remover filtro tela, aspirar, lavar com água morna e sabão neutro	N ☐ A ☐ C ☐			X				
2. Verificar filtro bacteriológico	N ☐ A ☐ C ☐			X				
3. Substituir filtro bacteriológico	N ☐ A ☐ C ☐						X	
4. Medir temperatura dos mancais:								
- Motor	N ☐ A ☐ C ☐						X	
- Compressor	N ☐ A ☐ C ☐						X	
- Ventilador	N ☐ A ☐ C ☐						X	
5. Medir amperagem motor	N ☐ A ☐ C ☐				X			
6. Medir Voltagem motor	N ☐ A ☐ C ☐				X			
7. Verificar alinhamento de polias	N ☐ A ☐ C ☐				X			
8. Verificar tensão das correias	N ☐ A ☐ C ☐				X			
9. Auscultar ruídos/ vibração	N ☐ A ☐ C ☐				X			
10. Verificar sentido de rotação	N ☐ A ☐ C ☐				X			
11. Verificar lubrificação dos mancais	N ☐ A ☐ C ☐			X				
12. Executar lavagem das serpentinas dos evaporadores	N ☐ A ☐ C ☐						X	
13. Verificar contatos, contadores, reles auxiliar e térmico, temporizadores, aquecimento, calibre dos fusíveis e reapertar conexões	N ☐ A ☐ C ☐						X	
14. Verificar corrosão e aterramento	N ☐ A ☐ C ☐						X	
15. Calibrar proteções	N ☐ A ☐ C ☐							X

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva – Instalação Hidráulica e Elétrica

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção e/ou Eletricista

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Verificar Vazamento de água em: torneira, válvula, ducha, chuveiro, descargas ou na rada	N ☐ A ☐ C ☐		X					
2. Verificar leitura do hidrometro	N ☐ A ☐ C ☐			X				
3. Verificar sistema bombeamento água e controle de nível automático	N ☐ A ☐ C ☐			X				
4. Fazer rodízios nas moto/bombas água	N ☐ A ☐ C ☐			X				
5. Analisar água potável	N ☐ A ☐ C ☐						X	
6. Lavagem de reservatórios com fornecimento de teste bacteriológico antes e após a lavagem	N ☐ A ☐ C ☐						X	
7. Verificar telhado, limpeza calhas, canaletas, bueiros, dutos, caixa passagem	N ☐ A ☐ C ☐					X		
8. Limpar caixa de gordura	N ☐ A ☐ C ☐					X		
9. Limpar fossa	N ☐ A ☐ C ☐						X	
10. Verificar sistema de bombeamento estação tratamento esgoto	N ☐ A ☐ C ☐			X				
11. Fazer rodízio bombas E.T.E.	N ☐ A ☐ C ☐			X				
12. Verificar corrosão e aterramento	N ☐ A ☐ C ☐					X		
13. Verificar aproximação de árvores na rede alta tensão	N ☐ A ☐ C ☐							X
14. Eliminar instalações provisórias não conforme	N ☐ A ☐ C ☐		X					
15. Verificar aquecimento, aterramento, corrosão, trincos, portas, reapertar torneiras, conexões nos quadros: geral, distribuição, força e controle	N ☐ A ☐ C ☐					X		
16. Verificar conexões malha de terra	N ☐ A ☐ C ☐							
geral	N ☐ A ☐ C ☐						X	
sistema	N ☐ A ☐ C ☐						X	
pararraio	N ☐ A ☐ C ☐						X	
17. Medição de malha de terra	N ☐ A ☐ C ☐							X
18. Verificar Para Raio Franklin conexão e descida	N ☐ A ☐ C ☐					X		

263

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
19. Testar painel e circuitos de iluminação / Tomadas: normal e emergência	N ☐ A ☐ C ☐				X			
20. Verificar medidor de energia, leitura, consumo ativo, reativo, demanda	N ☐ A ☐ C ☐			X				
21. Verificar pintura paineis, postes	N ☐ A ☐ C ☐						X	
22. Fazer rodízio das luminárias externas	N ☐ A ☐ C ☐				X			

264

Material necessário: - Kit de ferramentas e EPI's básicos
Legenda:
→ D – diário; S – semanal; Q – quinzenal; M – mensal; T – trimestral; Se – semestral e A – anual
→ N – normal; A – anormal; C – corigir

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva Casa das Máquinas (Gerador, Transformador e Bombas)

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção e/ou Eletricista

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Verificar Nível de água radiador	N ☐ A ☐ C ☐		X					
2. Verificar Nível de água bateria e densidade	N ☐ A ☐ C ☐		X					
3. Verificar Nível de óleo do cárter	N ☐ A ☐ C ☐		X					
4. Verificar Nível de óleo combustível	N ☐ A ☐ C ☐		X					
5. Medir tensão da bateria	N ☐ A ☐ C ☐			X				
6. Fazer leitura no horimetro	N ☐ A ☐ C ☐			X				
7. Verificar tensão das correias	N ☐ A ☐ C ☐				X			
8. Trocar óleo lubrificante (300 horas-cada)	N ☐ A ☐ C ☐							
9. Trocar filtro lubrificante (300 horas-cada)	N ☐ A ☐ C ☐							
10. Verificar filtro de ar, de óleo combustível e óleo lubrificante	N ☐ A ☐ C ☐			X				
11. Verificar pré aquecimento do sistema em Stand By	N ☐ A ☐ C ☐			X				
12. Simular falta de energia com partida automática e verificar: ruído, vibração, temperatura do motor e do gerador	N ☐ A ☐ C ☐			X				
13. Desenergizar transformadores, colocar placa de advertência	N ☐ A ☐ C ☐						X	
14. Abrir chave Seccionadora entrada e saída de Tensão	N ☐ A ☐ C ☐						X	
15. Aterrar o sistema	N ☐ A ☐ C ☐						X	
16. Limpeza e reapertar conexões barramento, alta tensão, baixa tensão, neutro, terra, bucha, chaves Seccionadoras	N ☐ A ☐ C ☐						X	
17. Verificar vazamento de óleo isolante nos trafos, buchas, disjuntores	N ☐ A ☐ C ☐						X	
18. Executar teste no óleo isolante trafos e disjuntores	N ☐ A ☐ C ☐						X	
19. Retirar aterramento	N ☐ A ☐ C ☐						X	
20. Ligar chaves Seccionadoras	N ☐ A ☐ C ☐						X	
21. Ligar disjuntor	N ☐ A ☐ C ☐						X	
22. Medir tensão, corrente entre fases e fase, neutro/terra	N ☐ A ☐ C ☐						X	

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
23. Verificar ruído, temperatura trafo	N ☐ A ☐ C ☐						X	
24. Retirar etiqueta de segurança	N ☐ A ☐ C ☐						X	
25. Verificar sentido de rotação das bombas	N ☐ A ☐ C ☐				X			
26. Medir temperatura mancais , bombas	N ☐ A ☐ C ☐				X			
27. Medir vibrações radias e axial bombas	N ☐ A ☐ C ☐				X			
28. Medir R.P.M.	N ☐ A ☐ C ☐				X			
29. Verificar vazamento selo	N ☐ A ☐ C ☐				X			
30. Verificar pressão de operação	N ☐ A ☐ C ☐		X					
31. Fazer rodízios bombas	N ☐ A ☐ C ☐		X					
32. Painel de acionamento das bombas, reapertar conexões, torneiras, verificar calibre de fusíveis, reles térmicos, checar aterramento e contatos	N ☐ A ☐ C ☐						X	

Material necessário: - Kit de ferramentas e EPI's básicos
Legenda:
→ D – diário; S – semanal; Q – quinzenal; M – mensal; T – trimestral; Se – semestral e A – anual
→ N – normal; A – anormal; C – corigir

PROCEDIMENTO: Manutenção Corretiva/ Preventiva – Extintores

RESPONSÁVEL: Auxiliar de Manutenção

ETAPAS	RESULTADO	Frequência						
		D	S	Q	M	T	Se	A
1. Verificar localização	N ☐ A ☐ C ☐			X				
2. Verificar pressão	N ☐ A ☐ C ☐				X			
3. Pesar aparelho	N ☐ A ☐ C ☐						X	
4. Verificar fixação em parede	N ☐ A ☐ C ☐			X				
5. Verificar corrosão / PITS	N ☐ A ☐ C ☐						X	
6. Verificar estado das mangueiras, conexões acionamento, difusor	N ☐ A ☐ C ☐						X	
7. Verificar etiquetas de identificação	N ☐ A ☐ C ☐			X				
8. Verificar alarme simulado	N ☐ A ☐ C ☐			X				

Material necessário: - Kit de ferramentas e EPI's básicos
Legenda:
→ D – diário; S – semanal; Q – quinzenal; M – mensal; T – trimestral; Se – semestral e A – anual
→ N – normal; A – anormal; C – corigir

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA	LOGOMARCA DO SUS	LOGOMARCA DA SES/GO	LOGOMARCA DA UNIDADE
PROTOCOLO OPERACIONAL	**NÚMERO: 002**		**PÁGINA: 001**
	SERVIÇO: MANUTENÇÃO		**DATA: / /2024**

PROCEDIMENTO: Manutenção de Extintores de Incêndio Normas do Inmetro

OBJETIVO	Realizar adequadamente a manutenção dos extintores da Policlínica.
QUEM	Manutençao e empresa contratada

PRINCIPAIS ATIVIDADES

RECARGA: Anualmente, e todas as vezes que se fizerem necessário de acordo normas da ABNT.

TESTES HIDROSTÁTICOS: A cada 05 (cinco anos).

Conforme determinação da Portaria nº 237 de 03/10/2000 do INMETRO, publicada no Diário Oficial da união em 05/10/2000. a manutenção em extintores de incêndio é dividida em três níveis:

Manutenção de Nível I

Manutenção efetuada dentro do período de garantia de carga do extintor de incêndio determinada pelo fabricante ou pela empresa de manutenção credenciada pelo INMETRO. Trata-se de uma inspeção nos extintores, executada por pessoal habilitado, que poderá ser executada no local onde o extintor está instalado, ou em uma empresa de manutenção de extintores credenciada pelo INMETRO, atendendo a norma NBR 12962 da ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas.

A manutenção de nível I consiste em:

- Verificação de pressurização;
- Conferência por pesagem da carga de cilindros carregados com Dióxido de Carbono (CO2), conforme norma NBR 12962;
- Verificação da necessidade de manutenção nível II;
- Limpeza geral.

Manutenção de Nível II

Manutenção que deve ser executada após o vencimento da garantia da carga do extintor de incêndio; tal data é determinada pelo fabricante ou pela empresa de manutenção credenciada pelo INMETRO que efetuou a última carga. Trata-se da execução de serviço em extintores de incêndio por parte de empresa de manutenção credenciada pelo INMETRO, com local, equipamentos e pessoal habilitado a norma NBR 12962 da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

A Manutenção de nível II consiste em:

- Visita técnica, se necessário;
- Levantamento dos equipamentos contra incêndio no local, se necessário;
- Confecção do orçamento dos serviços a serem executados;
- Retirada dos equipamentos;
- Desmontagem completa do extintor;
- Substituição da carga do agente extintor, conforme as seguintes normas:

* NBR 11715 – extintor a base de água;
* NBR 10721 – extintor a base de Pó Químico Seco;
* NBR 10716 – extintor a base de Dióxido de Carbono (CO2).

- Troca da válvula, se necessário;
- Troca do tubo pescador, se necessário;
- Troca do indicador de pressão (manômetro), se necessário, conforme NBR 9654 (ABNT);
- Troca da mangueira, se necessário;
- Troca obrigatória do anel o'ring;
- Troca obrigatória do anel de identificação, do lacre e do selo;

- Troca do rótulo (quadro de instruções);
- Decapagem e pintura, se necessário;
- Entrega e colocação dos equipamentos.

Manutenção de Nível III

Deverá ser executada no Máximo a cada 5 (cinco) anos com revisão total do extintor de incêndio, incluindo a execução de testes hidrostáticos, conforme norma NBR 12962 da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

A manutenção de nível III consiste em:

- Visita técnica, se necessário;
- Levantamento dos equipamentos contra incêndio no local, se necessário;
- Confecção do orçamento dos serviços executados e retirada dos equipamentos;
- Desmontagem completa do extintor;
- Teste hidrostático dos componentes;

Substituição da carga do agente extintor, conforme as seguintes normas:

* NBR 11715 – extintor a base de água;
* NBR 10721 – extintor a base de Pó Químico Seco;
* NBR 10716 – extintor a base de Dióxido de Carbono (CO2).

- Troca da válvula, se necessário;
- Troca do tubo pescador, se necessário;
- Troca do indicador de pressão, se necessário, conforme NBR 9654-ABNT;
- Troca da mangueira, se necessário;
- Troca obrigatória do anel o'ring, do anel de identificação, do lacre e do selo;
- Troca do rótulo (quadro de instruções);
- Decapagem e pintura, se necessário;
- Entrega e colocação dos equipamentos.

ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES E UNIDADE DE ESTATÍSTICA:

Finalidade:
Preservar a integridade dos prontuários dos pacientes, assegurar a sua correta utilização, manutenção das informações contidas e total sigilo das informações existentes. Tem também a função de elaboração de estatísticas dos serviços a partir de dados extraídos de documentos e registros estabelecidos para este fim.

Estrutura e Organização:
Estará diretamente subordinado à Diretoria Administrativo/Financeira e será composto por uma unidade Arquivo de Prontuários Médicos e uma Unidade de Estatística. Funcionará em horário administrativo e contará com Auxiliares Administrativos/Arquivistas. Será adotada metodologia de arquivamento e guarda de prontuários obedecendo a ordem crescente de número de registro e data de atendimento do paciente na Unidade.

Normas e Rotinas:
Unidade de Arquivo e Prontuários Médicos:

- ✓ Controlar a movimentação dos pacientes na Instituição, desde o seu registro até a sua saída;
- ✓ Garantir a guarda, integridade e conservação dos prontuários, em ambiente livre de umidade e resguardados da luz solar, apostos em estantes apropriadas e agrupados por numeração de registro, mês e ano;
- ✓ Supervisionar a composição e preenchimento correto, claro e preciso dos formulários dos prontuários de pacientes;
- ✓ Manter controle sobre a utilização dos prontuários, assim como, da tramitação correta e da integridade deles;
- ✓ Emitir atestados, declarações, certidões e relatórios médicos com base nas informações contidas nos prontuários.

Unidade de Estatística:

- ✓ Receber e conferir do censo diário;
- ✓ Receber, controlar e compilar os dados estatísticos, diários e mensais, de toda a movimentação de pacientes da Unidade;
- ✓ Divulgar boletins diários, mensais, trimestrais, semestrais e anuais do movimento dos pacientes registrados na unidade de saúde;
- ✓ Elaborar as estatísticas do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, de morbimortalidade, dos procedimentos realizados e da movimentação de pacientes atendidos no Ambulatório Especializado;
- ✓ Elaborar, interpretar e preparar gráficos do movimento estatístico.

O recolhimento dos prontuários após os procedimentos assistenciais, bem como o envio ao SAME será feito ao final de cada turno de atendimento por auxiliar administrativo, o qual deverá conferir o seu preenchimento correto, bem como conferir com a agenda realizada, protocolando todos em livro próprio que será assinado pelo colaborador que os receber. O arquivamento dos prontuários de pacientes será feito obedecendo à sequência numérica de registro, e ao ano do atendimento.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE INFORMÁTICA

Descrição dos Sistemas a Serem Instalados

Módulo: Controle Financeiro

O Sistema Financeiro tem como objetivo controlar os compromissos a pagar e a receber com o acompanhamento do fluxo de caixa e da movimentação bancária.

Características

- Cadastro único dos clientes, fornecedores, centros de custos e plano contábil para os módulos: compras, estoque, contabilidade e custos;
- Cadastro de duplicatas e descontos integrados com as faturas;
- Emissão automática de cheques e borderôs;
- Controlar saldo e movimentação de contas bancárias;
- Permite realizar conciliação bancária;
- Permite realizar programação financeira;
- Calcula o recolhimento de IRF e ISS com emissão das respectivas guias;
- Cálculo automático dos impostos retidos dos fornecedores de serviços;
- Definição automática dos dados bancários dos fornecedores no momento do pagamento.

Consultas/Relatórios

- Pagamentos a realizar e realizados;
- Recebimentos a realizar e realizados;
- Fluxo de caixa analítico e por banco;
- Movimentação bancária por período;
- Saldo bancário das contas correntes;
- Cópia de cheques;
- NF's sem faturas e faturas sem duplicatas;
- Conta corrente e demonstrativo de saldo de fornecedores;
- Conta corrente de adiantamentos e descontos dos fornecedores e funcionários;
- Demonstrativo de custos por conta e centro de custo de forma analítica e consolidada;
- Comparativo do custo previsto contra o realizado;
- Relação de cheques cancelados;
- Informe de rendimentos dos fornecedores de serviços.

Módulo: Compras e Estoque

Compras

O Sistema de Compras tem como objetivo registrar, controlar, gerenciar e fornecer informações a respeito dos pedidos de compras dos materiais.

Características:

- Cadastro único dos fornecedores e centros de custos para todos os módulos: financeiro, compras, estoque, contabilidade e custos;
- Controle do pedido de compra por centro de custo;
- Cadastro de cotações e prazos de entrega dos materiais por fornecedor, permitindo um comparativo de preço x prazo;
- Emissão do pedido a partir da solicitação dos materiais.

Consultas/Relatórios

- Itens de estoque que atingiram o ponto de ressuprimento;
- Emissão do pedido de compra de materiais;
- Relação dos pedidos emitidos por período e centro de custo;
- Compras com recebimento pendente e em atraso;
- Relação das compras por fornecedor;
- Histórico de aquisição por material;
- Preços e prazos de entrega por fornecedor;
- Comparativo de Preço x Prazo;
- Relação das solicitações de materiais por centro de custo.

Estoque

O Sistema de estoque tem por objetivo registrar, controlar e fornecer informações a respeito da aquisição, entrada e saída, dos diversos materiais e medicamentos utilizados na unidade.

Características

- Confiabilidade e segurança das informações mediante consistência dos dados;
- Registro dos dados a partir do documento original;
- Cadastro único dos clientes, fornecedores, centros de custos e plano contábil para todos os módulos: financeiro, compras, estoque, contabilidade e custos;
- Centralização da digitação das notas fiscais de materiais, gerando relatório de contas a pagar do financeiro e consequente redução de retrabalho;
- Cálculo on-line do saldo e custo médio dos materiais no momento da movimentação;
- Baixa automática do pedido de compra no momento da entrada do material.

Consulta/Relatórios

- Relação de entrada de materiais e medicamentos num determinado período;
- Relação de saída de materiais e medicamentos por período e centro de custo (analítico e resumo);
- Relação de devolução de materiais aos fornecedores;
- Relação de notas fiscais recebidas num período;
- Balanço de movimento de materiais por período ou por item de estoque;
- Última entrada e saída por material e /ou medicamento;
- Movimento acumulado por material ou consolidado num período;
- Relação de materiais e/ou medicamentos sem saída num determinado período;
- Relação do saldo atual e valor por item de estoque;
- Balancete diário ou mensal por tipo de operação ou categoria de material;
- Controle de consignação;
- Emissão de formulário para inventário de materiais;
- Apuração de divergências encontradas no inventário;
- Ajustes de inventários efetuados;
- Itens de estoque mais ou menos adquiridos no período;
- Itens de estoque com maior ou menor saída no período;
- Relação dos principais fornecedores.

Módulo: Contabilidade

O Sistema de Contabilidade tem como objetivo fornecer as informações contábeis e gerenciais da empresa.

Características

- Cadastro único dos centros de custos e plano contábil com os módulos: financeiro, compras, estoque e custos;
- Recepção automática dos lançamentos contábeis gerados no módulo financeiro;
- Opção de emissão dos diversos relatórios por faixa de contas e grau máximo do plano contábil.

Consulta/Relatórios

- Razão analítico por período;
- Balancete analítico mensal;
- Balancete do exercício;
- Diário geral por período;
- Balanço mensal;
- Demonstrativo do resultado do exercício;
- Demonstrativo da origem e aplicações de recursos.

Módulo: Custos

Este sistema tem por objetivo fornecer informações gerenciais a respeito do custo orçado e realizado da empresa.

Características

- Cadastro único dos centros de custos com os outros módulos: financeiro, compras, estoque e contabilidade;
- Recepção automática dos movimentos de receitas e despesas geradas no módulo financeiro;
- Emissão dos relatórios em diversas moedas;
- Permite comparar o orçado x realizado;
- Permite ratear os custos com outros centros de custos.

Consultas/Relatório

- Mapa anual dos orçamentos por centro de custo;
- Mapa anual dos orçamentos - consolidados;
- Comparativo do orçado x realizado por centro de custo;
- Comparativo do orçado x realizado-consolidado;
- Resultado consolidado;
- Custo analítico por Centro de Custo;
- Custo analítico por conta;
- Custo consolidado;
- Custo mensal analítico por Centro de Custo;
- Custo mensal consolidado por conta;
- Mapa anual do realizado por Centro de Custo;
- Mapa anual do realizado-consolidado.
- Características Gerais
- Rigidez e simplicidade no acesso ás informações;
- Garantia de confidencialidade das informações através de senhas de acesso;
- Ganho em produtividade através do menor manuseio de informações;
- Integridade dos dados através de rotinas de segurança;
- Apresentação através de menus autoexplicativos;
- Consulta de dados no vídeo, sem necessidades de impressão;
- Presença de mensagens alertando sobre situações anormais.

Módulo de Atendimento

O Sistema de atendimento tem por objetivo controlar os pacientes ambulatoriais e efetuar o faturamento ambulatorial.

Características

- Cadastro médico dos pacientes, médicos, centro de custo e procedimentos integrado ao sistema de leitos;
- Emissão de agenda por médico;
- Cadastro de valores do SUS;
- Anamnese informatizada com o padrão já definido como opção.

Consultas/Relatórios

- Produção ambulatorial
- Boletim de produção;
- Ficha de Anamnese;
- Produção por médico;
- Resumo de produção;
- Atendimento por data/médico/resumo;
- Desempenho por médico e especialidade.

Módulo: Exames Complementares

Este sistema tem por objetivo, agendar os exames complementares realizados na unidade e posterior faturamento dos mesmos.

Características

- Cadastro único dos pacientes, médicos e centro de custo;
- Cadastro de laudos;

- Cadastro do procedimento e valores;
- Cadastro de marcação de exames complementares.

Consultas/Relatórios

- Relação de pacientes;
- Emissão de laudos;
- Emissão do faturamento dos exames complementares.

Módulo de Atendimento ao Paciente

O sistema de atendimento tem como objetivo a marcação de consultas e controle das agendas dos médicos.

Características

Cadastro único de paciente, médico e prontuário;

- Cadastro de procedimentos ambulatoriais;
- Cadastro de movimentação do paciente;
- Cadastro dos dias de atendimento do médico com sua especialidade.

Consultas/Relatórios

- Emissão das agendas médicas;
- Relatório de produção do ambulatório;
- Relatório de produção por especialidade;
- Boletim de produção ambulatorial;
- Produção por médico;
- Atendimento de pacientes por data, médico e especialidade;
- Relatório de tempo de espera ambulatorial.

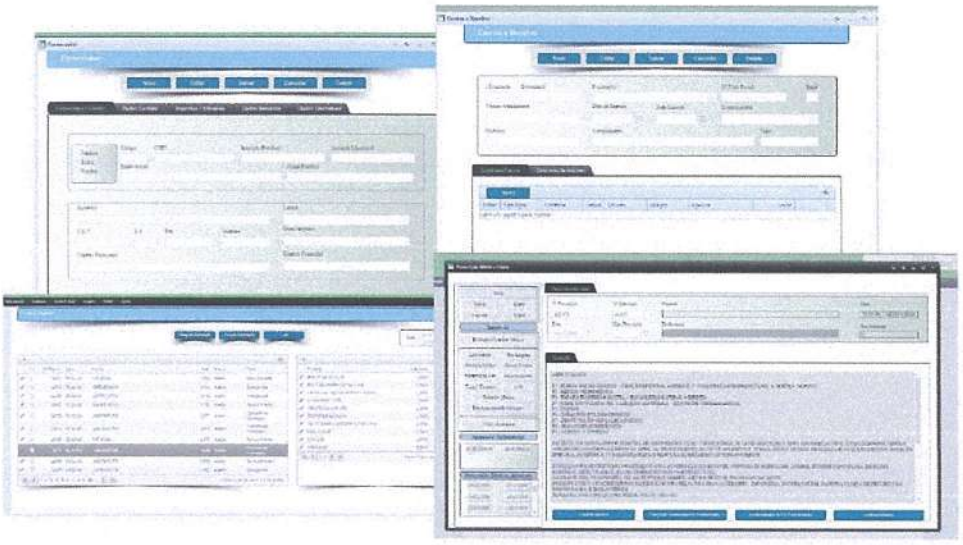
PROPOSTA DE MÓDULOS A SEREM IMPLEMENTADOS



Agendamento com SMS I Gráficos de Atendimento

MÓDULO DE PACIENTE

- Agendamento com envio de SMS, Gráficos de Atendimento e Acompanhamento do Tempo de Atendimento;
- Controle de Prontuário;
- Controle de Internação, com Censo Diário e Controle de Tempo de Permanência;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Controle e Emissão de Laudos de Endoscopia;
- Controle e Emissão de Laudos de Ultrassonografia;
- Controle e Emissão de Laudos de Raios X;
- Prescrição Eletrônica, interligada aos diversos sistemas da área médica com Emissão de Receitas, Transferências, Solicitação de Exames, etc.;
- Enfermagem - Prescrição e Evolução;
- Serviço Social - Prescrição e Evolução;
- Fisioterapia - Prescrição e Evolução;
- Controle de Infecção Hospitalar;
- Faturamento SUS – Ambulatorial (BPA);
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Sistema de Centro Cirúrgico;
- Sistema de Psicologia – Prescrição e Evolução;



Otimização do Trabalho de forma SIMPLES e RÁPIDA.

MÓDULOS ADMINISTRATIVOS

- Serviço de Atendimento ao Usuário – SAC;
- Sistema de Gerenciamento de Suprimentos e Farmácia;
- Sistema de Compras com cotação e comparativo do menor preço de forma automática, com emissão e autorização de fornecimento;
- Sistema Financeiro com Contas a Pagar e Receber, com Fluxo de Caixa;
- Sistema de Informações Gerenciais – SIG;
- Sistema de Contratos e Honorários Médicos;
- Sistema de Requisição de Materiais e Medicamentos por paciente e Kit's;
- Sistema de Contabilidade;
- Sistema de Classificação Contábil;
- Sistema de Custo Hospitalar e Orçamento;
- Sistema de Recepção e Portaria;
- Controle de Patrimônio;
- Sistema de Controle de Transporte;
- Sistema de Manutenção com Ordem de Serviço;
- Controles Gerais de Enxoval e Processamento de Roupas Hospitalares;
- Painel de Atendimento ao Paciente, com marcação do tempo de atendimento e classificação de risco e quantidade atendida.

Atendendo a exigência do Edital de Seleção, propomos a criação de página na internet, disponibilizada para consultas públicas, contendo as seguintes informações:

a) O Contrato de Gestão e os seus eventuais aditivos;
b) O regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;
c) Seus registros contábeis, balanços, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;
d) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;
e) Atas de suas reuniões, que tenham relação com este Contrato de Gestão;
f) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;
g) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;
h) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;
i) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;
j) Relação mensal dos seus empregados com os respectivos salários;
k) Relação dos membros da Diretoria e das Coordenações de seu organograma, com os respectivos salários mensais.

5.4.4. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS

Introdução
O setor de compras tem função estratégica nos negócios, em virtude do volume de recursos financeiros envolvidos. É fácil perceber que mesmo pequenos ganhos decorrentes de melhor produtividade na função têm grande repercussão no resultado. Por isso, entendemos ser necessário investir em tecnologia, como também em novas formas de relacionamento com os fornecedores, e na padronização do processo de compras da Unidade.

Criação de cadastro de fornecedores tecnicamente habilitados
Com base na Legislação Sanitária vigente, obedecendo aos princípios da moralidade, impessoalidade, economicidade, visando o menor prazo de entrega, a maior qualidade do produto ou serviço, criaremos um banco de dados de fornecedores devidamente qualificados na Unidade.

Requisitos necessários para o fornecedor ser cadastrado no banco de dados da Unidade:
Fornecedores de materiais e medicamentos
As compras serão realizadas através dos fornecedores previamente cadastrados no banco de dados de fornecedores, que deverão apresentar previamente os seguintes documentos:

- Licença para funcionamento do estabelecimento, junto a Prefeitura Municipal, comprovado através do alvará de funcionamento;
- Licença para funcionamento os estabelecimentos, junto a Secretaria da Receita Federal comprovado através do CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- Contrato Social ou estatuto social, com suas ultimas alterações e atas de reuniões, devidamente registradas no órgão competente;
- Registro na vigilância sanitária (ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária), quando a compra for relativa a medicamentos.

Fornecedores de serviços
O cadastramento das empresas habilitadas será realizado através dos fornecedores previamente cadastrados no banco de dados de fornecedores de serviço, que deverão apresentar a seguinte documentação:

- Licença para funcionamento do estabelecimento, junto ao órgão estadual competente, comprovado através do alvará de funcionamento;
- Licença para funcionamento os estabelecimentos, junto a Secretaria da Receita Federal comprovado através do CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- Registro do responsável técnico no devido órgão de classe, comprovando a quitação da anuidade da empresa, como também do seu responsável técnico;
- Atestados de experiência e capacidade técnica devidamente registrada no conselho de classe competente;
- Contrato Social ou estatuto social, com suas ultimas alterações e atas de reuniões, devidamente registradas no órgão competente.

Aquisição de Produtos ou Insumos
Função do setor de compras:
A função do setor compras ou aquisição se modificou bastante do modo tradicional de como era tratada antigamente. Em um cenário altamente competitivo é necessário saber o que, quanto, quando e como comprar, assim o setor de compras começa a assumir condições de sobrevivência, ganhando maior visibilidade dentro da organização de forma a definir muitas vezes seu resultado. À área de compras também compete à gestão dos níveis de estoque da empresa, pois embora altos

níveis de estoque possam significar poucos problemas com a produção, acarretam um custo exagerado para sua manutenção. Esses altos custos são resultantes de despesas com o espaço ocupado, custo de capital, pessoal de almoxarifado e controles. Baixos níveis de estoque podem fazer com que a empresa trabalhe num limiar arriscado, onde qualquer detalhe, por menor que seja, acabe prejudicando ou parando a produção. O setor de compras também assume vários outros papéis. Um deles está relacionado com a negociação de preços com os fornecedores. Essa negociação determinará o preço final dos produtos e, portanto a competitividade da empresa. Mas ela pode ir mais longe, já que o comportamento do comprador pode mexer com vários aspectos da economia, como nível de preços, poder de compra do consumidor e o relacionamento entre setores, assim as formas de comprar devem ser bem definidas.

Objetivos do setor de compras
O principal objetivo é o estabelecimento do fluxo dos materiais na organização, definindo sempre os lotes econômicos, assegurando o prazo de entrega dos insumos, para evitar transtornos nos setores.

Focar no lote econômico.
Lote econômico é a quantidade ideal de material a ser adquirida em cada operação de reposição de estoque, onde o custo total de aquisição, bem como, os respectivos custos de estocagem são mínimos para o período considerado. Este conceito aplica-se tanto na relação de abastecimento pela manufatura para a área de estoque, recebendo a denominação de lote econômico de produção, quanto à relação de reposição de estoque por compras no mercado.

Procedimento para Aquisição de Bens e Serviços
O processo de aquisição de bens deve seguir os seguintes passos:
1º. Receber e analisar as requisições de compra em meio físico ou via sistema. As requisições de compras têm início com os setores ou as pessoas que necessitam de produtos dentro da organização, assim para o comprador processar um pedido de compra a requisição deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- Identificação do setor requisitante, aprovação assinada pelo coordenador imediato, e o centro de custo em que será debitado a compra;
- Especificação do material da forma mais detalhada possível;
- Quantidade e unidade de medida;
- Data para entregue do produto;
- Qualquer outra informação complementar necessária.

2º. Selecionar fornecedores: é importante responsabilidade do setor de compras. Para itens rotineiros ou aqueles que nunca foram comprados antes, deve-se recorrer ao banco de dados de fornecedores aprovados/qualificados. Se o item não foi comprado antes ou se não houver um fornecedor qualificado cadastrado, deve-se fazer pesquisa no mercado.

3º. Solicitação de cotações: Para itens de valor maior, deve-se fazer uma solicitação de cotação para no mínimo 03 (três) fornecedores, já previamente cadastrados no banco de dados da Unidade.

4º. Determinar o preço certo: é responsabilidade do setor de compras, ligada à seleção dos fornecedores. O setor de compras é responsável por negociar o preço, e tentará obter o menor preço junto ao fornecedor, visando sempre à qualidade, como também o prazo de entrega.

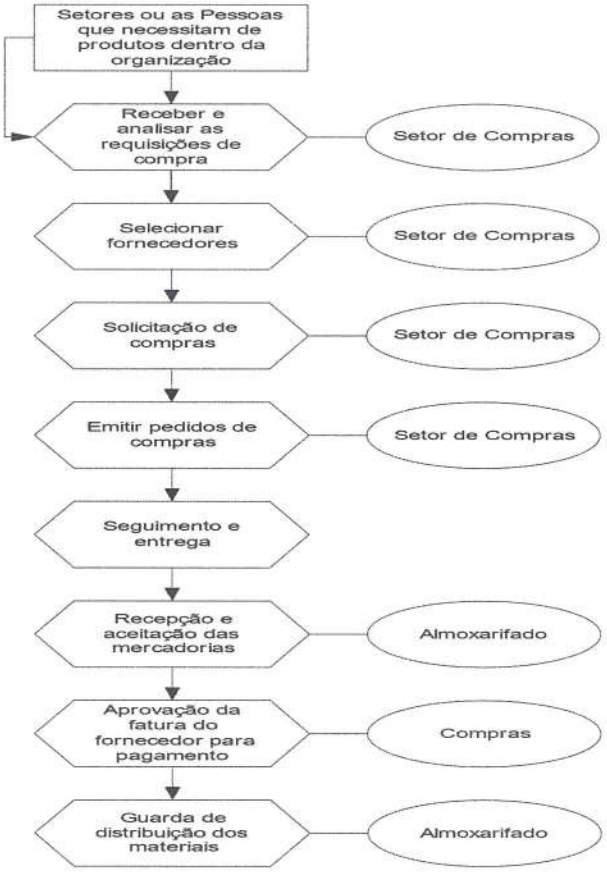
5º. Emitir pedidos de compra: A autorização de compra será emitida e enviada para o fornecedor, uma vez aceita pelo fornecedor, ela se torna um documento legal para entrega dos insumos de acordo com os termos e condições especificados na autorização de fornecimento.

6º. Acompanhamento e entrega: O fornecedor é responsável pela entrega no prazo acordado dos itens solicitados. O setor de compras deverá monitorar e garantir o cumprimento destes prazos para tomar medidas corretivas caso necessário.

7º. Inspeção e Recebimento de produtos: o setor de almoxarifado deverá inspecionar as mercadorias entregues mediante pedido de compra/especificação e nota fiscal verificando se foram enviados os itens corretos, na quantidade certa e se não houve algum dano no transporte. Caso haja qualquer variação passar para coordenação do setor analisar e registrar o ocorrido. Se for necessária outra inspeção, por exemplo, do controle de qualidade, as mercadorias devem ser enviadas ao setor correspondente para tal fim. Se as mercadorias recebidas estiverem danificadas e/ou sem condições de uso, o setor de almoxarifado avisará ao setor de compras e devolverá de imediato ao fornecedor. Estando a mercadoria conforme, será então encaminhada a área destinada ao armazenamento de mercadorias avisando ao setor solicitante que retirará a mesma mediante impresso do setor para tal fim. A Nota Fiscal será enviada para o setor de compras, observando qualquer variação ou discrepância em relação à autorização de fornecimento.

8º. Aprovação da fatura do fornecedor para pagamento: Quando é recebida a fatura do fornecedor, há três informações que devem concordar: o pedido de compra; o relatório de recebimento e a fatura. Os itens e as quantidades devem ser os mesmos em todos os documentos; os preços e suas extensões devem ser os mesmos da autorização de fornecimento e na fatura. Todos os descontos e termos do pedido original de compra devem ser comparados com a fatura. É função do departamento de compras verificar esses aspectos e resolver quaisquer diferenças. Uma vez aprovada, a fatura é enviada ao departamento de contas a pagar.

FLUXO DO PROCESSO DE COMPRAS DE PRODUTOS/ INSUMOS



O processo de aquisição de serviços deve seguir os seguintes passos:

1º. Receber e analisar as requisições do serviço: As requisições de serviços têm início com os setores ou as pessoas que necessitam do serviço dentro da organização, assim o comprador deverá processar o pedido, para isso ocorrer o pedido deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- Identificação do requisitante, aprovação assinada pelo responsável imediato, e o centro de custo em que será debitado;
- Especificação do tipo de serviço da forma mais detalhada possível;
- Qualquer outra informação complementar necessária.

2º. Selecionar o prestador de serviço: identificar e selecionar o prestador é responsabilidade do setor de compras. Para os serviços rotineiros ou para aqueles que nunca foram realizados antes, deve-se recorrer ao banco de dados de fornecedores de serviços aprovados. Se o serviço não foi realizado antes ou se não houver um prestador de serviço qualificado no banco de dados, deve-se fazer uma pesquisa de mercado procurando identificar um prestador compatível com o escopo do serviço. Solicitar os documentos para cadastramento, antes do cadastramento deve-se pedir a aprovação de um especialista na área do quadro de colaboradores do hospital, com a finalidade de aprovar e atestar a qualidade da empresa.

3º. Solicitação de cotações: Para os serviços de maior valor, deve-se fazer uma solicitação de cotação de serviço para no mínimo 03 (três) prestadores de serviços, já previamente cadastrados no banco de dados.

4º. Determinar o preço certo: Essa é uma responsabilidade do setor de compras, intimamente ligada à seleção do prestador de serviço. O setor de compras é responsável por negociar o preço, e tentará obter o menor preço junto ao prestador, visando sempre à qualidade, com também o prazo para prestação do serviço.

5º. Emitir autorização de fornecimento de serviço: A autorização de fornecimento do serviço deverá ser emitida e enviada para o prestador, uma vez aceita pelo prestador, deverá ser encaminhada uma copia da autorização para o setor jurídico para a elaboração do contrato de prestação de serviço, após seu retorno deverá ser encaminhado para o prestador assinar. Neste contrato ficarão definidos os termos e condições especificados na autorização, como também o prazo para prestação do serviço e pagamento do mesmo.

6º. Contratação e entrega de serviço: O prestador de serviço é responsável pela garantia do serviço prestado e o cumprimento do prazo estipulado. Se houver dúvidas quanto ao cumprimento dos prazos de prestação do serviço, o setor de compras deverá ser acionado para juntamente com o setor responsável pelo acompanhamento do serviço tomar medidas corretivas cabíveis.

7º. Acompanhamento e aceitação da prestação de serviço: Quando os serviços forem prestados, o setor de compras juntamente com o setor responsável pelo acompanhamento do serviço terá que inspecionar e garantir que foram realizados dentro das especificações e clausulas acordadas no contrato de prestação de serviço. Usando a sua cópia da autorização, o setor de compras juntamente com o responsável pelo acompanhamento e fiscalização do serviço deverá atestar o cumprimento na integra do contrato em questão. Se for necessária outra inspeção, por exemplo, no serviço realizado deve-se notificar o prestador de serviço das não conformidades encontradas e agendar uma nova inspeção.

8º. Aprovação da fatura do prestador de serviço para pagamento: Quando é recebida a fatura do prestador de serviço, há três informações que devem conter: a autorização do serviço; o relatório de recebimento do serviço constando que foram realizados dentro do escopo contratado e o número do contrato de prestação de serviço.

Os itens e as quantidades devem ser os mesmos em todos os documentos; os preços e suas extensões devem ser os mesmos da autorização e na fatura. Todos os descontos e termos do pedido original da prestação de serviço devem ser comparados com a fatura e com o contrato de prestação de serviço é função do departamento de compras verificar esses aspectos e resolver quaisquer não conformidades. Uma vez aprovada, a fatura é enviada ao departamento de contas a pagar para realizar a quitação.

Procedimentos para Aquisição Especiais

Quando for necessária a aquisição de bens ou serviços em que seja justificada urgência, a competição seja complexa, de difícil execução, e por não haver muitos interessados no fornecimento do bem ou serviço em questão, e cujo valor seja inferior àquele definido na legislação do Estado de Goiás, nestes casos, poderá ser dispensado o procedimento padrão de aquisição. Quando o fornecedor for o único a produzir o bem e/ou prestar o serviço dentro da técnica aceitável, o bem ou serviço poderá ser adquirido, desde que, devidamente autorizado pelo responsável pela solicitação do mesmo, acompanhado de parecer técnico. Quando o valor for inferior àquele definido na legislação do Estado de Goiás e se for demonstrada a urgência, o setor de compras poderá utilizar o banco de dados para aquisição, tendo como base o valor da ultima aquisição do bem ou serviço.

FLUXO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DOS SERVIÇOS

Armazenamento dos Materiais

As áreas de armazenamento deverão ser identificadas de acordo com os grupos de materiais e subgrupos e atendendo a legislação vigente e recomendações do fabricante. Os materiais dos subgrupos serão armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número do lote e prazo de validade, o material com data de validade a vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo.

PADRONIZAÇÃO DE MATERIAL

A Padronização de Materiais de Uso Hospitalar otimiza os processos de aquisição, armazenamento e distribuição dos mesmos, de acordo com as solicitações

recebidas.

OBJETIVOS

- Preservar a qualidade dos materiais;
- Racionalizar o uso dos materiais;
- Otimizar os espaços de armazenamento;
- Ofertar melhores opções de uso.

5.4.5. APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS

Normas gerais para contratação de obras, serviços, compras e alienações

a) Os procedimentos adotados para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, seguirão os princípios gerais de licitação, e serão aprovados pelo Conselho da Administração e publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do Contrato de Gestão;

b)Os procedimentos serão de modo aberto e acessível ao público, com ampla divulgação e participação de diversos fornecedores interessados, preferencialmente por meio da rede mundial de computadores;

c) A entidade não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório;

d) Os bens móveis e imóveis adquiridos pela Organização Social com recursos públicos terão destinação vinculada, exclusivamente, à execução do Contrato de Gestão;

e) São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

f) Qualquer alienação dos bens citados na alínea anterior, precederá de necessária anuência do Poder Público , e seus recursos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão.

Critérios para Contratação de Serviços de Terceiros

Finalidade
Definir metodologia de seleção de serviços de terceiros de forma publica e adotar medidas para criação de um cadastro de fornecedores devidamente qualificados, padronizando a contratação de serviços de terceiros na Unidade.

Normas e Rotinas
O processo de contratação do prestador de serviço, que deverá ser obrigatoriamente Pessoa Jurídica, obedecerá às seguintes etapas: seleção/ apuração da melhor proposta e celebração de contrato. Durante a seleção, objetivando também a criação de um cadastro de fornecedores tecnicamente habilitados, nos termos da legislação sanitária vigente, recepcionados pela Constituição Federal e pelos Princípios da Administração Pública, será solicitada apresentação da seguinte documentação:

- Licença para funcionamento do estabelecimento, junto a Prefeitura Municipal, comprovado através do alvará de funcionamento.
- Licença para funcionamento do estabelecimento, junto a Secretaria da Receita Federal comprovado através do CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.
- Registro do responsável técnico no devido órgão de classe, comprovando a quitação da anuidade da empresa, como também do seu responsável técnico.
- Atestados de experiência e capacidade técnica, devidamente registrados no conselho de classe competente.
- Contrato Social ou estatuto social, com suas ultimas alterações e atas de reuniões, devidamente registradas no órgão competente.

A empresa a ser selecionada deverá apresentar sua proposta de execução de serviços indicando a periodicidade, valor, além dos documentos citados acima;

No caso da Contratação de Serviços Técnicos Especializados deverá ser considerada ainda a formação, experiência e a especialização do contratado dentro da respectiva área;
O processo de seleção compreenderá a cotação de no mínimo três diferentes empresas do mesmo ramo;
A melhor proposta será selecionada pelo Diretor Administrativo/Financeiro e pela Coordenação do setor solicitante, baseando-se na avaliação feita da melhor proposta considerando os aspectos técnicos e o preço;
Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação da somatória de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, além de termos monetários terão um peso relativo na avaliação das propostas os seguintes aspectos: forma de pagamento, prazo para execução dos serviços, custos para operação dos serviços, eficiência e compatibilidade, credibilidade mercadológica da proponente, eventual necessidade de treinamento de pessoal, qualidade e garantia do serviço prestado.
Será firmado um contrato entre as partes em que a regulação se darão pelas suas cláusulas, pelo direito civil e pelos princípios da Teria Geral dos Contratos. O Contrato deverá estabelecer com clareza e precisão as condições para sua execução, expressa em clausulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes. Caberá à administração da Unidade a fiscalização dos serviços prestados conforme as condições e especificações previamente estabelecidas e acordadas no Contrato de Prestação de Serviços firmado entre as partes. As Empresas a serem contratadas deverão obedecer na integra aos critérios citados acima, além de cumprir as atividades descritas nos Procedimentos Operacionais das referidas áreas, apresentados nesta Proposta Técnica e que estarão disponíveis em cada setor.

5.5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

5.5.1. Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações

Introdução

O foco no desenvolvimento humano se justifica pelas atividades próprias de hospitais, onde os profissionais possuem grau de autonomia importante e a qualidade do trabalho é fruto da qualificação profissional, do conhecimento técnico, do domínio das tecnologias inerentes à especialidade e da interação com os demais profissionais. Desse modo, a ênfase no desenvolvimento coloca no centro da questão as pessoas, no entendimento que a competitividade organizacional, ou seja, a apresentação de nível contínuo de alto desempenho está associada à competitividade interna. Isso quer dizer que quanto maior for a excelência gerencial e técnica dos profissionais do Hospital maior será a repercussão positiva junto aos pacientes, familiares, fornecedores, autoridades da área de saúde, entidades representativas dos profissionais, sociedade civil organizada etc.

Parâmetros para a Política de Recursos Humanos da Unidade:

- Conhecimentos e Habilidades Básicos Necessários - conjunto de conhecimentos (saber) e habilidades (saber fazer) necessário à aquisição das condições para assumir as responsabilidades definidas na descrição do Perfil Profissional ideal.
- Perfil Pessoal e Profissional do Profissional - identificação dos itens que refletem os valores da Unidade e necessários a todo profissional, em qualquer posição organizacional, para cumprir a missão definida no Planejamento Estratégico, viabilizar as estratégias e, consequentemente, os seus resultados.

Levantamento de Conhecimentos e Habilidades – se constitui no levantamento inicial da capacidade técnica e gerencial, tendo como parâmetro as competências identificadas como essenciais para a eficientização da Unidade.

Instrumentos de Gestão de Recursos Humanos – possibilita a definição de quem vai ser capacitado, em que, como, quando, por quem e em que nível, através dos seguintes instrumentos:

- Inventário do Nível de Capacitação dos Recursos Humanos – apresenta um quadro da situação de todos os profissionais, com referência aos conhecimentos e habilidades necessários ao exercício das atribuições de cada profissional, o que possibilita: a indicação das capacitações postas à disposição de cada serviço, apontando uma situação de equilíbrio ou de déficit; a definição das ações de treinamento e de desenvolvimento que deverão ser priorizadas; a orientação para o gestor dirigir os esforços de capacitar a sua equipe de trabalho; a indicação para o profissional da dimensão da sua defasagem e dos conhecimentos e habilidades que ele precisa adquirir para ajustar-seaos trabalhos sob a sua responsabilidade.
- Sistema de Avaliação do Desenvolvimento - possibilita as condições de melhoria da performance dos profissionais, através do consenso de gestores e subordinados em torno dos aspectos que precisam ser aperfeiçoados pelos profissionais e das ações de aprimoramento que precisam ser implementadas.

A estruturação da política de treinamento e desenvolvimento dos profissionais, desta maneira, exprime a congruência dos instrumentos citados, vez que todos eles remetem para identificação de necessidades de capacitação a serem supridas, com os detalhes que possibilitem a uma decisão com segurança sobre quem treinar ou desenvolver, em quê, quando e por que.

Assim, decidimos por segmentar o Programa dentro de três grupos, a seguir colocados, com o fim de se buscar a efetividade da aplicação dos eventos e melhor caracterizar o público alvo:

Formação Profissional:

- Programas de Formação Inicial – proporcionam o acesso aos conhecimentos e habilidades mínimas para que o profissional possa iniciar o seu trabalho na Unidade.
- Programas de Formação Básica – proporcionam o acesso aos conhecimentos e habilidades considerados essenciais a todos os profissionais contratados.
- Programas de Formação Especializada – envolvem as propostas para o desenvolvimento técnico do profissional para as áreas específicas de interesse da Unidade.
- Desenvolvimento Gerencial – envolve proposta para desenvolvimento da capacidade gerencial dos gestores.
- Especialização Complementar - oferece condições para que a Unidade passe a contar com profissionais que tenham formação verticalizada em áreas/atividades consideradas relevantes: Especialização "lato sensu", Mestrado e Doutorado.

Como estratégia, a Unidade centrará, inicialmente, seus esforços para os Programas de Formação Básica, considerado como o mínimo necessário que todo profissional deve possuir. Além disso, promoverá a atualização dos conhecimentos e habilidades que compõem esses Programas. Cada um dos serviços da Unidade, com base na programação apresentada, ficará encarregado de estabelecer as suas prioridades e, sempre que possível, disponibilizar os profissionais que detenham o nível de conhecimento necessário para atuarem como instrutores, no esforço inicial de recuperar as deficiências identificadas. Também esses órgãos terão um papel fundamental na estruturação dos programas, principalmente no apoio técnico durante as discussões com parceiros (Universidades, empresas de treinamento, instrutores etc.) na elaboração das ementas dos programas das disciplinas.
As prioridades serão definidas a partir da aplicação dos instrumentos de Avaliação de Desenvolvimento. Nesse esforço inicial, também o profissional seria incentivado a buscar, por meio próprio, o seu autodesenvolvimento, através de leituras, estágios em áreas desconhecidas, cooperação a outras atividades da sua unidade, conforme for acordado durante a elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual, detalhado mais adiante.

Avaliação do Desenvolvimento e Planos de Desenvolvimento
O acompanhamento e a avaliação do Profissional possibilitarão a melhoria dos resultados dos serviços, através do constante aprimoramento e do desenvolvimento desse Profissional. Por outro lado, internaliza na Unidade uma prática inovadora para, através de avaliação integrativa e participativa, possibilitar as condições para o incremento contínuo do desenvolvimento dos Profissionais. Além disso, será criado um clima confortável para Coordenações e equipes negociarem padrões de desenvolvimento, inclusive estabelecer propostas de melhoria. A partir do estabelecimento de consenso entre avaliador e avaliado sobre os aspectos críticos que precisarão ser aperfeiçoados, serão estabelecidas as ações aprimoramento e, consequentemente, o Plano de Desenvolvimento Individual.
O planejamento do que precisa ser feito para o profissional se aperfeiçoar será concretizada no Plano de Desenvolvimento Individual, que conterá todas as ações necessárias, prioritárias, a esse aperfeiçoamento. As ações envolverão iniciativas:

- do próprio profissional – leituras, participação de cursos da rede regular de ensino, pesquisas em sites, etc.
- dos gestores – criação de oportunidades para estágios, participação em projetos, treinamento em serviço, indicação para participação de eventos, liberação do profissional etc.
- da área de recursos humanos – oferecimento de oportunidades de

capacitação, acompanhando os eventos, desenvolvendo parcerias internas e externas, mobilizando as pessoas e instituições, articulando as várias instâncias de capacitação da Unidade, etc.

O agrupamento das ações de aprimoramento dos Planos de Desenvolvimento Individual de todos os profissionais de um determinado setor será a base para a elaboração do Plano de Desenvolvimento do setor. De igual modo, o agrupamento dos Planos de Desenvolvimento dos setores formará o Plano de Desenvolvimento da Unidade.

O instrumento da avaliação do desenvolvimento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento do avaliado, pois todas as variáveis importantes ao desenvolvimento do servidor estarão sendo discutidas e será criada oportunidade de o Profissional receber "feedback" e orientações mais qualitativas. Desta maneira, os conflitos inerentes a todo processo de avaliação serão minimizados, visto que o foco é o desenvolvimento do próprio avaliado e o resultado será um Plano de Desenvolvimento para o aperfeiçoamento do avaliado, sem indicação de qualquer sanção ou outro aspecto negativo dos sistemas tradicionais de avaliação.

A Avaliação terá como base o Perfil Profissional definido previamente nas descrições de cargo que serão implantadas. Sendo definidos dois perfis, um para os profissionais de nível superior e, outro, para os profissionais de nível médio. O perfil será composto de capacidades e cada uma delas será desdobrada em frases indicativas das atitudes que se espera do profissional. Essas frases serão agrupadas e hierarquizadas por nível de complexidade, oferecendo condições das pessoas envolvidas com a avaliação tomarem conhecimento do ponto em que o profissional se encontra e o que será preciso fazer para que o mesmo possa executar atividades de maior complexidade.

O ideal é que essa avaliação seja feita durante todo o mês de outubro de cada ano, a fim de que haja um tempo para processar todas as informações de modo que, no final de cada ano, todos os Planos de Desenvolvimento estejam aprovados para aplicação no ano seguinte.

Aconselhamento de Desenvolvimento

Os gestores, técnicos de recursos humanos e os demais profissionais serão capacitados para atuarem como orientadores do desenvolvimento dos profissionais, não somente sugerindo alternativas de encaminhamento profissional, como também o encorajando a assumir posturas mais agressivas na busca do desenvolvimento profissional e pessoal. O aconselhamento de desenvolvimento deverá ser feito por pessoa que conheça a Unidade e os seus ambientes, saiba avaliar o potencial e as possibilidades dos profissionais e tenha condições de ajudar o profissional a elaborar uma proposta exequível de desenvolvimento.

Com o aconselhamento de desenvolvimento serão criadas as condições para:

- Elaboração de uma proposta de desenvolvimento em função do potencial e da capacidade do profissional.
- Acompanhamento do desenvolvimento do profissional, possibilitando ajustes, redirecionamentos e atualização das informações.
- Elaboração de propostas alternativas em função da rapidez das mudanças e constantes ajustes na administração pública, na área da saúde e na própria especialidade do profissional.

O aconselhamento poderá ocorrer sempre que houver uma necessidade identificada pelo profissional ou pelo gestor e através das oportunidades que serão criadas pelos seguintes instrumentos:

Levantamento do Nível de Capacitação dos Recursos Humanos – Tendo o caráter de diagnóstico, o inventário adquire importância fundamental na definição dos programas de capacitação que deverão ser priorizados, pois o mesmo destacará as situações de profissionais que possuam nível de capacitação aquém do nível desejado. Em um momento inicial, gestores e profissionais poderão exercitar a elaboração da proposta com base no inventário. O inventário se constitui no marco

inicial para que essa proposta seja traçada e, portanto, se constitui em um momento crítico para o desenvolvimento do profissional.

Avaliação do Desenvolvimento – Promove a discussão entre profissional e comissão de avaliação (ou chefia imediata) sobre os aspectos relevantes para o desenvolvimento pessoal e profissional do profissional, inclusive o estabelecimento das ações prioritárias de aperfeiçoamento. O instrumento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento de desenvolvimento, pois todas as variáveis importantes ao aperfeiçoamento do profissional estarão sendo discutidas. Se envolver uma comissão, o profissional terá a oportunidade de receber "feedback" e orientação mais qualitativos. Nas oportunidades criadas pelos instrumentos citados, haverá condições de se estar adotando os seguintes procedimentos essenciais a todo processo de aconselhamento:

Auto Avaliação – os instrumentos serão provocativos da autoavaliação, na medida em que o profissional, para discutir sobre o seu desenvolvimento e buscar consensonas avaliações e ações de aprimoramento, precisará estruturar os seus interesses, suas habilidades e conhecimentos, os pontos fortes e aqueles que precisam ser desenvolvidos, as potencialidades, além de tentar compatibilizar a sua situação, ou a situação pretendida, aos interesses da Unidade.

Entrevista – Também são estabelecidos momentos em que os gestores e os subordinados estarão tratando do desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas o que, indiretamente, refere-se ao desenvolvimento da Unidade. O momento da entrevista é muito importante para o aconselhamento de desenvolvimento, pois se criam oportunidades para:

- Análise conjunta das opções de desenvolvimento, experiências e qualificações requeridas e as possibilidades do avaliado.
- Auxílio na definição da trajetória de desenvolvimento compatível com os objetivos da Unidade.
- Esclarecimento sobre as oportunidades de desenvolvimento e sobre as limitações de determinadas alternativas, diante das necessidades dos serviços.
- Ajuda no planejamento individual de desenvolvimento, em função da trajetória escolhida, envolvendo ações de treinamento de curto, médio e longo prazo, iniciativas de autodesenvolvimento, opções de aquisição de competências através de rodízios e estágios, estabelecimento dos prazos para aquisição das competências e estabelecimento dos indicadores de resultado.
- Avaliação do desenvolvimento do profissional, com alerta para os progressos e as restrições do período.
- Adaptação da trajetória de desenvolvimento do profissional, em função de mudanças de processos de trabalho, funções, prioridades de serviços, estratégias e novas tecnologias, ou até mesmo em virtude de mudanças no mercado de **trabalho.**

Concorrência para os Eventos

A área de Recursos Humanos deverá manter o banco de dados de recursos humanos atualizado, pois a concorrência para seleção de candidatos aos eventos de T&D será feita a partir das informações oriundas dos sistemas de gestão de recursos humanos.

Considerando-se que o desenvolvimento pessoal e profissional envolve um processo contínuo, todos os profissionais l são candidatos em potencial aos eventos de T&D. Assim, por definição, todos os profissionais são concorrentes aos eventos de T&D que envolvam conhecimentos e habilidades ainda não adquiridos.

Seleção para os Eventos

Na seleção dos profissionais que participarão dos eventos de T&D, deverão ser consideradas a situação do profissional e do serviço frente aos demais profissionais

e demais unidades, as prioridades estabelecidas pelas unidadese a disponibilidade do profissional em participar do evento.
Os critérios que deverão ser adotados são, pela ordem de prioridade:

- Com relação aos profissionais: Indicação do evento no Plano de Desenvolvimento Individual; Profissionais com nível de prontidão baixo; Profissionais envolvidos em atividades que exigem qualificação especializada; Profissionais que estejam precisando de qualificação para habilitar-se a executar atividades de maior complexidade; Profissional que tenha capacidade e compromisso de repasse – ser um agente multiplicador (teoria, prática); Profissionais que apresentam um histórico de bom rendimento em eventos anteriores; Tempo de serviço e assiduidade.
- Com relação aos Serviços: serviços com profissionais com nível de prontidão baixo; serviços envolvidos em trabalhos especiais para os quais não contam com profissionais qualificados.
- Outras considerações: Disponibilidade do profissional para participar do evento; Liberação do profissional para participar do evento; Profissionais que possuem os pré-requisitos exigidos para participar com êxito do evento; Aprovação em teste de pré-qualificação (prova, prova prática, entrevista etc.), se for o caso.

Controle do Desenvolvimento e da Capacitação
O controle do desenvolvimento e da capacitação dos profissionais deverá ser feita através do acompanhamento do nível de prontidão de cada um dos profissionais e do monitoramento das competências de todos os profissionais lotados em uma determinada unidade. Assim, é importante que haja um acompanhamento do desenvolvimento das pessoas, individualmente, no pressuposto de que o desenvolvimento das pessoas alavancará o desenvolvimento da Unidade. De igual modo, também é importante que haja acompanhamento das competências existentes em cada um dos serviços, no pressuposto de que um serviço sem condições de responder a todas as demandas que lhe serão cobradas poderá impactar negativamente os resultados gerais da Unidade.
Implantaremos um banco de dados para controlar, de um lado, todos os conhecimentos e habilidades necessários a um trabalho com excelência técnica e gerencial e, por outro lado, todos os conhecimentos e habilidades do domínio de cada um dos profissionais. A partir desse banco de dados, os gestores poderá avaliar as condições de suas unidades em responder positivamente a todas as demandas a que serão submetidos, além de terem sempre à mão as condições dos seus subordinados em relação ao desenvolvimento, ritmo de desenvolvimento, domínio ou noções de conhecimentos e de habilidades, competências que precisam ser adquiridas etc. Ou seja, a partir do banco de dados poderão ser recuperadas informações fazendo-se os mais diferentes cruzamentos a depender das várias situações que surgirão no dia-a-dia de trabalho. Também poderão ser gerados relatórios para encaminhamento aos profissionais, a fim de que os mesmos possam acompanhar as suas situações individuais e tomar as decisões que julguem convenientes para aumentar o patrimônio de competências.
Em virtude da rápida evolução dos conhecimentos e das tecnologias, o banco de dados deverá oferecer condições para a constante atualização (inclusão de novos conhecimentos/habilidades e exclusão daqueles que se tornarem obsoletos). Também deverá apresentar alternativas de gestão, a fim de que haja acompanhamento pela área de recursos humanos, concomitantemente ao monitoramento que cada gestor fará dos profissionais lotados na sua unidade. Depois de gerado o banco de dados a Unidadel terá um inventário de todos os conhecimentos e habilidades existentes nos seus vários ambientes e, a partir daí, adquirirá as condições para iniciar a gestão dos conhecimentos e do desenvolvimento dos seus profissionais.
Essa gestão envolverá:

- Monitoramento dos conhecimentos e das habilidades existentes nos ambientes da Unidade.
- Monitoramento dos conhecimentos e das habilidades do domínio de cada um dos profissionais.
- Inventário dos conhecimentos e das habilidades dos profissionais .
- Monitoramento do desenvolvimento dos profissionais que estiverem sendo preparados para suceder gestores ou profissionais técnicos que estarão se afastando do trabalho por aposentadoria ou por qualquer outro motivo.
- Apoio na seleção dos profissionais que participarão de eventos de capacitação.
- Apoio na definição das prioridades de capacitação (profissionais e serviços).
- Otimização dos investimentos em treinamento e desenvolvimento.

Satisfação das Pessoas

Pesquisa de Clima Organizacional e Uso das Informações

Para determinar o nível de satisfação das pessoas que trabalharão na Unidade serão desenvolvidos os seguintes meios:

Pesquisa de Clima: realizada anualmente através de consultoria externa, e que incluirá os principais aspectos de relevância para satisfação das pessoas. Esta pesquisa contemplara as seguintes etapas:

- Planejamento do Projeto de Pesquisa de Clima organizacional;
- Preparação para Pesquisa de Clima;
- Aplicação e Tabulação da Pesquisa e Tabulação da Pesquisa e Tabulação da Pesquisa de Clima Organizacional;
- Processamento, Análise e Diagnóstico dos Dados da Pesquisa de Clima
- Construção do Plano de Ação e Monitoramento da Implantação.

Participarão desta pesquisa os representantes de todos os grupos de pessoas da força de trabalho e os resultados serão tabulados pela empresa de consultoria que também fará a comparação com valores de referência no mercado nacional. Nesta etapa, a Contratada deve tabular os dados coletados a partir das respostas dos empregados, realizar análises quantitativas e qualitativas (questões abertas) e cruzamentos de dados. A Contratada deverá elaborar relatório com a análise quantitativo-descritiva e comparativa dos dados contendo, no mínimo:

- Caracterização da amostra;
- Quantidade de questionários iniciados e não concluídos;
- Validação estatística do questionário;
- Médias, desvios-padrão e índices de favorabilidade obtidos nos itens e nas dimensões de clima organizacional, de satisfação com o emprego atual e de comprometimento ou engajamento dos empregados da Unidade considerando-se cada um dos diferentes estratos da amostra;
- Análise da correlação entre as dimensões do clima organizacional;
- Identificação dos pontos fortes e oportunidades de melhoria;
- Comparação das práticas com as melhores práticas do mercado;
- Todas as análises devem ser acompanhadas de seus respectivos gráficos, sempre que for o caso.

A Contratada deverá sempre preservar a confidencialidade dos respondentes, agrupando segmentos (demografias), que permitam a identificação dos grupos. O relatório preliminar deverá contemplar as conclusões sobre o clima organizacional, a satisfação e o comprometimento ou engajamento dos empregados. A Contratada deverá entregar e apresentar o Relatório Preliminar à Diretoria da Unidade, contendo todas as análises acima descritas em versão impressa e arquivo digital do tipo Word. Estes dados serão apresentados a Diretoria Geral e a partir daí serão desencadeados uma série de planos de ações a serem implementados por área.

Pesquisas de Avaliação da Satisfação das Pessoas com o Ambiente de Trabalho: realizada semestralmente em áreas escolhidas por serem criticas ou por

apresentarem resultados desfavoráveis na Pesquisa de Clima, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação dos colaborados desta área com alguma questão que afete o ambiente ou o clima de trabalho.

Levantamentos Informais: através de um canal aberto de comunicação entre a Diretoria e a área de RH / Gestão de Pessoas e toda a força de trabalho.

Uso das Informações:
Todos os resultados destes levantamentos serão analisados e tratados pela área de RH/ Gestão de Pessoas, envolvendo outras pessoas de diversas áreas conforme necessidade. Para tratamento dos dados (que normalmente são verbais) e estabelecimento de Planos de Ações serão utilizadas Ferramentas de Gestão apropriadas. Os casos de maior impacto na Unidade ou que envolvam necessidades de recursos adicionais serão levados para apreciação da Diretoria.
Os resultados da Pesquisa de Clima e da Pesquisa de Satisfação servirão de indicadores gerenciais, visando melhorias constantes no ambiente de trabalho. As informações prestadas pelos funcionários do Hospital no formulário destinado a Pesquisa de Clima serão confidenciais , assim como, a identificação dos mesmos.

5.5.2. Apresentação de Plano de Cargos e Salários

Com o objetivo de tornar transparente para o colaborador e dirigentes as regras de ascensão e política salarial da Unidade será instituído um Plano de Cargos, Carreira, Salários e Benefícios em que a capacitação e desempenho profissional sejam reconhecidos através de promoção horizontal e vertical. Os indicadores utilizados para as promoções serão subsidiados pela avaliação sistemática e periódica de todos os colaboradores quanto aos seguintes requisitos:

- **Avaliação de Desempenho:**
  - O processo envolverá todos os trabalhadores do Hospital independente do tipo de vinculação, e será contínuo, com aplicação anual, sendo realizado no mês de aniversário de sua admissão;
  - Será considerada a dimensão individual quando for realizada a avaliação dos indivíduos em suas competências face às expectativas da Unidade, e a dimensão grupal que envolverá a avaliação das equipes, serviços e/ou de toda a Instituição face às metas previamente acordadas;
  - Os fatores a serem considerados na avaliação são: os objetivos estratégicos da Unidade, os objetivos e metas do serviço do colaborador, as interações entre as áreas que compõem o Hospital particularmente aquelas com projetos comuns, a sinergia do trabalho em grupo;
  - A avaliação será sempre realizada pelo chefe imediato do profissional ou outro profissional por ele indicado;
  - A avaliação obedecerá à modelo previamente estabelecido em que estejam definidos os fatores e códigos a serem aplicados e nele registrados todos os conceitos e observações emitidas pelo avaliador e avaliado;
  - Após a análise e mensuração da avaliação, os profissionais que obtiverem um total de pontos abaixo da média serão entrevistados para aconselhamento de carreira e, se necessário, incluídos em avaliação semestral;
  - Na avaliação buscar-se-á o consenso entre avaliador e avaliado sobre os aspectos críticos que precisarão ser aperfeiçoados.

- **Promoção Horizontal**
  - Disciplina;
  - Assiduidade e pontualidade;
  - Colaboração com a equipe, superiores e colegas;
  - Disponibilidade;
  - Qualidade do trabalho realizado;
  - Responsabilidade;
  - Apresentação pessoal;
  - Conhecimento da função e desenvolvimento técnico;
  - Entendimento e aceitação de mudanças;
  - Comunicação e organização;
  - Aprovação na avaliação de desempenho anual.

- **Promoção Vertical**
  - Fim do período de experiência;

- Promoção para cargo maior ou reclassificação do cargo;
- Reajuste salarial acordado com o Sindicato da Categoria.

- **Sistema de Benefícios:**
  - Convênio com instituição financeira para viabilizar empréstimos consignados em folha de pagamento;
  - Convênio com empresas de assistência médica e odontológica, visando redução nos valores cobrados;
  - Convênio com óticas, farmácias e livrarias com desconto em folha;
  - Distribuição de cestas natalinas, no final do ano, a todos os colaboradores e realização de confraternização;
  - Financiamento de cursos/capacitações para os profissionais e dirigentes da Unidade.

5.5.3. 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

Os Sistemas de Recrutamento, Seleção e Contratação envolvem todos os processos relacionados ao objetivo principal de atrair e manter pessoas que agreguem valor aos serviços prestados pela Unidade, garantindo o cumprimento da sua missão, e assegurando a prestação de serviços de qualidade aos usuários. Para tanto, serãol utilizados os dois tipos de recrutamento, o externo e o interno, priorizando o interno como forma de reconhecer e valorizar seus talentos.

Etapas do processo de Recrutamento:

- Definição do perfil: levantamento junto às coordenações a descrição de cargos, das qualificações necessárias para exercer a função referente à vaga em aberto;
- Divulgação da vaga – utilização dos meios de comunicação, internos e externos, supostamente mais acessíveis aos possíveis candidatos;
- Recepção e triagem dos currículos de acordo com o perfil previamente definido.

O processo de seleção terá como objetivo buscar, entre os candidatos recrutados, o mais adequado para o cargo disponível na Unidade. Será basicamente um processo de comparação dos requisitos exigidos pelo cargo, conforme descrição do cargo, com as características apresentadas pelos candidatos. Serão utilizadas as seguintes técnicas de seleção:

- Análise Curricular – será feita uma análise do perfil do candidato conforme currículo, de acordo com a vaga em aberto. Serão selecionados os candidatos que apresentarem formação escolar necessário e os requisitos mínimos previamente definidos para exercer o cargo, conforme descrição do cargo.
- Entrevista – serão realizadas entrevistas com o objetivo de obter informações pessoais e profissionais, além de confirmar, esclarecer e aprofundar os dados contidos no currículo.

A avaliação dos candidatos será classificada em: fraco, regular, bom e ótimo, estando habilitados para próxima fase da seleção, os que obtiverem conceitos iguais ou maiores que regular.

Avaliações Gerais – nesta fase serão aplicadas avaliações escritas, conforme a função a ser desempenhada, para avaliar o nível de conhecimentos gerais dos candidatos exigidas pelo cargo.
As avaliações gerais e as respectivas pontuações serão:

- Matemática – 0 a 10 pontos
- Português – 0 a 10 pontos
- Redação – 0 a 10 pontos

Serão classificados os candidatos que obtiverem nota igual ou superior a 5,0 (cinco).

Avaliação Específica Teórica – nesta fase será aplicada avaliação escrita para verificar o nível de conhecimento profissional ou técnico dos candidatos, conforme área de atuação. A pontuação será de 0 a 10, estando classificado o candidato que obtiver nota maior ou igual a 5,0 (cinco).

Dinâmica de Grupo/Técnicas Vivenciais – esta etapa será realizada no caso de vagas com mais de sete finalistas selecionados nas etapas anteriores. Tem como objetivo avaliar como o candidato reage a situações que poderão fazer parte do cotidiano do cargo pretendido, além de verificar como o mesmo se relaciona com as demais pessoas. A avaliação dos candidatos será classificada em: fraco, regular, bom e ótimo, sendo habilitado o candidato com conceito igual ou superior a bom.

Ficará automaticamente desclassificado o candidato que não comparecer a qualquer uma das etapas do processo seletivo, qualquer que seja a alegação. Para classificação final será adotada a média aritmética da pontuação obtida nas etapas com avaliação numérica, considerando também o resultado das demais etapas da avaliação, acrescentando a pontuação final mais 01 ponto para os candidatos que obtiverem conceitos bom e ótimo. Ao final do processo seletivo havendo empate, serão utilizados os critérios abaixo, sendo que a pontuação será acrescida ao resultado final do candidato:

- Maior pontuação na avaliação teórica de conhecimentos específicos – 01 ponto;
- Maior tempo de experiência profissional comprovada – 01 ponto.

A seleção terá o prazo de validade de 12 meses a contar da data de conclusão de todo o processo.

Contrato de Trabalho

Do quadro de pessoal constarão profissionais sujeitos aos seguintes regimes jurídicos:

- Celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho e legislação trabalhista correlato.
- Pessoa jurídica – formadas por médicos que prestarão serviços na Unidade.

O ingresso no quadro de pessoal, no caso do profissional celetista, deverá ser precedido dos processos de recrutamento e seleção, apresentação dos documentos abaixo e assinatura do contrato de trabalho:

- Xerox: PIS, CPF, R.G., Título de Eleitor
- Carteira de Trabalho
- Carteira do Conselho e Comprovante do Pagamento da Anuidade
- Documento de Escolaridade (Histórico, Diploma e/ou Certificado)
- 02 fotos 3X4
- Xerox do comprovante de residência
- Antecedentes Criminais da Polícia Federal e Secretaria de Segurança Pública
- Certidão de Nascimento, cartão de vacina do(s) filho(s) menor (es) de 07 anos e/ou comprovante de matrícula.

O Contrato de Trabalho a Título de Experiência, assinado pelas partes, servirá para avaliar as aptidões pessoais e desempenho profissional do contratado, além de demonstrar as vantagens e condições de trabalho oferecidas. O contrato de experiência poderá ser de 30, 45, 60 ou 90 dias, podendo ser renovado apenas uma vez e desde que a soma dos períodos não exceda ao prazo máximo de 90 dias (art.451, CLT). Findo este prazo, o mesmo passará a ser automaticamente definitivo e de prazo indeterminado.

A rescisão do contrato de experiência poderá ocorrer em decorrência do prazo determinado ou por vontade de uma das partes. No caso de rescisão por justa causa nenhuma indenização será devida. Rescindindo-se o contrato antes do prazo, pelo Empregado e sem justa causa, caberá ao mesmo a obrigação de pagar 50% dos salários devidos até o final do período de experiência definido no contrato. A Unidade oferecerá programas de estágio de cooperação docente-assistencial e desenvolvimento técnico-científico e ético profissional.

Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho envolverá todas as pessoas que trabalham na Unidade e irá considera duas dimensões:

- dimensão individual – envolvendo a avaliação dos indivíduos em suas competências face ao perfil de expectativas da Unidade;
- dimensão grupal – envolvendo a avaliação de equipes, serviços ou de toda a Organização, em função de metas previamente acordadas.

As dimensões individual e grupal serão avaliadas tendo como foco os seguintes fatores:

- os objetivos estratégicos da Unidade;
- os objetivos e metas de cada unidade organizacional (setor);
- as interações entre as áreas que compõem o Hospital, particularmente aquelas com projetos comuns entre si;
- os indicadores de desempenho individuais e da equipe;
- a sinergia do trabalho em grupo.

Definição:

- Desenvolvimento - Crescimento integrado e harmônico do profissional em todos os sentidos.
- Desenvolvimento Profissional - Aquisição ou aperfeiçoamento dos conhecimentos e habilidades. Adequação ou aprimoramento de aspectos comportamentais e atitudinais que ajudem ao profissional sentir-se mais feliz consigo mesmo. Percepção mais clara dos pontos fortes e potencial de desenvolvimento.
- Autodesenvolvimento - Desenvolvimento empreendido pelo profissional a partir da consciência de si mesmo e de seu potencial.
- Orientador - Responsável pelo estímulo e suporte ao desenvolvimento de outro colega. O orientador será preferencialmente o chefe imediato.
- Instrumento de Avaliação Profissional - É a ferramenta básica para a realização da Avaliação do Profissional.
- Meta - Ponto a ser atingido no futuro. Uma meta é constituída de três partes: um objetivo (o que), um valor (quanto) e um prazo (quando).

Características Gerais da Avaliação

A avaliação será aplicada em todos os profissionais, utilizando-se o Modelo previamente estabelecido. A avaliação se constitui em um processo contínuo, mas a sua aplicação terá a periodicidade anual, no mês em que o profissional completar aniversário de admissão. O avaliador, que é o responsável por todos os conceitos e registros emitidos, será sempre o chefe imediato do profissional ou alguém por ele indicado. A avaliação deverá envolver a participação das chefias superiores para que as mesmas acompanhem o processo avaliativo e apresentem sugestões de aprimoramento. Na mensuração dos fatores, cada um deles receberá um código que traduzirá o nível de desenvolvimento apresentado pelo avaliado, conforme abaixo:

Código e Descrição

- S – SEMPRE
- Q - QUASE SEMPRE
- – OCASIONALMENTE
- R – RARAMENTE

Após a avaliação, será ser apurado o número de pontos conseguido pelo profissional, aplicando-se a seguinte valorização:

- S = 4 pontos
- Q = 3 pontos
- = 2 pontos
- R = 1 ponto

Os profissionais que obtiverem um total de pontos abaixo da média, será chamado para uma entrevista de aconselhamento de carreira e, se for o caso, incluído em uma avaliação semestral. Quando o profissional superar as suas dificuldades, a sua avaliação voltará a ser feita anualmente.
Na avaliação será buscado o consenso entre avaliador e avaliado sobre os aspectos críticos que precisarão ser aperfeiçoados.

O instrumento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento de carreira, pois todas as variáveis importantes ao desenvolvimento do profissional

estarão sendo discutidas. As avaliações proporcionarão oportunidade para o profissional receber "feedback" e orientação mais qualitativas.

Processo de Avaliação

Para que a avaliação funcione de forma eficaz será necessário que todas as tarefas sejam pontualmente cumpridas. Para tanto, deverá haver rigorosa observância dos prazos estabelecidos. A avaliação será aplicada a todos os profissionais independentemente do tipo de vinculação profissional, e terá o objetivo de levantar a situação dos profissionais e de estimular e dar suporte ao desenvolvimento profissional das pessoas que colaborem com o crescimento, o aprimoramento e os resultados da Unidade.

Para facilitar a discussão, avaliador e avaliado deverão preencher o formulário individualmente para, logo em seguida, estabelecerem o consenso em torno das questões.

- Entrevista

Deverão ser adotados os mesmos procedimentos e cuidados das entrevistas da Avaliação do Desenvolvimento.

- Objetivos

Fazer o balanço das realizações e posicionar o profissional quanto a perspectiva na Unidade.

- Princípios

É um momento importante de troca de informações e percepções, diferentemente dos encontros habituais. Permite uma melhor compreensão recíproca entre os dois intervenientes.No final da entrevista, nenhuma questão de ordem comportamental deve ficar pendente.

- Desenvolvimento – Durante a Entrevista

Analisam e consensam os pontos divergentes da avaliação. Assinam o documento no final da entrevista, para manifestar o conhecimento mútuo da síntese da avaliação e do plano de ação associado.

Desenvolvimento – Após a Entrevista

O documento de avaliação é mantido junto ao dossiê do profissional.

Responsabilidades - Compete ao avaliador:

- Tomar conhecimento das instruções da avaliação.
- Acompanhar se o avaliado está cumprindo regularmente as suas tarefas e se vem observando os prazos estabelecidos.
- Fazer a avaliação do profissional.
- Entrevistar o profissional, apresentando os resultados da avaliação. Considerar que o profissional é participante do processo, o que implica analisar conjuntamente todos os fatores.
- Considerar que na eventualidade da não aceitação de conceitos ou informações emitidas, assiste ao avaliado manifestar a sua insatisfação, questionando a percepção do avaliador.
- Alterar a sua avaliação, caso as alegações do profissional tenham procedência.
- Orientar os profissionais com produtividade baixa como poderão atingir o perfil ideal.

Compete ao Avaliado:

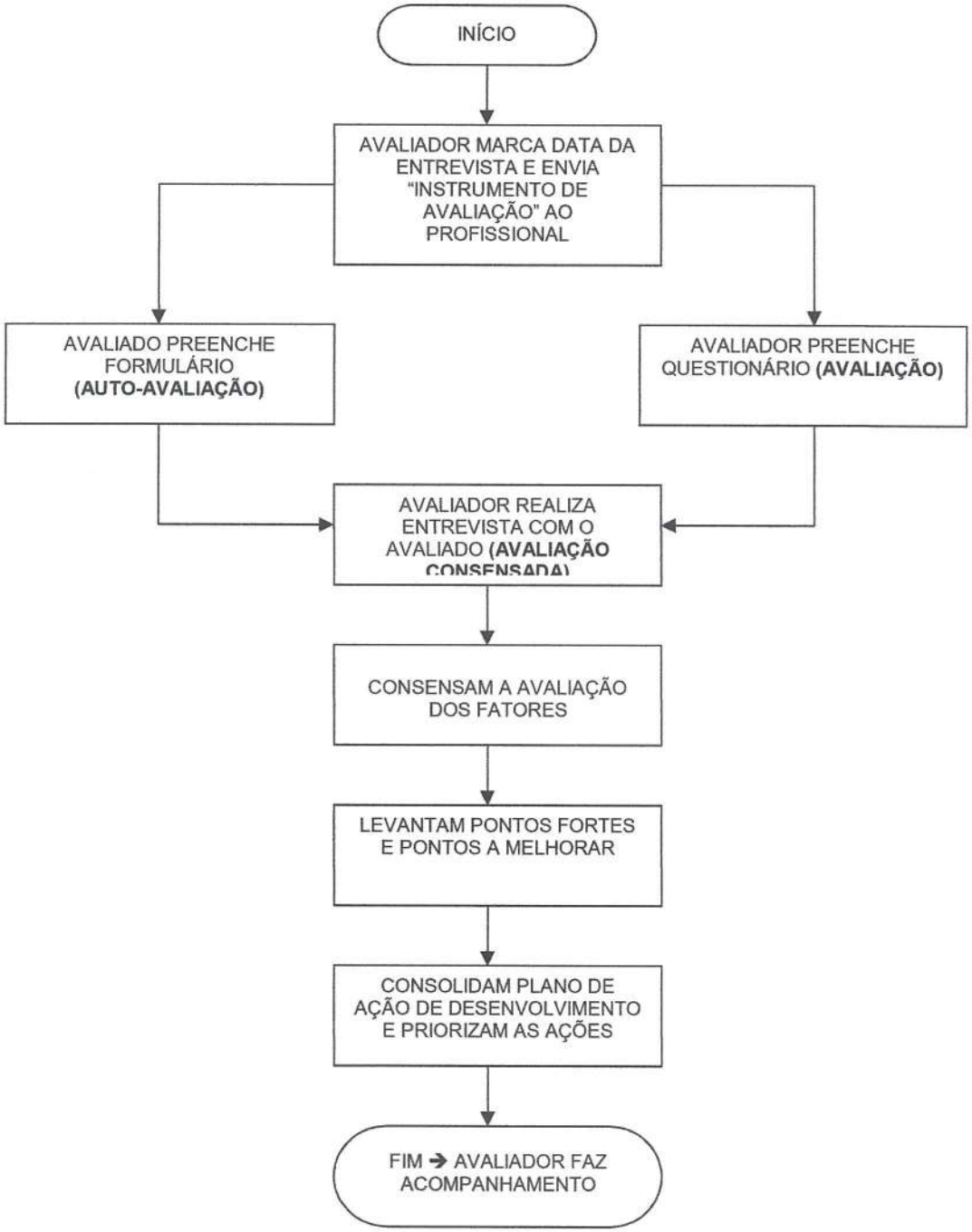
- Conhecer a operacionalização da avaliação.
- Caso não atinja o perfil ideal, procurar orientação com o chefe imediato sobre as falhas cometidas e maneiras de superá-las.
- Colaborar com o processo de avaliação, prestando as informações e os esclarecimentos necessários, quando solicitado pelo coordenador imediato.
- Analisar, juntamente com o avaliador, todos os fatores da avaliação.

Na hipótese de não aceitação dos conceitos emitidos pelo avaliador, questionar verbalmente e apresentar as justificativas que impliquem na alteração dos conceitos questionados.

Compete à área de Gestão de Pessoas/ SEPES:

- Gerenciar o sistema de avaliação, envolvendo: preparação e envio dos formulários de avaliação, quando solicitado; análise das informações para detecção de problemas localizados; análise dos casos especiais; articulação com as unidades para equacionamento dos problemas detectados.

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO



5.5.4. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

Todos os funcionários celetistas admitidos na Unidade serão registrados no formulário "Registro de Empregado" apropriado para tal fim. Mensalmente as Coordenações de setor elaborarão as escalas de serviço, referente a sua área encaminhando ao Setor Pessoal. Os funcionários celetistas registrarão diariamente seus turnos de trabalho definidos em escala, no relógio de ponto localizado nas dependências da Unidade. Ao final de cada mês o Setor Pessoal emitirá o relatório individual de cada funcionário constando os atrasos, faltas e horas extras do mês, encaminhando a coordenação do setor para apuração e justificativas e posterior fechamento da Folha de Pagamento.

Férias

A legislação assegura a todos os trabalhadores um período de folga ou descanso, denominada férias. Após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho (período aquisitivo), o empregado terá direito ao gozo de um período de férias, sem prejuízo da remuneração. O período aquisitivo é computado da data em que o empregado é admitido até que ele complete um ano de serviço. Após vencimento do período aquisitivo a Unidade terá até 12 meses para a concessão das férias respectivas. De acordo com o artigo 130 da CLT, após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho o funcionário terá direito à férias na seguinte proporção:

- 30 dias corridos, quando não houver faltado ao serviço mais de 5 vezes;
- 24 dias corridos, caso tenham ocorrido 06 a 14 faltas;
- 18 dias corridos, caso tenham ocorrido 15 a 23 faltas;
- 12 dias corridos, caso tenham ocorrido 24 a 32 faltas.

No caso de licença saúde ou licença maternidade, serão suspensas as férias programadas, devendo ser gozadas após o término da licença. O Setor Pessoal (SEPES) encaminhará anualmente para cada coordenação de setor, uma programação de férias constando nome de todos os funcionários do setor, o período aquisitivo, o período de concessão e a quantidade de avos para que seja programado o mês de férias de cada colaborador. Mensalmente o SEPES divulgará internamente a relação dos funcionários que estarão de férias no mês seguinte. Os critérios utilizados inicialmente para programação das férias dos funcionários (critérios de afastamento) serão os seguintes:

- Alternância de gozo de férias nos períodos de janeiro e julho;
- Quantidade de férias acumuladas não gozadas (prioridade);
- Tempo de serviço;
- Disponibilidade de cada setor (quantidade de colaboradores);
- Membros da mesma família terão o direito de gozar férias no mesmo período, se assim desejarem e se disto não resultar prejuízo para o serviço (art. 136 CLT);
- Funcionários que desempenham as mesmas atividades no setor que estão lotados não poderão gozar férias simultaneamente, exceto se liberado pela coordenação imediata.

Os Diretores e/ou coordenadores e seus substitutos imediatos não poderão tirar férias simultaneamente.

IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080

MODELO DE ESCALA DE TRABALHO

LOGOMARCAS

HOSPITAL SETOR:

MÊS

NOME	MATRICULA	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	Carga Horária

LEGENDA

MT - Horário Administrativo (Seg. à Quinta-feira 08:00 às 18:00 hs e Sexta-feira 08:00 às 17:00)

SD - Serviço Diurno (Plantão de 12 hs 07:00 hs às 19:00)

SN - Serviço Noturno (Plantão de 12 hs 19:00hs às 07:00)

P - Plantão (24 hs)

F - FOLGA

_____

Encarregado do Setor

6. PROPOSTA DE PREÇO:

As Planilhas de Custos/Despesas Mensais encontram-se na PASTAIV, Anexo IV, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

IGA – Instituto de Gestão Aliança CNPJ Nº 07.267.476/ 0001-32
Av. Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576, sala 503 - CEP 42.709.190
Buraquinho - Lauro de Freitas - Bahia - Tel.: (071) 3508-9080



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE- QUIRINÓPOLIS – GOIÁS

PROPOSTA DE TRABALHO

PASTA IV

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO
Processo nº 202400010033097
Chamamento Público nº 09/2024

ANEXOS

ANEXO I - QUALIDADE TÉCNICA
Experiência Anterior em Gestão de Unidades de Saúde

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS COM SERVIÇO AMBULATORIAL POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS. (*)



306

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde

Diretoria de Gestão da Rede Própria
Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Hospital Geral Roberto Santos, estabelecido a Rua Direta do Saboeiro, s/n – Cabula, inscrita no CNPJ (MF) sob n.º 13.937.131/0053-72, ATESTA para todos os fins, que o **Dr. SEBASTIÃO HELDENIR DE MESQUITA JÚNIOR,** brasileiro, casado, médico, CRM n.º 9.618, CPF n.º 416.684.135-15, residente a Av. Reitor Miguel Calmon, 1210 - 316, Vale do Canela, CEP 40.110-100, Salvador – Bahia, exerceu a função de Diretor Geral, neste hospital com capacidade instalada de 654 leitos ativos, sendo 50 leitos de UTI, no período de MAR/2007 à FEV/2009, prestando serviço de gestão, administração, gerenciamento, como também serviços de assistência à saúde, e atendimento de urgência e emergência 24 horas/dia.

Atestamos, ainda, que os serviços foram executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Salvador/Ba, 02 de Março de 2015.

José Walter dos Santos Júnior
Diretor DRGP/Sesab

BRASIL 1494.AC862065-0 Autenticação BA

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE LAURO DE FREITAS - BA
Rua Sheyla Rodrigues Pita, nº 315 - QD - Lote 6 - Loteamento Jardim Aeroporto
Bairro Pitanguetras - CEP 42700-000 - Lauro de Freitas - BA
Tel.: (71) 3026-9500 - E-mail: tabelionatodenotas.laurodefreitas@hotmail.com

Certifico e dou fe que a copia e a reproducao fiel do documento apresentado
Lauro de Freitas 07/2018 R$ 4,30 Emol: 2,46
REINALDO DE SOUZA ARAUJO - ESCREVENTE
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO E COM O SELO DE AUTENTICIDADE - selo: 1494.AC 862065-0

L03 / 0259651

ESTADO DA BAHIA

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 80211010191031150050-11; Data: 10/10/2019 10:37:22
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJG22410-68K5;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular

307

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SEVIÇOS

CONTRATANTE: INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR. IBDAH, Pessoa Jurídica de Direito Privado Sem Fins Lucrativos, inscrita no CNPJ/NF nº 07.267.476/0001-32, estabelecida à Rua do Cabral nº 45, Sala 304 - Nazaré - salvador/BA. CEP 40.055-010, neste ato representada pelo **Sr. José Antônio Oliveira de Andrade Sousa**, portador da Carteira de Identidade nº o 1075.701 SSP-BA, devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o nº 110.362.575-68 e o **Sr. Alfredo Silva dos Santos,** portador da Carteira de Identidade nº 1296157229 SSP-BA, e devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o n.º 386.599.647-72.

CONTRATADO: SEBASTIÃO HELDENIR DE MESQUITA JÚNIOR, Brasileiro, médico, CREMEB nº 20549 – BA, inscrito no CPF sob n º 416.684.135-15, residente e domiciliado à Rua Frederico Costa, nº 97, Ap. 1002, Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA.

O presente contrato se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do objeto:

O objeto do contrato é a prestação de serviços profissionais na Área de Gestão em Saúde, restrita ás atribuições do contrato, conforme previsto na legislação vigente.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das atribuições do contratado:

O contratado prestará serviços de assessoria e consultoria em Gestão de Saúde e assumirá a responsabilidade técnica do contratante, perante os órgão de fiscalização competentes.

CLÁUSULA SEGUNDA: Da Remuneração:

O pagamento pelos serviços prestados será feito mensalmente e o valor será calculado de acordo com os serviços executados pelo contrato no mês imediatamente anterior, mediante apresentação de nota fiscal e relatório mensal de atividades.

CLÁUSULA TERCEIRA: Das condições de pagamento:

O pagamento pelos serviços prestados será efetuado pelo Contratante ao Contratado, mediante crédito em conta corrente a ser indicada por este e deverá ser realizado até o quinto dia útil subsequente ao da apresentação da nota fiscal.

CLÁUSULA QUARTA: Do prazo:

O prazo de validade deste contrato é indeterminado, podendo ser rescindido a qualquer tempo por uma das partes desde que comunicado com antecedência de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA: Das Responsabilidades:

O contratado suportará todos os ônus pela prestação dos serviços, podendo ser reembolsado apenas por despesas de caráter indenizatório feitas com prévia autorização do contratante, ficando este isento de quaisquer responsabilidades fiscais ou trabalhistas assumidas pelo contratado e decorrentes do presente contrato.

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO Nº 463412

CLÁUSULA SEXTA: Das Obrigações do Contratado:

São obrigações exclusivas do contratado:

a) Prestar os serviços contratados na forma e modo ajustados, dentro das normas e especificações técnicas aplicáveis à espécie, dando plena e total garantia dos mesmos;
b) Executar os serviços contratados utilizando a melhor técnica e visando sempre atingir o melhor resultado, sob sua exclusiva responsabilidade, sendo-lhe vedada a transferência dos mesmos a terceiros, sem prévia e expressa concordância do contratante;

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 80210309191537420093-1; Data: 03/09/2019 15:39:36
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJA98041-QNDS; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Scanned with CamScanner

c) A total responsabilidade pelos atos e/ou omissões praticados por seus empregados/prepostos, bem como pelos danos de qualquer natureza que os mesmos venham a sofrer ou causar para o contratante, e seus clientes ou terceiros em geral, em decorrência da prestação dos serviços prestados neste contrato;

d) O pagamento da remuneração de seus empregados/prepostos, sendo responsável por todos e quaisquer ônus e encargos decorrentes da legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, além dos impostos, taxas, obrigações, despesas e afins, que venham a ser reclamados ou tornados obrigatórios em decorrência das obrigações assumidas neste contrato;

e) A responsabilidade única e exclusiva por qualquer espécie de indenização pleiteada por seus empregados/prepostos, principalmente no tocante a reclamações trabalhistas e acidentes do trabalho;

f) O cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes, relativas aos serviços aqui contratos , bem como o pagamento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre os mesmos;

g) A total responsabilidades pelas despesas decorrentes dos serviços ora contratadas, seja por exigência legal ou em decorrência da necessidade dos serviços, nada podendo ser cobrado ou exigido do contratante, desde que não haja qualquer outra expressa previsão contratual em contrário.

CLÁUSULA SÉTIMA: Das obrigações do Contratante:

São obrigações exclusivas do contratante:

a) Efetuar o pagamento na forma e modo aprazados.

b) Comunicar a contratada sobre as reclamações feitas contra seus empregados/prepostos, bem como com relação a danos por eles causados.

c) Fornecer ao contratado a documentação solicitada, executar os trabalhos de maneira criteriosa na forma de orientações escritas que serão encaminhadas – colocar à disposição da contratada as necessárias verbas pecuniárias para desenvolver o trabalho – contratar por indicação do contrato os serviços complementares indicados.

CLÁUSULA OITAVA: Do foro:

Fica eleito o Foro da Comarca de Salvador para diminuir as questões decorrentes deste contrato.

E por estarem justos e contratados, assinam o presente contrato, em 03(três) vias de igual teor, na presença de suas testemunhas.

RECONHECIMENTO ABAIXO

RECONHECIMENTO ABAIXO

Salvador, 03 de Setembro 2018.

CONTRATANTE

CONTRATADO

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS 463412 REGISTRO Nº

TESTEMUNHAS:

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE LAURO DE FREITAS - BA
Rua Sheyla Rodrigues Pinl, nº 115 - QD - Lote 6 - Loteamento Jardim Aeroporto
Bairro Pitangueiras - CEP 42700-000 - Lauro de Freitas - BA
Tel.: (71) 3026-9500 - E-mail: tabelionatoprotesto.laurodefreitas@hotmail.com

Reconheco por SEMELHANÇA 0002 TIRBA(S) de JOSE ANTONIO OLIVEIRA DE ANUNCIAÇÃO SOUSA (2781821) . ALFREDO SILVA DOS SANTOS (2780470) . Selo(s): 1494.AC838195-8 1494.AC838195-8 1494.AC838195-8
Lauro de Freitas 23/09/2018
— ea testemunho i da verdade

BRASIL

ESTADO DA BAHIA

12º Ofício de Notas Conceição Gaspar
Rua Território do Amapá, nº 222 – Pituba
CEP 41830-540 – Salvador – BA
Fone: (71) 3036-8500 - E-mail: 12ngas.salvador@gm
C 003
Reconheço por SEMELHANÇA 2(S) firma(s) de: SEBASTIÃO HELDENIR DE MESQUITA JUNIOR..
Salvador, 18 de Setembro de 2018.
Em test da verdade. HADA
HEVERTON ANJOS DA ANUNCIAÇÃO - ESCREVENTE

Selo de Autenticidade
1598.AF431833-2

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 8 inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 80210309191537420093-2; Data: 03/09/2019 15:39:35
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJA98040-403H;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Scanned with CamScanner

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Cód. Autenticação: 80213003200927130855-1; Data: 30/03/2020 09:28:15
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJY60613-XYRS; Valor Total do Ato: R$ 4,56
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti Titular

309

ATESTADO

Atesto que o servidor Antonio Walter Brandão Luna, Cad. 19463034-3 exerceu no período de 02 de fevereiro de 2009 a 07 de fevereiro de 2011 a função de Diretor Administrativo Adjunto do Hospital Geral Roberto Santos, localizado na cidade de Salvador – BA, cuja capacidade instalada é de 629 leitos (546 leitos de internamento e 85 leitos de UTI), sendo responsável pelo planejamento, organização e controle dos processos administrativos e financeiros da unidade.

Salvador, 29 de dezembro de 2014

José Walter dos Santos Júnior
Diretor DGRP

RCA Nº 110/18

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA / BA.
O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Certidão.
Nº 184, de 25 / 09 / 2018.
expedida por este Conselho.
Salvador, 25 / 09 / 2018.
Adm. Gerson da Silva Dias
Chefe Setor de Fiscalização e Registro
CRA/BA 195.018

Cnt. 9871

BRASIL
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE LAURO DE FREITAS - BA
Rua Sheyla Rodrigues Pita, nº 315 - QD - Lote 6 - Loteamento Jardim Aeroporto
Bairro Pitangueiras - CEP 42700-000 - Lauro de Freitas - BA
Tel.: (71) 3626-9500 - E-mail: tabelionatoprotesto.laurodefreitas@hotmail.com
Certifico e dou fe que a copia e a reproducao fiel do documento apresentado.
Lauro de Freitas, 30/09/2018 R$ 4,30 Emol: 2,46
ENEIDA ALMEIDA DE SOUSA - ESCREVENTE
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO E COM O SELO DE AUTENTICIDADE - selo: 1494.AC 865585-3
L03 / 0273750
ESTADO DA BAHIA

ELZA Mª A. DORIA CRA/BA 4407

Scanned with CamScanner

310

Alterar Dados Contratuais (/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=10489752722)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

630.418.125-68

Nome

ANTONIO WALTER BRANDAO LUNA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

8318

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações trabalhistas específicas

Categoria

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público da administração direta ou indireta contratado pela CLT

Tipo de regime previdenciário (ou Sistema de Proteção Social dos militares das Forças Armadas)

1 - Regime Geral de Previdência Social - RGPS

Contrato de trabalho

Nome do cargo

Coordenador Administrativo N-5

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO

410105 - Supervisor administrativo

Nome da função

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês

Salário base

14.477,62

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminado

Local de trabalho

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de Inscrição

07.267.476/0011-04

Nome

INSTITUTO DE GESTAO ALIANCA - IGA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

44,00

Tipo da Jornada

3 - Jornada com horário diário fixo e folga variável

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

Segunda das 07:00 AS 17:00, com intervalo de 1 horas; Terça das 07:00 AS 17:00, com intervalo de 1 horas; Quarta das 0

A jornada semanal possui horário noturno?

○ Sim ◉ Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

12/07/2021

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

1 - Submetidos a Horário de Trabalho (Cap. II da CLT)

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

05 - Maio

CNPJ do sindicato representativo da categoria

16.429.409/0001-68

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1072674760000002024062610393 8

Número do recibo

1.1.00000000265403095

Processo de emissão do evento

1 - Aplicativo do empregador

Versão do Processo

v_S_01_02_00

Voltar

;;

313

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral a Saúde
Diretoria de Gestão da Rede Própria

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Hospital Geral Roberto Santos, estabelecido a Rua Direta do Saboeiro, s/n – Cabula, inscrita no CNPJ (MF) sob nº 13.937.131/0053-72, ATESTA para os todos os fins, que **o Dr. JOSÉ ANTONIO OLIVEIRA DE ANDRADE SOUSA**, brasileiro, casado, médico, CRM nº 4812, CPF nº 110.362.575-68, residente a Rua Marechal Floriano, Edf. Solar Mariana, nº 162, Canela, Salvador-Bahia, exerceu a função de Diretor Médico, neste hospital com capacidade instalada de 654 leitos ativos, sendo 50 leitos de UTI, no período de FEV/2007 a ABR/2009, prestando serviço de administração, gerenciamento com também serviços de assistência à saúde.

Atestamos, ainda, que os serviços foram executados dentro dos padrões de qualidade exigidos pelas normas de funcionamentos do Sistema Único de Saúde e satisfazendo plenamente às exigências.

Salvador, 17 de de janeiro de 2012.

José Walter dos Santos Júnior
Diretor da Diretoria de Gestão da Rede Própria
DGRP/SAIS/SESAB

End. 4ª. Avenida, Plataforma 6, n.º 400, Sala 218 - Tel: (71) 3115-4381 Fax: (71) 3371-1651
e-mail – sesab.dgrp@saude.ba.gov.br

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.570-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2003 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 80210509191208050811-4; Data: 05/09/2019 12:16:53
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJB01890-9NEB; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Scanned with CamScanner

Alterar Dados Contratuais (/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=11422389076)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

110.362.575-68

Nome

JOSE ANTONIO OLIVEIRA DE ANDRADE SOUSA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

000230008450

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações trabalhistas específicas

Categoria

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público da administração direta ou indireta contratado pela CLT

Tipo de regime previdenciário (ou Sistema de Proteção Social dos militares das Forças Armadas)

1 - Regime Geral de Previdência Social - RGPS

Contrato de trabalho

Nome do cargo

DIRETOR TÉCNICO DE UNIDADE HOSPITALAR

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO

131205 - Diretor de serviços de saúde

Nome da função

Classificação Brasileira de Ocupação – CBO

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês

Salário base

17.071,94

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminado

Local de trabalho

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de Inscrição

07.267.476/0011-04

Nome

INSTITUTO DE GESTAO ALIANCA - IGA

Descrição Complementar

ILHEUS

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

44,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

Segunda a sexta das 07:00 AS 17:00; Sábado folga; Domingo folga; Primeiro dia das 07:00 AS 19:00; Segundo dia folga;

A jornada semanal possui horário noturno?

○ Sim ◉ Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

06/10/2021

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

316

1 - Submetidos a Horário de Trabalho (Cap. II da CLT)

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

05 - Maio

CNPJ do sindicato representativo da categoria

16.429.409/0001-68

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID107267476000000202406261049l3

Número do recibo

1.1.00000000265414149

Processo de emissão do evento

1 - Aplicativo do empregador

Versão do Processo

v_S_01_02_00

Voltar

;;

v_s_1.2.0 2023_15.2.0

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS COM SERVIÇO AMBULATORIAL POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS. (*)



318

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA
IBDAH - INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Atestamos que o IBDAH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Administração Hospitalar, cadastrado no CNPJ sob o nº 07.267.476/0001-32, possui Capacidade Técnica para gestão, organização e execução das ações e serviços de saúde. O **IBDAH** vem desde **03/01/2014** através do Contrato nº 005/2014, até a presente data gerenciando o **HOSPITAL GERAL MANOEL VICTORINO (HGMV),** localizado na Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 412, Nazaré, no município de Salvador, Estado da Bahia, Distrito Sanitário do Centro Histórico, inserido, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), na Microrregião de Salvador, Macrorregião Leste.

O **HGMV** é referência no atendimento hospitalar de média e de alta complexidade em traumato-ortopedia da região de saúde de Salvador, com demanda 100% referenciada para internação na especialidade Clínica Cirúrgica Ortopédica e está programado para desenvolver um trabalho assistencial com oferta 100% SUS, totalmente sob regulação.

O Contrato de Gestão nº 005/2014, teve início em 03/01/2014, sendo prorrogado em 29 de janeiro de 2016 por mais 12 (doze) meses, através do Termo Aditivo nº. 048/2016, vigente até 28 de janeiro de 2017, o Termo Aditivo 012/2018 prorrogou o Contrato ate 28/01/2019. Atualmente, o **HGMV** é gerido pelo **IBDAH** através do Termo Aditivo nº. 006/2019 ao Contrato de Gestão nº. 05/2014, com vigência de 29/01/2019 a 28/01/2020.

A Unidade possui 108 (cento e oito) leitos ativos contratados e distribuídos da seguinte forma:

Leitos por Especialidade	Quantidade
Clínica Cirúrgica	90
UTI Adulto Tipo II	10
Hospital Dia	08
Total	**108**

Termo Aditivo nº. 017/2017 ao Contrato de Gestão nº. 05/2014.

Adm. Elza Maria A. Dórea
CRA-BA 14 402

Salvador; 11 de fevereiro de 2019.

Viviane Chicourel Hipólito Rodrigues
Diretora da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta

RCA Nº 064/19

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA / BA.
O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Certidão.
Nº 0529 digo 0580, de 15 / 03 / 2019
expedida por este Conselho.
Salvador, 15 / 03 / 2019.
Adm. Gerson da Silva Dias
Chefe Setor de Fiscalização e Registro
CRA/BA Nº 5.0[illegible]8

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 80211010191031150050-6; Data: 10/10/2019 10:37:22
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJG22415-HJ01; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão da Rede Própria
Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta

319

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA
IBDAH - INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Atestamos que o IBDAH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Administração Hospitalar, cadastrado no CNPJ sob o nº CNPJ nº 07.267.476/0001-32, possui Capacidade Técnica para gestão, organização e execução das ações e serviços de saúde. O **IBDAH** vem desde **31/10/2015** através do Contrato nº 032/2015, até a presente data gerenciando o **HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIÃO (HRDB)** localizado na Rua Dantas Bião, número 49, Centro, no município de Alagoinhas/BA. Está estruturado com perfil de Hospital Geral de Referência Microrregional Tipo I.

O **HRDB** tem perfil assistencial de hospital geral de médio porte, capaz de ofertar ao usuário do SUS o atendimento médico e ambulatorial em urgência e emergência Clínica, Cirúrgica, Pediátrica, Traumato-Ortopedica e Psiquiatria. O Pronto Atendimento possuir atendimento com observação nas 24 horas; internação hospitalar nas especialidades de Clínica Medica, Cirurgia e Pediatria; cirurgia ambulatorial eletiva e de urgência, serviço de urgência de alta complexidade, serviço de assistência de diagnose e terapia (diagnostico em patologia clínica, anatomo patologia, imagem, métodos gráficos e métodos ópticos, agencia transfusional); Unidade de tratamento Intensivo, e demais serviços de apoio assistencial e administrativo.

O Hospital possui 112 (cento e doze) leitos contratados assim distribuidos:

CLÍNICAS	LEITOS
CLÍNICA MÉDICA	52
CLÍNICA CIRÚRGICA	28
CLÍNICA PEDIÁTRICA	22
UTI GERAL	10
TOTAL	**112**

Contrato de Gestão nº. 032/2015.

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA / BA.
O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Certidão Nº 2002, de 25/12/2016 expedida por este Conselho.
Salvador, 13/11/2017

CRA-BA 1933

Salvador, 19 de outubro de 2017.

Viviane Chicourel Hipólito Rodrigues
Diretora da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta

CRA-BA Nº 602

4ª Avenida 400, Plataforma 6, Lado B – Centro Administrativo da Bah
Tel 3115 4112/4278 E-mail: sesab.gestaoindireta@saúde.ba

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2003 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Cód. Autenticação: 80210703181650140688-1; Data: 07/03/2018 17:01:07
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AGP21329-RRDE:
Valor Total do Ato: R$ 4,23
Bel. Valber de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

320

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA
HOSPITAL GERAL COSTA DO CACAU

Atestamos que o **Hospital Geral Costa do Cacau (HGCC)**, localizado na Rodovia BR 415 s/n, no município de Ilhéus, Estado da Bahia presta serviços de atendimento ao SUS, com assistência universal e gratuita à população em regime de 24 horas/dia, todos os dias do ano, estando sob a gestão do **Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar - IBDAH**, inscrita no CNPJ 07.267.476/0001-32, na modalidade de Organização Social (OS), **desde 30.01.2019 até a presente data**. Inicialmente, a gestão do IBDAH fundamentou-se no Contrato de Gestão nº. 007/2019 e seus Termos Aditivos, celebrado com o Estado da Bahia, por intermédio desta Secretaria da Saúde, com vigência até 29.01.2024. O HGCC possui 184 (cento e oitenta e quatro) leitos distribuídos da seguinte forma:

ESPECIALIDADES	LEITOS
CLÍNICOS	
Geral	50
Cardiologia	04
Saúde Mental	08
Neurologia (UAVCI)	11
CIRÚRGICOS	
Cirurgia Geral	51
Ortopedia	18
Neurocirurgia	08
Cardiovascular	04
COMPLEMENTAR	
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo Adulto	30
TOTAL	**184**

Fonte: SESAB/SAIS/DGGUP/DAOUP.

O HGCC está apto para atendimento de alta complexidade, possuindo serviço de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, unidade de atenção ao acidente vascular cerebral integral, alta complexidade cardiovascular, ambulatório, apoio diagnóstico e terapêutico e internação hospitalar.

Atua com o perfil assistencial de hospital geral de grande porte, capaz de oferecer ao usuário do SUS o atendimento médico e ambulatorial em urgência e emergência.

Atualmente, o custeio mensal da unidade de saúde perfaz a importância de R$7.496.459,25 (sete milhões, quatrocentos e noventa e seis mil, quatrocentos e cinquenta e nove reais e vinte e cinco centavos).

Salvador, 11 de fevereiro de 2020.

Viviane Chicourel Hipolito Rodrigues

Viviane Chicourel
Diretora de Apoio Operacional às Unidades Próprias

Adm. Elza M. Assumpção Dórea
Administradora
CRA/BA 14.402

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJV37728-Q48H;
Valor Total do Ato: R$ 4,56
Cód. Autenticação: 8021270220082205094 9-1; Data: 27/02/2020 08:26:42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

RCA Nº 095/19

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA / BA.

O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Certidão.

Nº 0783, de 03/05/2019.

expedida por este Conselho.

Salvador, 20/02/2020.

Adm. Gerson da Silva Dias
Chefe Setor de Fiscalização e Registro
CRA/BA Nº 5.818

321

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0

Autenticação Digital

Cód. Autenticação: 8021270220082205094 9-2; Data: 27/02/2020 08:26:42

Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJV37727-W92H;
Valor Total do Ato: R$ 4,56

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

322

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o **INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR – IBDAH**, **CNPJ** 07.267.476/0001-32, presta serviços ao SUS no **HOSPITAL ALAIDE COSTA**, inscrito no **CNES** sob n° 7160488, localizado na Ladeira da Terezinha, S/N, Subúrbio Ferroviário, Bairro Alto da Terezinha, Salvador-Ba, CEP 40711-060, pertencente a organização social descrita, através de gestão própria, conforme Termos de Adesão nº 056/2018, 057/2018 e 058/2018 aos Credenciamentos nº 009/2016 (Nefrologia), nº 010/2012 (Leito de UTI) e nº 005/2016 (Leito Clínico de Retaguarda) respectivamente, realizando a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde desta unidade, prestando serviços de Serviços de Média e Alta Complexidade em Nefrologia, Serviços de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Serviços hospitalares de Leitos de Enfermarias Clínicas de Retaguarda no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas áreas de clínica médica, nefrologia, ortopedia e cardiologia.

- Período: **03 de setembro de 2018 até a presente data.**
- Leitos de UTI: **20**
- Leitos de Retaguarda: **82**
- Quantitativo de internações hospitalares na base do DATASUS no período de 09/2018 a 07/2019: **2.518AIH's**.
- Quantitativo de procedimentos de nefrologia no período de 09/2018 a 08/2019: **21.065 sessões de HD.**

Atestamos ainda, que os serviços foram executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Salvador, 27/09/2019

Adm. Elza M. Nascimento Dórea
Administradora
CRA/BA 14.402

Naia Neves de Lucena
DIRETORA I DICON
CAD. 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena

Diretora DICON

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-6
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Cód. Autenticação: 80211010191031150050-3; Data: 10/10/2019 10:37:22
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJG22418-EAEX; Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

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 LEITOS. (*)



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia

Santo Antônio de Jesus – Ba

Fundada em 09 de agosto de 1918

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO ANTONIO DE JESUS, estabelecida na Av. Luiz Argollo, n° 128 – Centro – Santo Antônio de Jesus – Bahia – CEP: 44.570-535, inscrita no CNPJ (MF) sob n° 15.934.094/0001-43, neste ato representado pelo seu Provedor Sr. Aurelino Pereira dos Reis Filho, RG n° 01.751.706-06, inscrito no CPF/MF sob n° 108.605.945-34, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio de Jesus – Bahia, **ATESTA** para todos os fins, especialmente para fins de licitação, que o **INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR – IBDAH**, com sede à Rua do Cabral, n° 45, sala 304, Nazaré, CEP 40055-010 – Salvador/Bahia, inscrito no CNPJ sob n° 07.267.476/0001-32, prestou serviços de Organização, Administração, Gerenciamento, Gestão e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde do **HOSPITAL E MATERNIDADE LUIZ ARGOLO**, - Inscrito no CNES sob n° 2799286 estabelecido na Av. Luiz Argollo, n° 128 – Centro – Santo Antônio de Jesus – Bahia, com capacidade instalada de 92 leitos, em atendimento de alta e média complexidade, possuindo serviço de diagnose e terapia, ambulatório eletivo de especialidades, internação, serviços de apoio assistencial, serviços de urgência e emergência em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, conforme contrato celebrado em '20/07/2015 com vigência até 15/08/2016.

HOSPITAL E MATERNIDADE LUIZ ARGOLO

INTERNAÇÃO	LEITOS	AIH / MÊS	AIH / ANO
Clinica Cirurgica	3	37	444
Clinica Obstetrica	21	204	2448
Clinica Medica	1	6	72
Leito Neoclinico	5	24	288
CPN	5	70	840
Total	35	341	4092

Internação	LEITOS	DIARIA / MÊS	DIARIA / ANO
GAR	8	207	2484
UCINCA	5	137	1644
UCINCO	6	164	1968
Total	19	508	6096

Internação	LEITOS	AIH / MÊS	AIH / ANO
Cirurgia geral	10	65	780
Total	10	65	780

Ambulatorio	META MENSAL	META ANUAL
Diagnostico em laboratorio	1.000	12000
Diagnostico em USG	100	1200
Metodos Diagnostico	555	6660
Consultas / atendimentos	2.392	28704
Tratamentos em hemoterapia	220	2640
Total	4.267	51204

UTI

Internação	Leitos	Diaria Mensal
UTI	10	300
Total	10	300

PARTICULAR

Internação	Leitos
Particular	13
Observação	5
Total	18

RCA N.º 120/17
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA / BA.
O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Certidão.
Nº 1013, de 07/06/2017.
expedida por este Conselho.
Salvador, 07/06/2017.
Adm. Gerson da Silva Dias
Chefe Setor de Fiscalização e Registro
CRA/BA Nº 5.018

1 Tabelionato de Notas de St. Antonio de Jesus - Tabelião
Rua St Antonio, 34- Centro - Tel.3632-6008
Reconheco por SEMELHANCA 0001 Firma(s) STA CASA ::
DE MIS. DE SAJ REP: POR: AURELINO PEREIRA DOS ...
REIS FILHO (1842B3):.....
Emol.: R$ 2,40 Taxa: R$ 1,34 TOTAL: R$3,80
... em testemunho (
AUREA HONORATO SOUZA CAMPOS - ESCREVENTE
Bahia 03/01/2017

TABELIONATO DE NOTAS
Gel Horlei Santana Ribeiro - Tabelião
Comarca de Santo Antônio de Jesus-BA
Áurea Honorato Souza Campos
Escrevente
Selo de Autenticidade
Ato Notarial ou de Registro
1924AB376900-3
Consulte o selo em www.tjba.jus.br/selodigital

Atestamos ainda, que os serviços foram executados dentro dos padrões de qualidade exigidos pelas normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Santo Antônio de Jesus (BA), 23 de dezembro de 2016

Aurelino Pereira dos Reis Filho
Provedor

A4402

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XIII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé.
Cód. Autenticação: 80211010191031150050-7; Data: 10/10/2019 10:37:22
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJG22414-HBDY.
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 14/10/2024

CNES: 2799286 Nome Fantasia: HOSPITAL MATERNIDADE LUIZ ARGOLO CNPJ: 15.934.094/0001-43

Nome Empresarial: IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE S ANT DE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: LUIZ ARGOLLO Número: 128 Complemento: --

Bairro: CENTRO Município: 292870 - SANTO ANTONIO DE JESUS UF: BA

CEP: 44440-002 Telefone: -- Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 004

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: DUPLA

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JUSSARA ARGOLO GUILHARDI

Cadastrado em: 22/09/2003 Atualização na base local: 19/07/2024 Última atualização Nacional: 10/10/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

225

326

DECLARAÇÃO

LUIZ ANTONIO GALVÃO DA SILVA GORDO FILHO, Secretário Municipal de Saúde da Cidade do Salvador, no uso de suas atribuições legais declara para os devidos, que o **Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar - IBDAH**, CNPJ nº 07.267.476/0001-32, sediado à Rua do Cabral, 45, Sala 304 - Nazaré - Salvador/Ba, é prestador de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio do Convênio/SMS de nº 005/2017 firmado com a Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, publicado no Diário Oficial do Município de nº 6.849 em 26 de Maio de 2017 com o objeto de gerir o **Hospital 2 de Julho**, CNPJ nº 07.267.476/0008-09, CNES 3746410, sediado à Av. São Marcos, 88 - São Marcos - Salvador/Ba.

A Unidade em tela disponibiliza capacidade instalada de 70 (setenta) leitos ao à rede pública, conforme informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES e prestou até a competência de julho/2018 cerca de 3.247 atendimentos aos usuários do SUS, conforme informação do processamento dos dados do MS/DATASUS/SIHD, documentos em anexo.

Adm. Elza Maria A. Dórea
CRA-BA 14 402

Salvador, 14 de setembro de 2018.

RCA Nº 282/17

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA / BA.
O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Certidão.
Nº 2005, de 05/12/2017.
expedida por este Conselho.
Salvador, 20/09/2018.
Adm. Gerson da Silva Dias
Chefe Setor de Fiscalização e Registro
CRA/BA Nº 5.018

Luiz Galvão
Secretário Municipal da Saúde

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 8 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 suentico e presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 80211010191031150050-2; Data: 10/10/2019 10:37:22
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AJG22419-NOZN;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Valber Azevêdo de Miranda Cavalcanti
Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 14/10/2024

CNES: 3746410 Nome Fantasia: HOSPITAL 2 DE JULHO CNPJ: 07.267.476/0008-09

Nome Empresarial: INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: AV SAO MARCOS Número: 88 Complemento: --

Bairro: SAO MARCOS Município: 292740 - SALVADOR UF: BA

CEP: 41253-196 Telefone: (71) 3393-5429 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0001

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: SEBASTIAO HELDENIR DE MESQUITA JUNIOR

Cadastrado em: 21/01/2006 Atualização na base local: 05/12/2023 Última atualização Nacional: 12/10/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Data desativação: -- Motivo desativação: --

233

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE POLICLÍNICAS/AME/CLÍNICA ESPECIALIZADA OU SIMILAR



329

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL

Atestamos, para fins de comprovação junto à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, que a Organização Social de Saúde Instituto Gestão e Aliança, inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0010-23, endereço BR 101, SN, Km 47, CEP:53.520-015, Abreu e Lima, é responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde na **Unidade Pernambucana de Atenção Especializada-UPAE Irmã Duda (Grande Recife)** por meio do Contrato de Gestão 001/2018 celebrado com o Estado de Pernambuco por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, com início em 10(dez) de setembro de 2018, vigente até 09 (nove) de setembro de 2026.

A meta mensal do Contrato de Gestão 001/ 2018 é de 3.106 atendimentos de consultas médicas, 280 consultas não médicas e 280 sessões de reabilitação. Realiza exames laboratoriais, eletrocardiograma, holter, MAPA, ecocardiograma, ultrassonografia geral e com doppler, Rx, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, biópsia de EDA

Atestamos, ainda, que os serviços vêm sendo prestados de acordo com os parâmetros técnicos de qualidade exigidos e nos prazos pactuados, não existindo, em nossos registros, até a presente data, nenhum fato que desabone a conduta e responsabilidade dos integrantes da unidade e da Organização Social de Saúde em relação ao gerenciamento da unidade.

Recife, 03 de outubro de 2024.

ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA:81727968468

Assinado de forma digital por ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA:81727968468
Dados: 2024.10.04 13:31:42 -03'00'

330

SES -

Processo nº 2300001403.000050/2024-71

Despacho: 1960

Destinatário: à UPAE Grande Recife.

Cumprimentos cordiais, segue Atestado de Capacidade Técnica e Gerencial do Instituto Gestão e Aliança.56898386.

Atenciosamente.

Isabela Guedes Ferreira Lima

Diretora Geral de Monitoramento dos Contratos de Gestão

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Isabela Guedes Ferreira Lima**, em 03/10/2024, às 17:23, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **56898059** e o código CRC **DC456468**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongi, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: (81)3184-0000

331

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
SUPERINT. DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que o **INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR – IBDAH**, **CNPJ** 07.267.476/0001-32, presta serviços ao SUS no **HOSPITAL ALAIDE COSTA**, inscrito no **CNES** sob n° 7160488, localizado na Ladeira da Terezinha, S/N, Subúrbio Ferroviário, Bairro Alto da Terezinha, Salvador-Ba, CEP 40711-060, pertencente a organização social descrita, através de gestão própria, conforme Termo de Adesão nº 056/2018, ao Credenciamento nº 009/2016 (Nefrologia), realizando a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde desta unidade, prestando serviço ambulatorial especializado de referência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de nefrologia e hemodiálise.

• Período: 03 de setembro de 2018 até a presente data.

• Quantitativo de procedimentos de nefrologia no período de 09/2018 a 08/2019: 21.065 sessões de hemodiálise.

Atestamos ainda, que os serviços foram executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Salvador, 10 de outubro de 2019

Naia Neves de Lucena
DIRETORA I DICON
CAD 19.453.216-3

Naia Neves de Lucena
Diretora DICON

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 04.870-9
Autenticação Digital
Cód. Autenticação: 302114101908270304771; Data: 14/10/2019 08:31:
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AA028227-ZQOK;
Valor Total do Ato: R$ 4,42
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjba.jus.br

4ª avenida, Plataforma 06, lado B, nº. 400 - Prédio da Justiça – 1º andar, CAB – Cep 41.745-002 – Salvador-Ba
SESAB - Fone: (71) - 3115-4107

332

DECLARAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB, CNPJ nº 05.816.630/0001-52, por sua representante signatária, a fim de cumprir as exigências do Artigo 8º da Lei Complementar nº 187/2021, e do Artigo 25º do Decreto nº 11.791/2023, declara que o **INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMNISTRAÇÃO HOSPITALAR - IBDAH / CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DE CRUZ DAS ALMAS, CNES 0392197, CNPJ Nº 07.267.476/0013-76,** com sede à Avenida Otavio Mangabeira, 604, Itapicuru, Cruz das Almas – Bahia, CEP: 44.380-196, prestou os serviços complementares ao SUS, através de sua Unidade própria, no período de 01 de agosto de 2022 a 30 de abril de 2024, recebendo a respectiva remuneração, pelos serviços efetivamente prestados, de natureza ambulatorial de média e alta complexidade em Nefrologia, conforme a produção anexa.

ROBERTA SILVA DE CARVALHO SANTANA
Secretária da Saúde do Estado da Bahia

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA

Estabelecimentos CNES-BA: 0392197 - INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR - IBDAH / CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DE CRUZ DAS ALMAS
Gestor da Produção: 290000 Bahia - Gestão estadual

PROCEDIMENTOS	agosto - 22 / dezembro-22	janeiro -23 / dezembro-23	janeiro -24 / abril-24
	Soma de Valor Produzido	Soma de Valor Produzido	Soma de Valor Produzido
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ DIÁLISE	R$ -	R$ -	R$ 610,00
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ DIÁLISE	R$ 610,00	R$ 1.586,00	R$ 1.037,00
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE	R$ -	R$ -	R$ 244,00
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE	R$ 1.098,00	R$ 1.342,00	R$ 549,00
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	R$ -	R$ -	R$ 1.156,68
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	R$ -	R$ 12.698,28	R$ 3.477,60
ANTIBIOGRAMA	R$ -	R$ 4,98	R$ 4,98
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	R$ -	R$ -	R$ 129,52
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	R$ 1.878,04	R$ 8.224,52	R$ 1.359,96
CLEARANCE DE CREATININA	R$ -	R$ 3,51	R$ -
COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SUSPEIÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19 (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)	R$ 640,89	R$ -	R$ -
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R$ -	R$ -	R$ 36.099,00
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R$ 170.667,00	R$ 190.877,40	R$ 100.012,50
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R$ -	R$ -	R$ 19.030,00
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R$ 44.000,00	R$ 211.510,00	R$ 55.890,00
CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ -	R$ -	R$ 2,73
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ -	R$ 5,62	R$ -
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$ -	R$ 32,16	R$ -
DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$ 18,50	R$ -	R$ -
DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R$ -	R$ 12,54	R$ 37,62
DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R$ -	R$ -	R$ 10,92
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$ -	R$ 5,77	R$ -
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 2,73	R$ 2,73	R$ 2,73
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	R$ -	R$ -	R$ 43,18
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	R$ 626,11	R$ 2.741,93	R$ 453,39
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ -	R$ -	R$ 2.453,64
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 2.164,08	R$ 4.770,12	R$ 1.143,00
DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ -	R$ -	R$ 20,35
DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 268,25	R$ 497,65	R$ 53,65
DOSAGEM DE ALUMINIO	R$ -	R$ -	R$ 4.015,00
DOSAGEM DE ALUMINIO	R$ 1.237,50	R$ 4.290,00	R$ 1.072,50
DOSAGEM DE AMILASE	R$ -	R$ 11,25	R$ -
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ -	R$ 16,42	R$ 16,42
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ -	R$ 4,02	R$ -
DOSAGEM DE CALCIO	R$ -	R$ -	R$ 307,10
DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1.528,10	R$ 3.650,05	R$ 851,00
DOSAGEM DE COBRE	R$ -	R$ 3,51	R$ -
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ -	R$ -	R$ 568,62
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 677,43	R$ 1.249,56	R$ 214,11
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ -	R$ -	R$ 624,78
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 677,43	R$ 1.242,54	R$ 256,23
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ -	R$ -	R$ 299,70
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 357,05	R$ 671,55	R$ 116,55
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R$ 34,32	R$ -	R$ -
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R$ 34,32	R$ -	R$ -
DOSAGEM DE CORTISOL	R$ -	R$ 19,72	R$ -
DOSAGEM DE CREATININA	R$ -	R$ -	R$ 314,50
DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1.535,50	R$ 3.811,00	R$ 895,40
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$ 11,25	R$ 22,50	R$ -
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$ 11,71	R$ -	R$ -
DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ -	R$ 10,15	R$ -
DOSAGEM DE ESTRIOL	R$ 11,55	R$ 1.097,25	R$ -
DOSAGEM DE ESTRONA	R$ 11,12	R$ 11,12	R$ -
DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 5.019,98	R$ 10.164,68	R$ 2.759,43
DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ -	R$ -	R$ 572,13
DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 1.126,71	R$ 2.478,06	R$ 572,13
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ -	R$ -	R$ 329,64
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 526,62	R$ 1.093,44	R$ 329,64
DOSAGEM DE FOSFORO	R$ -	R$ -	R$ 305,25
DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1.522,55	R$ 3.631,55	R$ 845,45
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ -	R$ -	R$ 3,51
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 59,67	R$ 157,95	R$ 35,10
DOSAGEM DE GLICOSE	R$ -	R$ -	R$ 138,75
DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1.239,50	R$ 3.576,05	R$ 886,15
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ -	R$ 7,85	R$ -

DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$	-	R$	-	R$	19,89
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$	13,77	R$	1,53	R$	10,71
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$	-	R$	-	R$	149,34
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$	1.988,58	R$	6.067,92	R$	1.438,38
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$	7,89	R$	7,89	R$	-
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$	8,97	R$	17,94	R$	-
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$	-	R$	-	R$	71,68
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$	985,60	R$	1.962,24	R$	519,68
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$	-	R$	17,16	R$	-
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R$	-	R$	17,16	R$	-
DOSAGEM DE INSULINA	R$	20,34	R$	30,51	R$	-
DOSAGEM DE MAGNESIO	R$	251,25	R$	309,54	R$	8,04
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	-	R$	-	R$	97,44
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	-	R$	73,08	R$	73,08
DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	-	R$	-	R$	6.857,67
DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	12.507,70	R$	27.689,46	R$	7.030,19
DOSAGEM DE POTASSIO	R$	-	R$	-	R$	316,35
DOSAGEM DE POTASSIO	R$	1.572,50	R$	3.783,25	R$	888,00
DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$	-	R$	20,44	R$	-
DOSAGEM DE PROLACTINA	R$	10,15	R$	10,15	R$	-
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$	5,66	R$	-	R$	-
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$	-	R$	-	R$	113,40
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$	-	R$	-	R$	299,70
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$	499,50	R$	1.172,90	R$	146,15
DOSAGEM DE SODIO	R$	-	R$	-	R$	31,45
DOSAGEM DE SODIO	R$	1.578,05	R$	3.722,20	R$	860,25
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$	13,11	R$	13,11	R$	-
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$	-	R$	10,43	R$	10,43
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$	26,22	R$	13,11	R$	-
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$	-	R$	15,35	R$	-
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$	788,40	R$	1.638,12	R$	376,68
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	-	R$	-	R$	92,80
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	1.113,60	R$	2.424,40	R$	603,20
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$	44,22	R$	108,54	R$	20,10
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$	-	R$	-	R$	329,64
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$	1.423,08	R$	3.545,64	R$	920,58
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$	-	R$	-	R$	671,56
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$	1.306,04	R$	2.937,56	R$	725,12
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$	-	R$	-	R$	561,60
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$	673,92	R$	1.232,01	R$	203,58
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$	17,42	R$	69,68	R$	8,71
DOSAGEM DE UREIA	R$	-	R$	-	R$	592,00
DOSAGEM DE UREIA	R$	2.923,00	R$	6.933,80	R$	1.696,45
DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$	-	R$	60,96	R$	15,24
DOSAGEM DE ZINCO	R$	-	R$	46,95	R$	15,65
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$	-	R$	5,41	R$	5,41
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$	-	R$	8,19	R$	-
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R$	-	R$	-	R$	46,95
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R$	-	R$	15,65	R$	15,65
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	R$	-	R$	-	R$	30,82
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	R$	446,89	R$	1.957,07	R$	323,61
HEMATOCRITO	R$	-	R$	-	R$	18,36
HEMATOCRITO	R$	4,59	R$	-	R$	16,83
HEMOCULTURA	R$	-	R$	-	R$	252,78
HEMOCULTURA	R$	735,36	R$	2.275,02	R$	551,52
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	R$	-	R$	-	R$	4.337,46
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	R$	17.477,60	R$	80.989,53	R$	13.976,26
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	-	R$	-	R$	425.553,02
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	1.864.422,98	R$	4.709.974,72	R$	1.279.309,73
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA)	R$	-	R$	1.569,33	R$	-
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	-	R$	-	R$	16.950,96
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	68.741,19	R$	183.982,86	R$	49.874,94
HEMOGRAMA COMPLETO	R$	-	R$	-	R$	719,25
HEMOGRAMA COMPLETO	R$	3.653,79	R$	8.746,08	R$	2.038,56
IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO	R$	-	R$	-	R$	-
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	R$	-	R$	-	R$	231,62
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	R$	3.358,49	R$	14.707,87	R$	2.432,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$	-	R$	-	R$	1.560,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$	850,00	R$	2.440,00	R$	570,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$	-	R$	148,40	R$	-
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$	-	R$	-	R$	3.005,10
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$	2.745,40	R$	8.328,95	R$	1.688,05
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$	2.838,15	R$	6.288,45	R$	1.650,95
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$	-	R$	11,00	R$	-
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R$	55,65	R$	129,85	R$	-
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$	-	R$	11,61	R$	-

PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$	37,10	R$	37,10	R$ -
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$	13,35	R$	-	R$ -
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$	-	R$	-	R$ 2.986,55
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$	2.763,95	R$	8.162,00	R$ 1.595,30
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$	-	R$	-	R$ 5,48
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$	19,18	R$	84,94	R$ 23,29
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$	-	R$	16,98	R$ 25,47
TESTE RÁPIDO PARA DENGUE IGG/IGM	R$	-	R$	-	R$ -
TESTE RÁPIDO PARA FEBRE CHIKUNGUNYA IGM	R$	-	R$	-	R$ -
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	R$	-	R$	10,00	R$ -
TESTE RÁPIDO PARA VÍRUS ZIKA IGG/IGM	R$	-	R$	-	R$ -
Total Geral	**R$**	**2.233.538,55**	**R$**	**5.565.389,47**	**R$ 2.075.721,21**

PROCEDIMENTOS	agosto 2022 -abril 2024					
	Total Soma de Valor Produzido		Total Soma de Valor Aprovado		Total Soma de Valor Glosado	
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ DIÁLISE	R$	610,00	R$	-	R$	610,00
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ DIÁLISE	R$	3.233,00	R$	-	R$	3.233,00
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE	R$	244,00	R$	-	R$	244,00
ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE	R$	2.989,00	R$	-	R$	2.989,00
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	R$	1.156,68	R$	1.156,68	R$	-
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	R$	16.175,88	R$	16.175,88	R$	-
ANTIBIOGRAMA	R$	9,96	R$	4,98	R$	4,98
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	R$	129,52	R$	-	R$	129,52
CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	R$	11.462,52	R$	-	R$	11.462,52
CLEARANCE DE CREATININA	R$	3,51	R$	3,51	R$	-
COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SUSPEIÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19 (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)	R$	640,89	R$	-	R$	640,89
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R$	36.099,00	R$	36.099,00	R$	-
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R$	461.556,90	R$	461.556,90	R$	-
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R$	19.030,00	R$	19.030,00	R$	-
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R$	311.400,00	R$	283.490,00	R$	27.910,00
CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$	2,73	R$	2,73	R$	-
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$	5,62	R$	5,62	R$	-
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$	32,16	R$	32,16	R$	-
DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$	18,50	R$	18,50	R$	-
DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R$	50,16	R$	50,16	R$	-
DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R$	10,92	R$	10,92	R$	-
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$	5,77	R$	5,77	R$	-
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$	8,19	R$	8,19	R$	-
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	R$	43,18	R$	-	R$	43,18
DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	R$	3.821,43	R$	-	R$	3.821,43
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$	2.453,64	R$	2.453,64	R$	-
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$	8.077,20	R$	8.077,20	R$	-
DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$	20,35	R$	20,35	R$	-
DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$	819,55	R$	819,55	R$	-
DOSAGEM DE ALUMINIO	R$	4.015,00	R$	4.015,00	R$	-
DOSAGEM DE ALUMINIO	R$	6.600,00	R$	6.600,00	R$	-
DOSAGEM DE AMILASE	R$	11,25	R$	11,25	R$	-
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$	32,84	R$	32,84	R$	-
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$	4,02	R$	4,02	R$	-
DOSAGEM DE CALCIO	R$	307,10	R$	307,10	R$	-
DOSAGEM DE CALCIO	R$	6.029,15	R$	6.029,15	R$	-
DOSAGEM DE COBRE	R$	3,51	R$	-	R$	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$	568,62	R$	568,62	R$	-
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$	2.141,10	R$	2.141,10	R$	-
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$	624,78	R$	624,78	R$	-
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$	2.176,20	R$	2.176,20	R$	-
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$	299,70	R$	299,70	R$	-
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$	1.145,15	R$	1.145,15	R$	-
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R$	34,32	R$	34,32	R$	-
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R$	34,32	R$	34,32	R$	-
DOSAGEM DE CORTISOL	R$	19,72	R$	19,72	R$	-
DOSAGEM DE CREATININA	R$	314,50	R$	314,50	R$	-
DOSAGEM DE CREATININA	R$	6.241,90	R$	6.241,90	R$	-
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$	33,75	R$	33,75	R$	-
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$	11,71	R$	11,71	R$	-
DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$	10,15	R$	10,15	R$	-
DOSAGEM DE ESTRIOL	R$	1.108,80	R$	1.108,80	R$	-
DOSAGEM DE ESTRONA	R$	22,24	R$	22,24	R$	-
DOSAGEM DE FERRITINA	R$	17.944,09	R$	17.944,09	R$	-
DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$	572,13	R$	572,13	R$	-
DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$	4.176,90	R$	4.176,90	R$	-
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$	329,64	R$	329,64	R$	-
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$	1.949,70	R$	1.949,70	R$	-
DOSAGEM DE FOSFORO	R$	305,25	R$	305,25	R$	-

DOSAGEM DE FOSFORO	R$	5.999,55	R$	5.999,55	R$ -
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$	3,51	R$	3.51	R$ -
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$	252,72	R$	252,72	R$ -
DOSAGEM DE GLICOSE	R$	138,75	R$	138,75	R$ -
DOSAGEM DE GLICOSE	R$	5.701,70	R$	5.701,70	R$ -
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$	7,85	R$	7,85	R$ -
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$	19,89	R$	19,89	R$ -
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$	26,01	R$	26,01	R$ -
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$	149,34	R$	149,34	R$ -
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$	9.494,88	R$	9.494,88	R$ -
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$	15,78	R$	15,78	R$ -
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$	26,91	R$	26,91	R$ -
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$	71,68	R$	71,68	R$ -
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$	3.467,52	R$	3.467,52	R$ -
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$	17,16	R$	17,16	R$ -
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R$	17,16	R$	17,16	R$ -
DOSAGEM DE INSULINA	R$	50,85	R$	50,85	R$ -
DOSAGEM DE MAGNESIO	R$	568,83	R$	568,83	R$ -
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	97,44	R$	97,44	R$ -
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	146,16	R$	146,16	R$ -
DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	6.857,67	R$	6.857,67	R$ -
DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	47.227,35	R$	47.227,35	R$ -
DOSAGEM DE POTASSIO	R$	316,35	R$	316,35	R$ -
DOSAGEM DE POTASSIO	R$	6.243,75	R$	6.243,75	R$ -
DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$	20,44	R$	20,44	R$ -
DOSAGEM DE PROLACTINA	R$	20,30	R$	20,30	R$ -
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$	5,66	R$	5,66	R$ -
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$	113,40	R$	113,40	R$ -
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$	299,70	R$	299,70	R$ -
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$	1.818,55	R$	1.818,55	R$ -
DOSAGEM DE SODIO	R$	31,45	R$	31,45	R$ -
DOSAGEM DE SODIO	R$	6.160,50	R$	6.160,50	R$ -
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$	26,22	R$	26,22	R$ -
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$	20,86	R$	20,86	R$ -
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$	39,33	R$	39,33	R$ -
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$	15,35	R$	-	R$ 15,35
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$	2.803,20	R$	2.803,20	R$ -
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	92,80	R$	92,80	R$ -
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	4.141,20	R$	4.141,20	R$ -
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$	172,86	R$	172,86	R$ -
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$	329,64	R$	329,64	R$ -
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$	5.889,30	R$	5.889,30	R$ -
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$	671,56	R$	671,56	R$ -
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$	4.968,72	R$	4.968,72	R$ -
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$	561,60	R$	561,60	R$ -
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$	2.109,51	R$	2.109,51	R$ -
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$	95,81	R$	95,81	R$ -
DOSAGEM DE UREIA	R$	592,00	R$	592,00	R$ -
DOSAGEM DE UREIA	R$	11.553,25	R$	11.553,25	R$ -
DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$	76,20	R$	76,20	R$ -
DOSAGEM DE ZINCO	R$	62,60	R$	62,60	R$ -
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$	10,82	R$	5,41	R$ 5,41
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$	8,19	R$	8,19	R$ -
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R$	46,95	R$	46,95	R$ -
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R$	31,30	R$	31,30	R$ -
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	R$	30,82	R$	-	R$ 30,82
GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	R$	2.727,57	R$	-	R$ 2.727,57
HEMATOCRITO	R$	18,36	R$	18,36	R$ -
HEMATOCRITO	R$	21,42	R$	21,42	R$ -
HEMOCULTURA	R$	252,78	R$	252,78	R$ -
HEMOCULTURA	R$	3.561,90	R$	3.561,90	R$ -
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	R$	4.337,46	R$	-	R$ 4.337,46
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	R$	112.443,39	R$	-	R$ 112.443,39
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	425.553,02	R$	-	R$ 425.553,02
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	7.853.707,43	R$	-	R$ 7.853.707,43
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA)	R$	1.569,33	R$	-	R$ 1.569,33
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	16.950,96	R$	-	R$ 16.950,96
HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	R$	302.598,99	R$	-	R$ 302.598,99
HEMOGRAMA COMPLETO	R$	719,25	R$	719,25	R$ -
HEMOGRAMA COMPLETO	R$	14.438,43	R$	14.438,43	R$ -
IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO	R$	-	R$	-	R$ -
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	R$	231,62	R$	-	R$ 231,62
IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	R$	20.498,37	R$	-	R$ 20.498,37
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$	1.560,00	R$	1.560,00	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$	3.860,00	R$	3.860,00	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$	148,40	R$	148,40	R$ -

PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$	3.005,10	R$	3.005,10	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$	12.762,40	R$	12.762,40	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$	10.777,55	R$	8.737,05	R$ 2.040,50
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$	11,00	R$	11,00	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R$	185,50	R$	185,50	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$	11,61	R$	11,61	R$ -
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$	74,20	R$	74,20	R$ -
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$	13,35	R$	13,35	R$ -
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$	2.986,55	R$	2.986,55	R$ -
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$	12.521,25	R$	12.521,25	R$ -
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$	5,48	R$	5,48	R$ -
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$	127,41	R$	127,41	R$ -
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$	42,45	R$	28,30	R$ 14,15
TESTE RÁPIDO PARA DENGUE IGG/IGM	R$	-	R$	-	R$ -
TESTE RÁPIDO PARA FEBRE CHIKUNGUNYA IGM	R$	-	R$	-	R$ -
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	R$	10,00	R$	8,00	R$ 2,00
TESTE RÁPIDO PARA VÍRUS ZIKA IGG/IGM	R$	-	R$	-	R$ -
Total Geral	**R$**	**9.874.649,23**	**R$**	**1.080.830,83**	**R$ 8.793.818,40**

Documento assinado eletronicamente por **Roberta Silva de Carvalho Santana**, **Secretário(a) Estadual de Saúde**, em 09/07/2024, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014 .

338

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00092901765** e o código CRC **BFEFA36F**.

CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR NA ÁREA DA SAÚDE, COM PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO RECURSO NA UNIDADE, COM ANUÊNCIA POSTERIOR DA SES/GO



340

Considerando o Parecer Técnico nº 40/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.051087/2021-47, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes das legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Associação Nossa Senhora Aparecida de Turvo, CNPJ nº 75.957.431/0001-40, com sede em Turvo (PR).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União (DOU).

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 283, DE 26 DE JULHO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Liga Bahiana Contra o Câncer, com sede em Salvador (BA).

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, 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 aplicam-se 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 66/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.076007/2021-66, 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 prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, da Liga Bahiana Contra o Câncer, CNPJ nº 15.180.961/0001-00, com sede em Salvador (BA).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 284, DE 26 DE JULHO DE 2022

Indefere a Concessão do CEBAS da Associação Beneficente Ruralista Assistência Médica Hospitalar, com sede em Aquidauana (MS).

A Secretária de Atenção Especializada 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, 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 aplicam-se 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 69/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.051704/2021-12, que concluiu pelo não atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica indeferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) da Associação Beneficente Ruralista Assistência Médica Hospitalar, CNPJ nº 15.906.258/0001-29, com sede em Aquidauana (MS).

Art. 2º A instituição requerente fica notificada para, caso queira, apresentar recurso administrativo no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da presente publicação, conforme legislações pertinentes.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 285, DE 26 DE JULHO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Alpinópolis, com sede em Alpinópolis (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, 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 aplicam-se 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 62/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.169866/2021-06, 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), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Alpinópolis, CNPJ nº 16.698.771/0001-34, com sede em Alpinópolis (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 287, DE 26 DE JULHO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Fundação Governador Flávio Ribeiro Coutinho, com sede em Santa Rita (PB).

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, 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 aplicam-se 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 64/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.160772/2021-63, 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), da Fundação Governador Flávio Ribeiro Coutinho, CNPJ nº 09.433.715/0001-02, com sede em Santa Rita (PB).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 290, DE 27 DE JULHO DE 2022

Defere a Concessão do CEBAS da Fundação Hospitalar Dr. José Athanazio, com sede em Campos Novos (SC).

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 51/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.140672/2021-11, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes das legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Fundação Hospitalar Dr. José Athanazio, CNPJ nº 83.156.455/0001-28, com sede em Campos Novos (SC).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União (DOU).

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 291, DE 27 DE JULHO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar - IBDAH, com sede em Lauro de Freitas (BA).

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 53/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.172562/2020-37, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes das 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 Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar - IBDAH, CNPJ nº 07.267.476/0001-32, com sede em Lauro de Freitas (BA).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 9 de outubro de 2021 a 8 de outubro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA Nº 294, DE 27 DE JULHO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Sociedade Hospital São Gabriel Arcanjo, com sede em Cruzeiro do Sul (RS).

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 58/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.108710/2021-41, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes das 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), da Sociedade Hospital São Gabriel Arcanjo, CNPJ nº 91.154.898/0001-08, com sede em Cruzeiro do Sul (RS).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 24 de dezembro de 2021 a 23 de dezembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

341

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

DECLARAÇÃO

Processo nº 25000.152302/2024-79

Interessado: INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA - IGA

Interessado: Instituto de Gestão Aliança - IGA

CNPJ nº 07.267.476/0001-32

Avenida Luiz Tarquínio Pontes, nº 2576

CEP 42.709-190 – Lauro de Freitas/BA

Em atenção à solicitação contida no e-mail, de 09/10/2024, SEI nº 25000.152302/2024-79, acerca do andamento do requerimento de renovação de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS – relativo ao Instituto de Gestão Aliança - IGA, inscrita no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, temos a informar que consultando o nosso Sistema de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social – SISCEBAS verificamos que a aludida Entidade, teve o seu Certificado **deferido** (SEI nº 25000.172562/2020-37), conforme Portaria SAES/MS nº 291, de 27/07/2022, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 05/08/2022, para o período de **09/10/2021 a 08/10/2024**.

Ademais, em cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 37, da Lei Complementar nº 187, de 17/12/2021, na qual prevê que *"§ 1º Será considerado tempestivo o requerimento de renovação da certificação protocolado no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem a data final de validade da certificação"* informamos que a entidade protocolou em **16/08/2024**, ***tempestivamente***, o seu requerimento de renovação, conforme **SEI nº 25000.122780/2024-54**, o qual se encontra pendente de julgamento.

Até a presente data o processo com o pedido de renovação não foi concluído, estando a Entidade alcançada pelo disposto no § 2º, do artigo 37, da Lei Complementar nº 187/2021, ao estabelecer que ***"§ 2º A certificação da entidade permanece válida até a data da decisão administrativa definitiva sobre o requerimento de renovação tempestivamente apresentado"***.

É importante frisar, que a Receita Federal do Brasil, por meio da Instrução Normativa RFB nº 2.110, de 17/10/2022, que dispõe, em seu artigo 188:

> *"Art. 188. Observado o disposto nos arts. 186 e 187, o direito à imunidade poderá ser exercido pela entidade beneficente de assistência social a partir do cumprimento dos requisitos previstos na legislação específica, independentemente de requerimento à RFB. (Lei nº 12.101, de2009, art. 31; e STF, ADI nº 4.480/DF, de 2020)*
>
> *§ 1º* ***A imunidade das contribuições sociais previdenciárias usufruída pela entidade é extensiva às suas dependências e estabelecimentos****, e às obras de construção civil, quando por ela executadas e*

342

destinadas a uso próprio.

§ 2º A imunidade de que trata este artigo não abrange empresa ou entidade com personalidade jurídica própria e mantida por entidade imune. (Lei nº 12.101, de 2009, art. 30; Lei Complementar nº 187, de 2021, art. 4º)"

Isto posto, são estas as informações que nos cabe apresentar, ressaltando que para acompanhar o andamento do processo e para maiores esclarecimentos em relação à Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde, sugerimos acessar http://siscebas.saude.gov.br/siscebas/ link: *"para acessar a visualização pública clique aqui"*, pasta *"documentos vinculados a esta entidade"* e selecionar o protocolo SEI correspondente.

Para confirmar essas informações, sugerimos ligar para (61) 3315-6107 ou (61) 3315-7966.

ADRIANA LUSTOSA ELOI VIEIRA
Diretora

Documento assinado eletronicamente por **Adriana Lustosa Eloi Vieira**, **Diretor(a) do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde**, em 10/10/2024, às 10:46, 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 **0043714252** e o código CRC **E7892FEC**.

Referência: Processo nº 25000.152302/2024-79 SEI nº 0043714252

TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA. (***)



FACULDADE

JORGE AMADO



DIPLOMA

A Diretora Geral da Faculdade Jorge Amado, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão, em 18 de março de 2004, do curso de **ADMINISTRAÇÃO**, confere o título de **BACHAREL** em **ADMINISTRAÇÃO** a

TIANA LÚCIA PIMENTEL DOS SANTOS

brasileira, natural da Bahia, nascida a 10 de dezembro de 1980, filha de Antonio Carlos Barros dos Santos e Ana Lucia Pimentel dos Santos e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Salvador, 18 de março de 2004.

Maria de Fátima dos Santos Lopes
Diretora Geral

DIPLOMADO
RG. 07096510 23, SSP-BA

Paulo Sérgio Nunes Costa
Gerente Acadêmico

10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabeliã Rosemary Carvalho Muniz

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 05 de Outubro de 2024
Em Test. da Verdade.
VALDILEO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE

Selo: 1596.AE243676.4 - Valor: R$ 6,60
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

344

Curso de Administração

Reconhecido pela Portaria n° 570, de 12 de março de 2004, D.O.U. de 16 de março de 2004.

APOSTILA

Faculdade Jorge Amado

O diplomado concluiu, nesta Faculdade, a Habilitação em Administração Hospitalar.

Salvador, 18 de março de 2004.

Maria de Fátima dos Santos Lopes
Diretora Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO JORGE AMADO
Diploma registrado de acordo com o disposto no § 4° do art. 2° do Decreto 5.786, de 24 de maio de 2006.

Registro n° 1144

Livro n° 03 **fls.** 160

Data do Registro 08/01/2009

Processo n° 2909/08

CENTRO UNIVERSITÁRIO JORGE AMADO

Paulo Sérgio Nunes Costa
Gerência Acadêmica
Centro Universitário Jorge Amado
UNIJORGE

Joseane Vasconcelos da Costa

Joseane Vasconcelos da Costa
Registro de Diplomas
Centro Universitário Jorge Amado
UNIJORGE

10° Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabeliã Rosemary Carvalho Muniz
Av. Almirante Marques de Leão nº 64, Sobreloja 01 - Barra Salvador-BA CEP: 40.140.230 - Tel.(71)3035-6900/6904 - www.10notas.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 08 de Outubro de 2024
Em Test. _____ da Verdade.
VALDILIO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE
Selo: 1596.AE243680-2 - Valor: R$ 6,60
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

002474

345

DECLARAÇÃO

Eu, Tiana Lucia Pimentel dos Santos, CPF 804.684.625-20, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

gov.br
Documento assinado digitalmente
TIANA LUCIA PIMENTEL DOS SANTOS
Data: 10/10/2024 14:41:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.



Faculdade São Camilo

O Diretor Geral da Faculdade São Camilo-Bahia,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 16 de fevereiro de 2004,
do Curso de Administração, confere o título de

Bacharel em Administração

a

Antonio Walter Brandão Luna

brasileiro, natural do Estado da Bahia, nascido a 17 de janeiro de 1972,
filho de Luiz Carlos Santana Luna e Sandra Mara Brandão Luna
e outorga-lhe o presente Diploma,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Salvador, 16 de fevereiro de 2004

José Miguel M. Bastos Filho
Diretor Geral

Diplomado
04.464.115.07 SSP-BA

Marinilde Gonsalves dos Santos
Secretária Geral

10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabelliã Rosemary Carvalho Muniz

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 05 de Outubro de 2024
Em Test. da Verdade.
VALDILIO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE
Selo: 1596.AE2436900 - Valor: R$ 6,60
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

RECONHECIMENTO

Curso de Bacharelado em Administração Reconhecido pela Portaria Ministerial do MEC nº 407 de 08 de fevereiro de 2002 Publicada no Diário Oficial da União em 13 de fevereiro de 2002.

APOSTILA

Faculdade São Camilo-Ba
O diplomado concluiu nesta Faculdade a Habilitação em Administração Hospitalar.

Salvador, 16 de fevereiro de 2004.

Prof. José Miguel M. Bastos Filho
Diretor Geral

Aurea Ana Fagundes Oliveira
Chefe da Seção de Diplomas e Certificados
UFBA/SUPAC/SGC

Por delegação de competência do Ministério da Educação
(Portarias. MEC/DAU nº s 726/77 e 71/77)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
REITORIA

Diploma registrado sob 10 de 09 ás fls nº 91 no livro de registro nº 51 da Universidade Federal da Bahia, registro nº 41 pertinente ao Curso de Bacharel em Administração: Administração Hospitalar.

Salvador, 10 de maio de 2004

UFBA [redacted] SGC
Diretor
Delegação Conforme a Portaria 2.137/80

0088

10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabeliã Rosemary Carvalho Muniz
Av. Almirante Marques de Leão nº 64, Sobreloja 01 - Barra Salvador-BA CEP: 40.140.230 - Tel: (71) 3026-8900/8904 – www.10notas.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 08 de Outubro de 2024
Em Test[illegible] da Verdade.
VALDILIO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE
Selo: 1596.AE244746 4 - Valor: R$ 6,69
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

DECLARAÇÃO

Eu, , Antônio Walter Brandão Luna, CPF 630.418.125-68, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
ANTONIO WALTER BRANDAO LUNA
Data: 10/10/2024 12:36:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

UNIVERSIDADE SALVADOR-UNIFACS

CERTIFICADO

Certificamos que **DURIVAL SANTOS PEREIRA NETO**, brasileiro, natural do Estado da Bahia, nascido a 20 de junho de 1983, RG 0886890500-BA, concluiu o curso de Pós-Graduação *lato sensu*: **MBA em Gestão de Serviços de Saúde**, em outubro de 2018.

Salvador, 10 de janeiro de 2019

REITOR(A)

ESTUDANTE

COORDENADOR(A) DE PÓS-GRADUAÇÃO

10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabelia Rosemary Carvalho Muniz
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 05 de Outubro de 2024
Em Test. da Verdade.
VALDILIO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE
Selo: 1596.AE243684.5 Valor: R$ 6,60
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	CONCEITO	NOME E TITULAÇÃO DOS PROFESSORES
Planejamento de Vida e Carreira	20	9,5	Olivia Fonseca Bustani, Especialista
Métodos e Tecnicas do Trabalho Científico	20	9,0	Kátia de Miranda Avena, Doutora
WORKSHOP Competências Comportamentais	24	9,0	Paulo Emílio de Oliveira Cruz, Mestre Renata Castello Branco de Paula, Especialista
Legislação em Saude e Direito Aplicado	20	9,8	Márcia Gomes Duarte, Mestra Kátia Miranda de Avena, Doutora
Gestão de Comunicação e Marketing Aplicado	16	9,0	Antônio Freire da Silva Neto, Mestre
Vigilância em Saúde e Estatística Aplicada	24	10,0	Ramon da Costa Saavedra, Mestre
Indicadores de Serviços de Saude	16	9,4	Maria de Fátima Santana Maia, Especialista
Sistemas de Gestão	20	8,5	Alana Mendonça Amorim, Mestra
Gestão Estratégica	24	DI	Thiago Pimenta de Albuquerque, Mestre
Gestão da Inovação Organizacional	20	9,5	Joane Maria Queiroz Felix, Mestra
Gestão de Pessoas	32	DI	Cristiane Lima Araujo, Especialista
Finanças Corporativas	28	DI	Juraci Moreira de Souza, Especialista
Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Meio Ambiente	28	9,5	Jaqueline Carvalho Canuto, Especialista
Engenharia Clinica, Logistica e Suprimentos	28	10,0	Andrea Marques de andrade Bispo, Especialista
Arquitetura, Serviços de Assistência a Saude: Tipologia, Produtos e Caracteristicas	40	8,8	Márcia Gomes Duarte, Mestra
Hotelaria em Serviços de Saúde	16	9,0	Ana Virginia Gomes de Tulio, Especialista
Auditorias na Área de Saúde	20	9,5	Daniela Neves Castelluccí, Especialista
Avaliação e Acompanhamento do Desempenho	24	8,5	Maria de Fátima Santana Maia, Especialista
Trabalho de Conclusão do Curso "HUMANIZAÇÃO NA SAUDE: CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR"	30	9,3	Kátia de Miranda Avena, Doutora

TOTAL DE HORAS / AULA: 450
MÉDIA GLOBAL: 9,2
Universidade Salvador - UNIFACS
Credenciada pelo Decreto de 18.09.97 (DOU de 19.09.97)
Recredenciada pela Portaria nº 788, de 16 de agosto de 2018 (DOU de 17.08.2018)
O presente curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007
O estudante realizou o curso no período de dezembro de 2016 a outubro de 2018.

Certificado registrado sob nº 0400, livro 05, fls 200

Secretaria Geral 10/01/2019

Responsável pelo registro

VISTO

Coordenador (a) da Secretaria Geral

Reitora: Marcia Pereira Fernandes de Barros
Coordenadora de Pós-Graduação: Verena de Sousa Alcântara
Coordenadora da Secretaria Geral: Macele Rocha de Abreu
Responsável pelo registro: Alina Souza e Silva

10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabeliã Rosemary Carvalho Muniz
Av. Almirante Marques de Leão nº 64, Sobreloja 01 - Barra Salvador-BA CEP: 40.140.230 - Tel (71)3036-8900/8904 - www.10notas.com.br
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 08 de Outubro de 2024
Em Test._____ da Verdade.
VALDILIO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE
Selo: 1596.AE243685.3 - Valor: R$ 6,60
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

007604

DECLARAÇÃO

Eu, Durival Santos Pereira Neto, CPF 822.457.625-68, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
DURIVAL SANTOS PEREIRA NETO
Data: 11/10/2024 11:30:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

CERTIFICADO

O Reitor do Centro Universitário São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo presente a conclusão do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Administração Hospitalar, realizado na cidade de Goiânia – GO, no período de 09 de outubro de 1997 a 26 de setembro de 1998 , com carga horária de 650 horas, confere o título de ESPECIALISTA a

Hernani Vaz Kruger

brasileiro(a), nascido(a) a 16 de julho de 1968, em Goiânia – GO
R.G. 1.523.186 GO

a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais

São Paulo, 07 de janeiro de 2009.

Profª Simone Uzuelli Legutcke
Secretária Geral

Pós Graduado (a)

Prof. Dr. Pe. Christian de Paul de Barchifontaine
Reitor

10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA
Tabelliã Rosemary Carvalho Muniz
AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original exibido apresentado. Dou fé.
Salvador-BA, 09 de Outubro de 2024
Em Test. _____ da verdade.
VALDILIO SANTOS DE SANTANA
ESCREVENTE
Selo: 1596.AE2.43674 8 - Valor: R$ 6,60
Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO
Recredenciado pela
Portaria nº 53 de 11/01/2005

Av. Nazaré, 1.501 – Ipiranga
CEP 04263-200 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2588-4000

Rua Raul Pompéia, 144 – Pompéia
CEP 05025-010 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3465-2600

351

HISTÓRICO ESCOLAR
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

NÍVEL: Especialização | **PERÍODO: 09/10/1997 a 26/09/1998**
ALUNO (A): Hernani Vaz Kruger | **DATA DE NASCIMENTO: 16/07/1968**
NATURALIDADE: Goiânia – GO | **NACIONALIDADE: Brasileira**
RG: 1.523.186 GO | **GRADUAÇÃO: Administração**

DISCIPLINAS/DOCENTES	C.H.	FREQ. %	NOTA
Fundamentos da Administração Hospitalar Fabrizio Rosso/Especialista	20	100	9.0
Planejamento Estratégico Waldomiro José P. Federighi/Especialista	20	100	9.5
Administração Financeira Ronaldo Martins Brum/Mestre	20	100	8.5
Metodologia da Pesquisa Científica Eduardo Lúcio Soares/Doutor	40	100	10.0
Administração de Recursos Humanos Neyde Chepaldi/Especialista	20	100	8.0
Administração do Serviço de Materiais Guy Marie Martin Langorh/Doutor	20	100	10.0
Arquitetura Hospitalar Cláudia da Fonseca Vigo/Especialista	20	100	8.0
Administração do Serviço do Prontuário do Paciente Guy Marie Martin Langorh/Mestre	20	100	10.0
Administração do Serviço Social Janete Leite Hanan/Mestre	20	100	9.0
Administração do Serviço de Higiene e Controle de Infecção Hospitalar Mauro Rocha da Silva/Mestre	20	100	9.0
Administração do Serviço de Processamento de Roupas Guido Marques de Azevedo/Especialista	20	100	8.5
Administração do Serviço de Enfermagem Antonio Magalhães Marinho/Mestre	20	100	10.0
Estatística Vanderlei Vicente Souza/Especialista	20	100	9.5
Qualidade dos Serviços de Saúde Fernando Toledo Ferraz/Mestre	20	100	9.0
Ética e Bioética Antonio Magalhães Marinho/Mestre	20	100	9.7
Informática Carlos A. Machado/Especialista	20	100	9.0
Administração do Serviço de Nutrição e Dietética Maria Núbia Gama Oliveira/Mestre	20	100	8.0
Contabilidade Ronaldo Martins Brum/Mestre	20	100	9.0
Visita Técnica	210	--	--
Monografia – *Título*: "A qualidade como instrumento de controle e prevenção de riscos de responsabilidade civil nos estabelecimentos assistenciais de saúde".	60	100	10.0
Média final	--	--	9.1
Carga Horária Total	650	--	--

Declaramos que o presente Certificado foi expedido conforme a Resolução CNE/CES nº 01 de 08 de junho de 2007, tendo validade nacional.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Certificado Registrado sob nº *1956*, Livro *01*
São Paulo, *07* de *janeiro* de *2009*.

Profª Simone Uzuelli Legutcke
Secretária Geral

003069

Autenticação no verso



10º Tabelionato de Notas - Salvador - BA

Tabeliã Rosemary Carvalho Muniz

Av. Almirante Marques de Leão nº 64, Sobreloja 01 - Barra Salvador-BA CEP: 40.140.230 - Tel.(71)3036-8900/8904 - www.10notas.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado. Dou fé.

Salvador-BA, 08 de Outubro de 2024

Em Test._____ da Verdade.

VALDILIO SANTOS DE SALVIANA

ESCREVENTE

Selo: 1596.AE243675.6 - Valor: R$ 6,60

Consulte em: www.tjba.jus.br/autenticidade

352

DECLARAÇÃO

Eu, Hernani Vaz Kruger, CPF 463.368.421-34, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
HERNANI VAZ KRUGER
Data: 11/10/2024 07:59:25-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação e do Desporto

Universidade Federal da Bahia

Certificado de Curso de Especialização em Administração Hospitalar

O Reitor da Universidade Federal da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo presente o Relatório Final do Curso, a nível de Pós-graduação, aprovado pela Câmara de Pós-Graduação e Pesquisa em 11 de dezembro de 1996, outorga o presente Certificado a

Elza Maria Assumpção Dórea

brasileira, natural do Estado de Minas Gerais, nascida a 24 de dezembro de 1950, filha de Emerenciano Vieira de Assumpção e Elza França de Assumpção.

Salvador, 13 de setembro de 2000

Concluinte
RG 906.702 SSP-BA

Heloniza Oliveira G.Costa
Coordenador do Curso

Barbara Maria Dultra Pereira Mauricio
Diretor da Secretaria Geral dos Cursos

Heonir de Jesus Pereira da Rocha
Reitor

TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE GUANAMBI-BA
Augusto César de Barros Silva - Tabelião
Rua Humberto de Campos, 66, Centro, CEP: 46430-000 - Tel.: (77) 3451-9066 / 99123-3611
Cartório César Barros
Certifico e dou fé que a cópia é a reprodução fiel do documento apresentado.
Emol:R$3,19 Fis:R$2,66 FEC:R$0,87 Def:R$0,08
PGE:R$0,13 MP:R$0,07 Total:R$6,60
Selo(s): 0671.AC093421 - 4
ARLISON LOPES ROCHA
Escrevente
GUANAMBI - BA 09/10/2024
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO
Consulte o(s) selo(s) em: www.tjba.jus.br/atendenteidade

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Registro nº 4471 livro 34-E fls 239

referente ao curso de Especialização em Administração Hospitalar,

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

reconhecido _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

Salvador, 13 de Setembro de 2000

Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

UFBA/SUPAC/SGC
Diretor
Delegação Conforme Portaria 624/99

Cartório César Barros
TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE GUANAMBI-BA
Augusto César de Barros Silva - Tabelião
Rua Humberto de Campos, 68, Centro - CEP: 46430-000 - Tel.: (77) 3451-9086 / 99123-2811

Certifico e dou fe que a copia e a reproducao fiel do documento apresentado
Emol:R$3,19 Fis:R$2,26 FEC:R$0,87 Del:R$0,08
PGE:R$0,13 MP:R$0,07 Total:R$6,80
Selo(s): 0671.AC093422 – 2

ARLISON LOPES ROCHA
Escrevente
GUANAMBI – BA 09/10/2024
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO

Consulte o(s) selo(s) em:
www.tjba.jus.br/autenticidade

Arlison Lopes Rocha
ESCREVENTE

UFBA/SUPAC/SGC
Valnei Lucio da Silva
Diretor

DECLARAÇÃO

Eu, Elza Maria Assumpção Dórea , CPF 488.421.177-49, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA, inscrito no CNPJ n° 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de Outubro de 2024

gov.br
Documento assinado digitalmente
ELZA MARIA ASSUMPCAO DOREA
Data: 10/10/2024 15:42:27-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

ADM. ELZA MARIA ASSUMPÇÃO DÓREA
CRA/BA N.º 14402

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação e do Desporto

Universidade Federal da Bahia

Certificado de Curso de Especialização em Administração Hospitalar

O Reitor da Universidade Federal da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo presente o Relatório Final do Curso, a nível de Pós-graduação, aprovado pela Câmara de Pós-Graduação e Pesquisa em 11 de dezembro de 1996, outorga o presente Certificado a

Waldemar Cidreira Dórea Filho

brasileiro, natural do Estado da Bahia, nascido a 6 de março de 1949,
filho de Waldemar Cidreira Dórea e Stelita da Cruz Dórea.

Salvador, 20 de novembro de 1998

Concluinte
RG 764.559 SSP-BA

Heloniza Oliveira G.Costa
Coordenador do Curso

Carlos Amorim Bahia
Diretor da Secretaria Geral dos Cursos

A/ Heonir de Jesus Pereira da Rocha
Reitor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE GUANAMBI-BA
Augusto César de Barros Silva - Tabelião
Cartório César Barros
Rua Humberto de Campos, 86, Centro - CEP: 46430-000 - Tel.: (77) 3451-2811
Certifico e dou fe que a copia e a reproducao fiel do documento apresentado
Emol:R$3,19 Fis:R$2,26 FEC:R$0,87 Del:R$0,08
PGE:R$0,13 MP:R$0,07 Total:R$6,60
Selo(s): 0671.AC093431 - 1
ARLISON LOPES ROCHA
Escrevente
GUANAMBI - BA 09/10/2024
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO
Consulte o(s) selo(s) em:
www.tjba.jus.br/autenticidade
ARLISON LOPES ROCHA
ESCREVENTE

® THOMAS DE LA RUE S.A.-BRASIL

355

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Registro nº. 4096 livro 34-E fls. 51

referente ao curso de Especialização em Administração Hospitalar.

reconhecido. —/— —/—

—/— —/—

Salvador, 20 de novembro de 1998.

Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

Reitor

Maria Gleide Santos Barreto

Vice - Reitora

Cartório César Barros — TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE GUANAMBI-BA
Augusto César de Barros Silva - Tabelião
Rua Humberto de Campos, 86, Centro - CEP: 46430-000 - Tel.: (77) 3451-9086 / 99123-2811

Certifico e dou fe que a copia e a reproducao fiel do documento apresentado.
Emol:R$3,19 Fis:R$2,26 FEC:R$0,87 Def:R$0,08
PGE:R$0,13 MP:R$0,07 Total:R$6,60
Selo(s): 0671.AC093417 – 6

ARLISON LOPES ROCHA
Escrevente
GUANAMBI – BA 09/10/2024
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO

Consulte o(s) selo(s) em:
www.tjba.jus.br/autenticidade

Arlison Lopes Rocha
ESCREVENTE

DECLARAÇÃO

Eu, Waldemar Cidreira Dórea Filho, CPF 037.448.925-49, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA, inscrito no CNPJ n° 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de Outubro de 2024

gov.br
Documento assinado digitalmente
WALDEMAR CIDREIRA DOREA FILHO
Data: 10/10/2024 16:08:30-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

ADM. WALDEMAR CIDREIRA DÓREA FILHO
CRA/BA N.º 01733

EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR À UNIDADE DESTE CHAMAMENTO. (POLICLÍNICAS/AME/CLÍNICAS ESPECIALIZADAS, ETC)

357



358

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para fins de Licitação Pública, que o **Sr. MARIO LISBOA DE SEIXAS NETO,** brasileiro, administrador, CRA n.º 9359 - BA, CPF n.º 577.555.155-91, residente a Rua Av. Dr. José Augusto Moreiria, 2200, Ap. 221, Cep: 53.130-410, Casa Caiada, Olinda – PE, exerce desde 03 de agosto de 2020 até a presente data, a função de DIRETOR GERAL da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada - UPAE Grande Recife, inscrito no CNES sob Nº 3840301 localizado na BR 101, KM 47, CEP: 53.520-015 - Abreu e Lima - Pe, através do contrato de gestão, firmado entre o IBDAH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar, inscrito no CNPJ sob o n° 07.267.476-0001-32 com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco de n° 001/2018 que tem por objeto a Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde a serem executadas pela CONTRATADA, na UPAE Irmã Duda - Grande Recife, que assegure assistência universal e gratuita à população, observando os princípios e legislação do SUS.

A Unidade Pernambucana de Atenção Especializada Maria José da Silva, "Irmã Duda", em Abreu e Lima, Região Metropolitana do Recife (RMR) da I GERES, que compreende 20 municípios (Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã de Alegria Chã Grande, Fernando de Noronha, Glória do Goitá, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão).

A UPAE Grande Recife funciona 07 às 17hs de dias úteis e com oferta de consultas médicas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A unidade oferece consultas médicas nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Vascular, Clínica Geral e Urologia. Disponibiliza também os serviços de Laboratório de Análises, Eletrocardiograma, Holter, MAPA, Ecocardiograma, Teste Ergométrico, Ultrassonografia Geral e Doppler, RX Simples, Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia e Biopsias de EDA e Colono.

As especialidades não médicas compreendem: Enfermagem, Farmácia Hospitalar, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Além do atendimento aos pacientes dos Programas Estadual de Bexiga Neurogênica, Pé Diabético, Reabilitação de Pacientes Pós-Covid e Ostomizados.

Atestamos ainda, que os serviços vêm sendo executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Salvador/Ba, 12 de março de 2024

ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772

Assinado de forma digital por ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772
Dados: 2024.10.10 10:57:06 -03'00'

ALFREDO SILVA DOS SANTOS
Presidente

359

DECLARAÇÃO

Eu, MARIO LISBOA DE SEIXAS NETO, CPF 577.555.155-91, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
MARIO LISBOA DE SEIXAS NETO
Data: 10/10/2024 16:20:53-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

360

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para fins de Licitação Pública, que a **Sra. Tiana Lúcia Pimentel dos Santos,** brasileira, administradora, CRA n.º16122, CPF n.º 804.684.625-20, residente a Rua Heitor Dias n°116, CEP 41.710-745 ,exerceu no período de 10 de setembro de 2018 até 30 de junho de 2020, a função de DIRETORA OPERACIONAL, responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde na UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA-UPAE Irmã Duda (Grande Recife), inscrito no CNES sob Nº 9620508 localizado na BR 101, SN, Km 47, CEP:53.520-015, Abreu e Lima - PE, através do Contrato de Gestão 001/ 2018, firmado entre o Instituto Gestão e Aliança, inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0010-23 e a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

A meta mensal do Contrato de Gestão 001/ 2018 é de 3.106 atendimentos de consultas médicas, 280 consultas não médicas e 280 sessões de reabilitação. Realiza exames laboratoriais, eletrocardiograma, holter, MAPA, ecocardiograma, ultrassonografia geral e com doppler, Rx, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, biópsia de EDA.

Atestamos, ainda, que os serviços foram prestados de acordo com os parâmetros técnicos de qualidade exigidos e nos prazos pactuados, não existindo, em nossos registros, até a presente data, nenhum fato que desabone a conduta e responsabilidade.

Salvador/Ba, 01 de outubro de 2024

ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772

Assinado de forma digital por ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772
Dados: 2024.10.10 10:56:49 -03'00'

ALFREDO SILVA DOS SANTOS
Presidente

361

DECLARAÇÃO

Eu, Tiana Lucia Pimentel dos Santos, CPF 804.684.625-20, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

gov.br
Documento assinado digitalmente
TIANA LUCIA PIMENTEL DOS SANTOS
Data: 10/10/2024 14:41:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

362

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que o **Sr. Antonio Walter Brandão Luna,** brasileiro, administrador, CRA n.º 09871, CPF n.º 630.418.125-68, residente a Rua Rodolfo Coelho Cavalcante , 289, Ap. 1203-B Armação, Salvador - BA, CEP 41.750-166 ,exerceu no período de 01 de março de 2019 até 31 de maio de 2021, a função de **DIRETOR ADMINISTRATIVO**, do HOSPITAL ALAIDE COSTA, inscrito no CNES sob Nº 7160488, unidade própria, localizado na Ladeira da Terezinha, S/N°, Subúrbio Ferroviário, Bairro Alto da Terezinha, Salvador - Ba. CEP 40711-060, conforme Termo de Adesão n°056/2018, 057/2018 e 058/2018 aos credenciamentos n° 009/2016 (Nefrologia), n°010/2012 (Leitos de UTI) e n°005/2018 (Leito Clinico de Retaguarda) respectivamente, firmado entre o IBDAH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar, inscrito no CNPJ sob o n° 07.267.476-0001-32 com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB realizando a gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de Saúde executadas pela CONTRATADA, no HOSPITAL ALAIDE COSTA, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, observando os princípios e legislação do SUS.

A unidade possui 102 (cento e dois) leitos ativos contratados e distribuídos da seguinte forma:
Leitos de Retaguarda: 82 Leitos
Leitos de UTI: 20 leitos

Atestamos ainda, que os serviços foram executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Salvador/Ba, 05 de março de 2024

ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772

Assinado de forma digital por ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772
Dados: 2024.10.10 10:56:30 -03'00'

ALFREDO SILVA DOS SANTOS
Presidente

363

DECLARAÇÃO

Eu, , Antônio Walter Brandão Luna, CPF 630.418.125-68, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
ANTONIO WALTER BRANDAO LUNA
Data: 10/10/2024 12:36:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

364

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para fins de Licitação Pública, que o **Dr. Egídio Alves Feitosa Filho,** brasileiro, médico, CRM n.º 19770, CPF n.º 644.963.173-20, residente a Rua Eduardo Fontes, n° 81 Apto 201, Centro, Itabuna -Ba, CEP 45.600-140 , exerce desde 01 de novembro de 2022 até a presente data, a função de DIRETOR MÉDICO DO HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU, inscrito no CNES sob Nº 9388133 localizado na Rodovia BR 415 s/n, no município de Ilhéus, estado da Bahia, através do contrato de gestão, firmado entre o IBDAH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar, inscrito no CNPJ sob o n° 07.267.476-0001-32 com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB de n° 007/2019 que tem por objeto a Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde a serem executadas pela CONTRATADA, No HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, observando os princípios e legislação do SUS.

A unidade possui 184 (cento e oitenta e quatro) leitos ativos contratados e distribuídos da seguinte forma:

ESPECIALIDADES	LEITOS
CLINICOS	
Geral	50
Cardiologia	04
Saúde Mental	08
Neurologia (UAVCI)	11
CIRURGICOS	
Cirurgia Geral	**51**
Ortopedia	**18**
Neurocirurgia	**08**
Cardiovascular	**04**
COMPLEMENTAR	
UTI – Unidade de Terapia intensiva Adulto	**30**
TOTAL	**184**

Atestamos ainda, que os serviços vêm sendo executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e satisfazendo plenamente às exigências contratuais.

Salvador/Ba, 01 de outubro de 2024

ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772

Assinado de forma digital por ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772
Dados: 2024.10.10 10:57:32 -03'00'

ALFREDO SILVA DOS SANTOS
Presidente

36

DECLARAÇÃO

Eu, Egídio Alves Feitosa Filho, CPF 644.963.173-20, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 11/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região de São Patrício – Goianésia pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
EGIDIO ALVES FEITOSA FILHO
Data: 10/10/2024 14:59:05-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 14/10/2024

CNES: 9388133 Nome Fantasia: HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU CNPJ: --

Nome Empresarial: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RODOVIA JORGE AMADO Número: S/N Complemento: BA415

Bairro: BANCO DA VITORIA Município: 291360 - ILHEUS UF: BA

CEP: 45661-200 Telefone: (73) 3235-5300 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: EGIDIO ALVES FEITOSA FILHO

Cadastrado em: 24/12/2017 Atualização na base local: 21/05/2024 Última atualização Nacional: 10/10/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Data desativação: -- Motivo desativação: --

IBDAH
INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

367

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar – IBDAH, estabelecido a Avenida Luís Tarquínio Pontes 2576 sl 503, Edifício Villas Business, Buraquinho, Lauro de Freitas – Bahia CEP 42709-190, inscrito no CNPJ (MF) sob n°07.267.476/ 0001-32, ATESTA para todos os fins que o Sr. **JOÃO HENRIQUE ARAUJO ANDRADE**, brasileiro, enfermeiro, COREN- BA n° 451633, CPF sob n° 015.818.355-07, residente e domiciliado à Rua Aracuã 162, Nossa Senhora da Vitória, Cond Morada dos Milionários II Bl A apt 101 Ilhéus , Bahia, exerce desde 11/04/2022 até a presente data, a função de Gerente de Enfermagem do Hospital Regional Costa do Cacau, Contrato e Gestão N° 007/2018, celebrado com o Estado da Bahia por intermédio da Secretaria da saúde, prestando serviços de gestão, administração, gerenciamento como também serviços de assistência à saúde.

O HRCC possui capacidade instalada de 184 (cento e oitenta e quatro) leitos ativos, sendo 30 (trinta) leitos de UTI, atendimento de Urgência e Emergência com funcionamento em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita à população, observando os princípios e legislação do SUS.

Atestamos ainda, que os serviços são executados de acordo com os padrões de qualidade exigidos pelas normas do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Lauro de Freitas, 28 de junho de 2023

RECONHECIMENTO AQUI

Alfredo Silva dos Santos

Presidente

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE LAURO DE FREITAS - BA
Rua Itagibá, 410 - Bairro Novo Horizonte - Lauro de Freitas-BA - CEP: 42.701-[illegible]
Fone: (71) 3026-9500 - E-mail: tabelionatoprotesto.laurodefreitas@[illegible]

Certifico e dou fe que a copia e a reproducao fiel do documento apresentado.
Emol:R$3,19 Fis:R$2,26 FEC:R$0,87 Def:R$0,08
PGE:R$0,13 MP:R$0,07 Total:R$6,60
Selo(s): 1494.AE260498 – 5

LUCAS PINTO DE SOUZA
Escrevente
LAURO DE FREITAS – BA 10/10/2024
VALIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO

Consulte o(s) selo(s) em:
www.tjba.jus.br/autenticidade

AAA - 945.047

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE LAURO DE FREITAS - BA
Rua Itagibá, 410 - Bairro Novo Horizonte - Lauro de Freitas-BA - CEP: 42.701-[illegible]
Fone: (71) 3026-2753 - E-mail: tabelionatoprotesto.laurodefreitas@[illegible]

Reconheco por Semelhanca 0007 firma(s) de:
ALFREDO SILVA DOS SANTOS - 298070
Emol:R$3,07 Fis:R$2,18 FEC:R$0,84 Def:R$0,08
PGE:R$0,12 MP:R$0,06 Total:R$6,35
Em Testemunho ( ) da verdade.
JUSINEIDE DE SOUZA ROSA
ESCREVENTE
LAURO DE FREITAS – BA 19/07/2023

Consulte selo(s): 1494.AE[illegible]604 – 6

www.tjba.jus.br/autenticidade

AAA - 601.[illegible]

368

DECLARAÇÃO

Eu, JOÃO HENRIQUE ARAUJO ANDRADE, CPF 015.818.355-07, declaro para os devidos fins do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO, que tenho interesse em atuar como membro da diretoria ou gerência na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis pelo **INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA,** inscrito no CNPJ nº 07.267.476/0001-32, autorizando o uso da minha experiência, atestados de capacidade técnica e títulos por prazo indeterminado.

gov.br
Documento assinado digitalmente
JOAO HENRIQUE ARAUJO ANDRADE
Data: 10/10/2024 16:24:45-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Salvador, 08 de OUTUBRO de 2024.

CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção Especializada da Saúde (SAES)
Departamento de Regulação Assistência e Controle (DRAC)
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 14/10/2024

CNES: 9388133 Nome Fantasia: HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU CNPJ: --

Nome Empresarial: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RODOVIA JORGE AMADO Número: S/N Complemento: BA415

Bairro: BANCO DA VITORIA Município: 291360 - ILHEUS UF: BA

CEP: 45661-200 Telefone: (73) 3235-5300 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: EGIDIO ALVES FEITOSA FILHO

Cadastrado em: 24/12/2017 Atualização na base local: 21/05/2024 Última atualização Nacional: 10/10/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ANEXO II – APRESENTAÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL MÉDICO, NÃO MÉDICO E TÉCNICO POR ÁREA DE ATENÇÃO/ATIVIDADE

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

IGA

DIMENSIONAMENTO DO QUADRO DE PESSOAL

Cargo/Categoria		Remuneração Total	Remuneração Por Profissional	Carga Horária Semanal	Quantitativo Total de Profissionais por Cargo / Categoria	Área de Trabalho		Forma de Contratação (Vínculo)
Anestesiologia | Demanda Interna | Estimativa		8.864,29	8.864,29	12	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Angiologia/Cirurgia Vascular		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Cardiologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Coloproctologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Clínico Geral - linha do cuidado | Demanda Interna | Estimativa		17.728,57	8.864,29	24	002	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Dermatologia		5.909,52	5.909,52	8	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Endocrinologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Gastroenterologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Ginecologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Hematologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Infectologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Mastologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Nefrologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Neurologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Oftalmologia		22.160,71	11.080,36	30	002	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Ortopedia/Traumatologia		8.864,29	4.432,14	12	002	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Otorrinolaringologia		8.864,29	8.864,29	12	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Pediatria		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Pneumologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Psiquiatria		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Reumatologia		8.864,29	8.864,29	12	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Urologia		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Acupunturista		4.432,14	4.432,14	6	001	Consultas médicas ambulatoriais	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Análises Clínicas | Demanda Interna | Estimativa		-		-				
Audiometria		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Cistoscopia		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Colonoscopia		9.385,71	9.385,71	12	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Colposcopia		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Densitometria Óssea		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Doppler Vascular		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Ecocardiografia		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Eletrocardiografia		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Eletroencefalografia		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Eletroneuromiografia		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Endoscopia		9.385,71	9.385,71	12	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica

Espirometria		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Exames Oftalmológicos | Demanda Interna | Estimativa		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Holter		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Mamografia²		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
MAPA		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Punção aspirativa por agulha fina		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide e mama		4.692,86	4.692,86	6	001	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Consultas odontológicas & Procedimentos		34.761,90	17.380,95	20	002	Consultas Odontologicas	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Equipe especializada em transexualizada (Clinico Geral ou Endocriono ou Gineco ou urologista e Psiquiatra)		26.071,43	13.035,71	15	002	Apoio Administrativo & Assistência a Saúde	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Nefrologista		53.857,14	31.285,71	40	003	Clinica de Serviços Dialiticos	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Diretor Técnico Médico		21.672,00	21.672,00	36	001	Direção & Coordenação	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Coordenador de Nefrologia		12.900,00	12.900,00	30	001	Direção & Coordenação	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Coordenador de Saúde		12.900,00	12.900,00	30	001	Direção & Coordenação	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Coordenador de Imagem		12.900,00	12.900,00	30	001	Direção & Coordenação	01	Outras Formas de Contratação - Pessoa Jurídica
Diretor Geral		14.746,99	14.746,99	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Gerente Operacional		9.140,46	9.140,46	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Gerente Administrativo e Financeiro		5.488,95	5.488,95	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Assistente Social		24.376,80	3.482,40	30	007	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Coordenação de Enfermagem		25.509,50	6.377,38	36	004	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Enfermeiro		71.531,20	5.502,40	36	013	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Farmacêutico		21.026,22	3.504,37	40	006	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Coord. de Fisioterapia		3.733,40	3.733,40	36	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Fisioterapeuta		18.912,00	3.782,40	36	005	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Nutricionista		17.412,00	3.482,40	40	005	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Psicologia		15.129,60	3.782,40	40	004	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Foncaudiólogo		7.564,80	3.782,40	36	002	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Administrador Hospitalar (PA)		3.695,79	3.695,79	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Auxiliar Administrativo / Secretária		3.082,40	3.082,40	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Técnico Contabilidade / Faturista		3.082,40	3.082,40	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Técnico de Informática		5.564,80	2.782,40	40	002	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Técnico de Radiologia		18.493,36	2.310,42	24	008	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	01	CLT
Técnico de Enfermagem		210.364,80	3.824,80	36	055	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	02	CLT
Recepcionista		11.594,40	1.932,40	40	006	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	03	CLT
Técnico Administrativo (Material / Pessoal)		18.494,40	3.082,40	40	006	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	04	CLT
Técnico Arquivista		3.082,40	3.082,40	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	05	CLT
Almoxarife		5.488,95	5.488,95	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	06	CLT
Auxiliar de Farmácia		7.729,60	1.932,40	40	004	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	07	CLT
Auxiliar de Almoxarifado		7.729,60	1.932,40	40	004	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	08	CLT
Auxiliar de Lavanderia & Rouparia (Coleta)		5.797,20	1.932,40	40	003	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	09	CLT
Auxiliar de Higienização		38.648,00	1.932,40	40	020	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	10	CLT
Técnico em Água		1.782,40	1.782,40	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	11	CLT

Técnico em Eletricidade		3.564,80	1.782,40	40	002	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	12	CLT
Motorista		1.932,40	1.932,40	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	13	CLT
Vigilante / Portaria		15.459,20	1.932,40	40	008	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	14	CLT
Técnico Segurança do Trabalho		2.782,40	2.782,40	40	001	Serviços de Apoio Administrativo & Operacional	15	CLT
Total				-	232	-		

Obs.: Os Médicos serão contratados através de Pessoa Juridica.

Validade da Proposta de 120 dias a partir da data de apresentação.

Lauro de Freitas - Bahia, 18 de Outubro de 2024

IGA - Instituto de Gestão Aliança
Av. Luis Tarquinio Pontes, No. 2376, Sala 503 - Ed. Vilas Bussines
Buraquinho, Lauro de Freitas - Bahia
CEP.: 42.709.190

ANEXO III - QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA E NÃO MÉDICA

Estimativa empregada para consultas médicas ambulatoriais de Primeira Consulta (Externo) por especialidade, conforme item 12.1.4, da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA

375

Descrição	Quantidade Estimada Mensal	Quantidade a Ser Ofertada com Incremento Mensal
Anestesiologia | Demanda Interna | Estimativa	200	220
Angiologia/Cirurgia Vascular	30	33
Cardiologia	50	55
Coloproctologia	40	44
Clínico Geral - linha do cuidado | Demanda Interna	300	330
Dermatologia	110	121
Endocrinologia	70	77
Gastroenterologia	30	33
Ginecologia	60	66
Hematologia	20	22
Infectologia	10	11
Mastologia	40	44
Nefrologia	50	55
Neurologia	70	77
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	20	22
Oftalmologia	350	385
Ortopedia/Traumatologia	100	110
Otorrinolaringologia	130	143
Pediatria	30	33
Pneumologia	40	44
Psiquiatria	30	33
Reumatologia	80	88
Urologia	70	77
Acupunturista	30	30

Meta estipulada considerando demanda da Macrorregião e necessidade populacional.

Meta de Consulta Medica

Consulta Médica	
Meta Mensal Prevista em Edital	2.800,0
Meta Com Incremento	3.080,0

376

Clínica de Serviços Dialíticos

Terapia Renal Substitutiva	Quantitativo
Sessões Hemodiálise: considerando 3 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	546
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 10 dias de treinamento para cada paciente	40

A unidade conta com 7 cadeiras.

Transporte	Media Mensal de distância percorrida
Veículos de transporte de passageiros - tipo VAN	15.000,0
Total	15.000,0

377

Meta de consultas e processos terapêuticos de média duração dividido por tipo de consulta

Procedimento	Interconsulta	Retorno/Sessões	Meta total nomês
Consulta equipe multiprofissional	1.260	2.940	4.200
Total	1.260	2.940	4.200

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO
PROCESSO: 202400010033097
Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA

378

Meta de Consultas Odontológicas

Descrição	Quantidade Mensal
Consultas odontológicas	**Meta Mensal**
Primeira Consulta	180
Consultas Subsequente	270
Total	**450**

Especificação	Quantitativo mensal
Procedimentos básico	80
Periodontia	60
Endodontia	35
Cirurgia Oral	80
Total =>	**255**

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 09/2024-SES/GO
PROCESSO: 202400010033097
Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	
Descrição	Quantidade
Análises Clínicas | Demanda Interna | Estimativa	5.000
Audiometria	5
Cistoscopia	5
Colonoscopia	80
Colposcopia	20
Densitometria Óssea	50
Doppler Vascular	100
Ecocardiografia	80
Eletrocardiografia	10
Eletroencefalografia	15
Eletroneuromiografia	40
Endoscopia	140
Espirometria	20
Exames Oftalmológicos | Demanda Interna | Estimativa	150
Holter	40
Mamografia²	200
MAPA	30
Punção aspirativa por agulha fina	5
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide e mama	10
Punção aspirativa por agulha grossa	5
Radiologia	70
Ressonância Magnética	
Teste Ergométrico	30
Tomografia	500
Ultrassonografia	120
Urodinâmica	10
Videolaringoscopia	10

Produção mínima da equipe especializada do processo transexualidade.

Consultas Médicas	Multiprofissional	Total
15	35	50
Total de Consultas		50

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 09/2024-SES/GO
PROCESSO: 202400010033097
Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

ANEXO IV - PROPOSTA DE PREÇO – PLANILHAS DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

PLANILHA DE CUSTOS

IGA INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA

ITENS DE DESPESAS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Total
1. Pessoal	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	1.309.371,38	15.712.456,53
1.1 Salários	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	7.235.165,06
1.2. Outras Formas de Contratação	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	465.522,00	5.586.264,00
1.3. Encargos/Benefícios	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	2.891.027,47
2. Medicamentos	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	228.809,43	2.745.713,12
3. Materiais	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	126.030,50	1.512.366,00
3.1. Materiais Hospitalares	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	106.030,50	1.272.366,00
3.2. Gases Medicinais	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	240.000,00
4. Materiais Diversos	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	65.639,14	787.669,66
4.1. Material de Higienização	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	25.789,76	309.477,10
4.2. Material/Gêneros Alimentícios		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.3. Material Expediente	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	34.409,38	412.912,56
4.4. Combustível	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	5.440,00	65.280,00
4.5. GLP		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.6. Material de Lavanderia		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Manutenção	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	20.500,00	246.000,00
5.1. Material de Manutenção	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	132.000,00
5.2. Serviços de Manutenção	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	114.000,00
6. Seguros/Impostos/Taxas	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	54.000,00
6.1. Seguros (Imóvel e Automóvel)	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	30.000,00
6.2.Impostos/Taxas ©	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	24.000,00
7. Telefonia	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	42.000,00
8. Água	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	87.500,00	1.050.000,00
9. Energia Elétrica	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	45.700,00	548.400,00
10. Prestação de Serviços Terceiros (exceto serviços médicos)	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	432.729,11	5.192.749,29
10.1 Serviços de Lavanderia	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	288.000,00
10.2 Serviços de Descarte de Resíduos	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00	115.200,00
10.3 Prestação de Serviços Terceiros (Serviço de Laboratório)	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	744.000,00
10.4 Serviços Jurídicos (Trabalhista, Civil, Contratos & Tributário)	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	385.200,00
10.5 Serviço de Contabilidade, Custos & Prestação de Contas	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	180.000,00
10.6 Serviços de Folha de Pagamento	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	9.625,00	115.500,00
10.7 Serviços de Nutrição	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	28.069,11	336.829,29
10.8 Serviços de Enfermagem Para Desenvolvimento de Procedimentos (POP)	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	9.500,00	114.000,00
10.9 Serviço de Eng. do Trabalho.	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	78.000,00
11. Sistema de Informática	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	32.335,00	388.020,00
12. Fretes & Carretos (VAN)	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	1.620.000,00
13. Rateio Sede (Custos Compartilhados)	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	828.000,00
TOTAL GLOBAL	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	2.324.279,55	27.891.354,61

Imune e isenta de tributos, consoante Constituição Federal,art. 150, VI, alínea C e Art.195, §7o. Portador de Certificado de Entidadede Assistência Social (CEBAS), consoante portaria 1.004/2018(*)

Valor Total da Proposta para 12 meses R$....:	27.891.354,61	vinte e sete milhões, oitocentos e noventa e um mil, trezentos e cinquenta e quatro reais e sessenta e um centavos

Validade da Proposta de 120 dias a partir da data de apresentação.

Lauro de Freitas - Bahia, 18 de Outubro de 2024

IGA - Instituto de Gestão Aliança
Av. Luis Tarquinio Santos, No. 2576, Sala 503 - Ed. Vilas Business
Buraquinho, Lauro de Freitas - Bahia
CEP.: 42.705.150

Composição dos valores de impostos e contribuições

Memória de cálculo - Valores em R$

Mês nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Soma
1. Base de cálculo:														
2. Tributos:														
#. ISS	0,00%													
#. PIS	0,00%													
#. COFINS	0,00%													
	0,00%													
3. Soma dos Tributos =>		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Composição dos valores de encargos sociais, trabalhistas & Benefícios

Mês nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
A. Base de cálculo (R$):													
Salário	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	495.473,54	5.945.687,28
Gratificações	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	9.034,06	108.408,74
Setor Especial	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	40.720,02	504.640,24
(+) Ad. Insalubridade	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	49.702,40	596.428,80
(+) Ad. Noturno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total => base de cálculo para Enc. Sociais =	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	602.930,42	7.235.165,06
B. Enc sociais e trab. (1) sobre A =	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	227.252,87	2.727.034,43
C. Benefícios =	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	13.666,09	163.993,04
Benefícios (VA+VT)	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	7.506,09	90.073,04
Seguro de Vida	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	2.640,00	31.680,00
Fardamento	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	3.520,00	42.240,00
D. Total de Enc. Sociais & Benefícios	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	240.918,96	2.891.027,47
E. Total da Folha de Pagamento (CLT)	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	843.849,38	10.126.192,53

Imune e isenta de tributos, consoante Constituição Federal,art. 150, VI, alínea C e Art.195, §7o. Portador de Certificado de Entidadede Assistência Social (CEBAS), consoante portaria 1.004/2018(*)

Validade da Proposta de 120 dias a partir da data de apresentação.

Lauro de Freitas - Bahia, 15 de Outubro de 2024

IGA - Instituto de Gestão Aliança
Av. Luis Tarquínio Pontes, No. 2676, Sala 503 - Ed. Villas Bussiras
Buraquinho, Lauro de Freitas - Bahia
CEP.: 42.709.190

Memória de cálculo da composição dos custos de Laboratório

IGA
INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA

Prestação de Serviços Terceiros (Serviço de Laboratório)

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

10. Serviço de Laboratório

Descrição	Qtd.	Vlr. Unit	Vlr. Total
Exames Laboratórial (Pacientes Internados & Pacinetes e PA) - Preço Médio	5.000	12,40	62.000,00
Total Geral R$ =>			**62.000,00**

Validade da Proposta de 120 dias a partir da data de apresentação.

P 18

Lauro de Freitas - Bahia, 18 de Outubro de 2024

IGA - Instituto de Gestão Aliança
Av. Luís Tarquínio Pontes, No. 2576, Sala 503 - Ed. Vilas Bussines
Buraquinho, Lauro de Freitas - Bahia
CEP.: 42.709.190

Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Composição dos Encargos Sociais e dos Impostos/Taxas/Contribuições e respectivas base de cálculo (%)

Encargos Sociais/Impostos/Taxas/Contribuições	Base de Cálculo	Alíquota %
A - Obrigações sociais		11,200
Previdência Social	656.624,03	0,000
Multa art 477	656.624,03	3,200
FGTS	656.624,03	8,000
Salário-educação	656.624,03	0,000
Acidentes de trabalho (média)	656.624,03	0,000
Sesi	656.624,03	0,000
Senai	656.624,03	0,000
Sebrae	656.624,03	0,000
B - Tempo não-trabalhado 1		21,770
Férias & Abono de Férias	656.624,03	11,110
Auxílio doença	656.624,03	0,650
Licença Maternidade / Paternidade	656.624,03	0,550
Faltas Legais	656.624,03	0,450
Acidente de Trabalho	656.624,03	0,680
13o. Salário	656.624,03	8,330
C - Tempo não-trabalhado 2		2,530
Aviso Prévio Indenizado	656.624,03	0,550
Aviso prévio	656.624,03	0,480
Indenização Adicional	656.624,03	0,800
FGTS Rescisões sem Justa Causa	656.624,03	0,700
D - Reflexos dos itens anteriores		2,191
Incidência cumulativa grupo A/B	-	2,191
E - Total dos encargos incidentes sobre salários		37,691

Imune e isenta de tributos, consoante Constituição Federal,art. 150, VI, alínea C e Art.195, §7o. Portador de Certificado de Entidade de Assistência Social (CEBAS), consoante portaria 1.004/2018(*)

Impostos & Contribuições Sociais:

P 02

#. ISS (%).....:	0,00%
#. PIS (%).....:	0,00%
#. COFINS (%) .....:	0,00%

Validade da Proposta de 120 dias a partir da data de apresentação.

Lauro de Freitas - Bahia, 18 de Outubro de 2024

IGA - Instituto de Gestão Aliança
Av. Luís Tarquínio Pontes, No. 2576, Sala 503 - Ed. Vilas Bussines
Buraquinho, Lauro de Freitas - Bahia
CEP.: 42.709.190

VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 09/2024.

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.

Lauro de Freitas, Ba 04 de outubro de 2024.

ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772

Assinado de forma digital por ALFREDO SILVA DOS SANTOS:38659964772
Dados: 2024.10.11 10:16:28 -03'00'

Alfredo Silva dos Santos
Presidente