INSTITUTO CEM

VOLUME 1

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

RETIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 07/2021-SES/GO

PROCESSO: 202100010000967

TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de organização social em saúde para celebração de Contrato de Gestão objetivando à celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 12 horas/dia, na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS, localizada na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, estando o presente Edital regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações, e subsidiariamente à Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações.

SESSÃO DE ABERTURA: 18 de outubro de 2021 às 09:00 horas, na sede da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, situada no edifício sede da SES/GO, Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP: 74.860-270, telefone (62) 3201-3840/3800.

AVISO DE RETIFICAÇÃO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 07/2021

O ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES, nos termos do Despacho Governamental nº 527/2021, devidamente publicado no Diário Oficial nº 23.612, torna público, para conhecimento dos interessados que está disponível no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br, o instrumento de **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 07/2021**, tipo melhor técnica, destinado à seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, em regime de 12 horas/dia, na **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS**, localizada na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, estando o presente Edital regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações, e subsidiariamente, à Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, atendendo ao seguinte cronograma proposto:

EVENTOS	DATA
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento e Impugnação ao Edital	21/09/2021
Divulgação da Nota de Esclarecimento	30/09/2021

Entrega dos Envelopes 18/10/2021
às 09:00 horas do dia

Fica estabelecido como meio de comunicação com a Comissão Interna de Chamamento Público - CICP/GAB/SESGO, o e-mail comissaochamamentogoias@gmail.com.

As sessões públicas, relativas ao presente Chamamento Público, serão realizadas na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO, situada na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia – Goiás.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM

O INSTITUTO CEM, é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, fundado em 05 de março de 2010, inscrito no CNPJ/MF 12.053.184/0001-37, está localizado Estado de Goiás, Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia – GO, uma Organização Social, com foco de atuação na área de saúde e que trabalha em parceria com os Municípios, priorizando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

1) MISSÃO:

Promover a qualidade e introduzir a inteligência emocional dentro da Gestão Pública nas áreas de Saúde, Meio Ambiente, Educação e Psicossocial, além de fornecer um atendimento humanizado à população e incentivar os profissionais que nelas trabalham.

2) VISÃO:

Ser reconhecido pela sociedade como Organização Social que busca a melhoria na Gestão Pública através de técnicas conhecidas do setor privado.

3) VALORES:

- Humanização
- Respeito pelo trabalho em equipe
- Compromisso com a ética e a moral
- Comprometimento com o bem estar e a saúde
- Respeito à individualidade e suas necessidades
- Transparência no exercício
- Responsabilidade social e pública
- Assertividade da gestão do setor privado no setor público.

4) Dados do INSTITUTO CEM

Proponente: INSTITUTO CEM

CNPJ: 12.053.184/0001-37,

Endereço: Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia - GO

Fone: (62) 3157.0732

Email: presidente@institutocem.org.br

Responsável pela Assinatura do Contrato:

Nome: Jeziel Barbosa Ferreira

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado Profissão: Empresário

RG 1625936 SSP/GO

CPF: 486.308.411-91

Endereço: Rua S5, nº 440, apto 301 – Ed. Beneville, Setor Bela Vista, CEP 74823-460, Goiânia/GO.

Dados Bancários:

Banco: Caixa Econômica Federal

Agência: 01241 Conta Corrente: 2719-5 - Operação 003

MODELO GERENCIAL

2 MODELO GERENCIAL

2.1 Objeto

Seleção de organização social de saúde para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS**, localizada na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO, em regime de 12 (doze) horas, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

2.2 Justificativa Da Contratação:

A presente contratação se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta, com base nos princípios administrativos da publicidade, moralidade, impessoalidade, legalidade e eficiência, bem como em critérios técnicos, para a contratação de serviços destinados às atividades de saúde da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS, por meio do Chamamento Público nº07/2021 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).

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

A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

Agilidade na tomada de decisões.

Menores gastos com recursos humanos;

Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização Social.

As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

> *O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante opoder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas**. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (ênfase acrescida).*[1]

A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde onde a Atenção Ambulatorial Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

Para a elaboração da proposta de trabalho, as instituições candidatas deverão observar as seguintes premissas:

Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

Busca de certificação de qualidade em saúde;

A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

2.3 Aspectos Demográficos

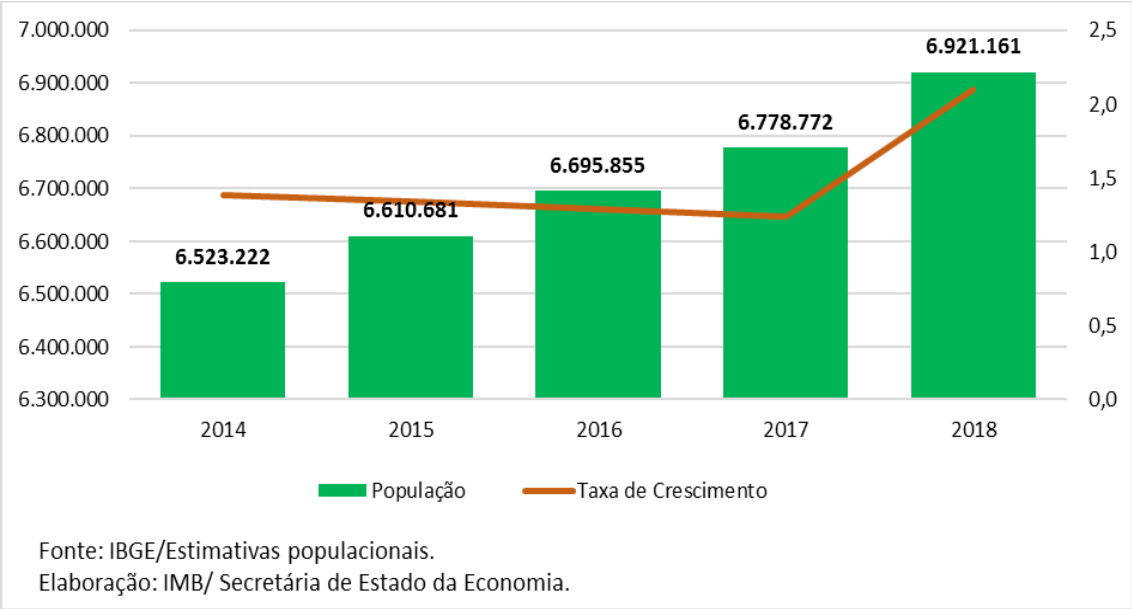
No Plano Plurianual Estadual – 2020/2023foram identificadas e priorizadas diretrizes e metas relacionados à assistência à saúde.

Goiás está situado na região Centro-Oeste do país e ocupa uma área de 340.106 km², dividido em 246 municípios. O estado possui posição geográfica privilegiada estando no centro do país além de ocupar a sétima posição em extensão territorial.

Em 2018, a população residente em Goiás atingiu a marca de 6,9 milhões de pessoas, deixando o estado na 12ª posição entre os estados brasileiros mais populosos (posição inalterada desde 1991). A densidade demográfica é de cerca de 20 habitantes por quilômetro quadrado (hab./km²) e ocupa a 17ª posição entre os estados em relação à concentração de habitantes.

A Figura 1 apresenta a população residente e taxa de crescimento geométrica anual em Goiás nos últimos 5 anos. Verifica-se que, em números absolutos, houve um aumento de cerca de 400 mil habitantes nesse período. Ainda, a taxa de crescimento no período 2014-2018 foi de 6,1%, com uma média anual de 1,49%.

Figura 1 - População residente e taxa de crescimento geométrica anual - Goiás - 2014 a 2018



Fonte: IBGE/Estimativas populacionais.
Elaboração: IMB/ Secretária de Estado da Economia.

Além disso, por meio da Figura 2, nota-se que em todo o período analisado Goiás cresceu acima da média nacional. Em 2018, destaca-se que Goiás obteve uma taxa de crescimento 1,7 p.p. (ponto percentual) acima da taxa do Brasil.

Figura 2 - Taxa de crescimento geométrico - Goiás e Brasil - 2014 a 2018

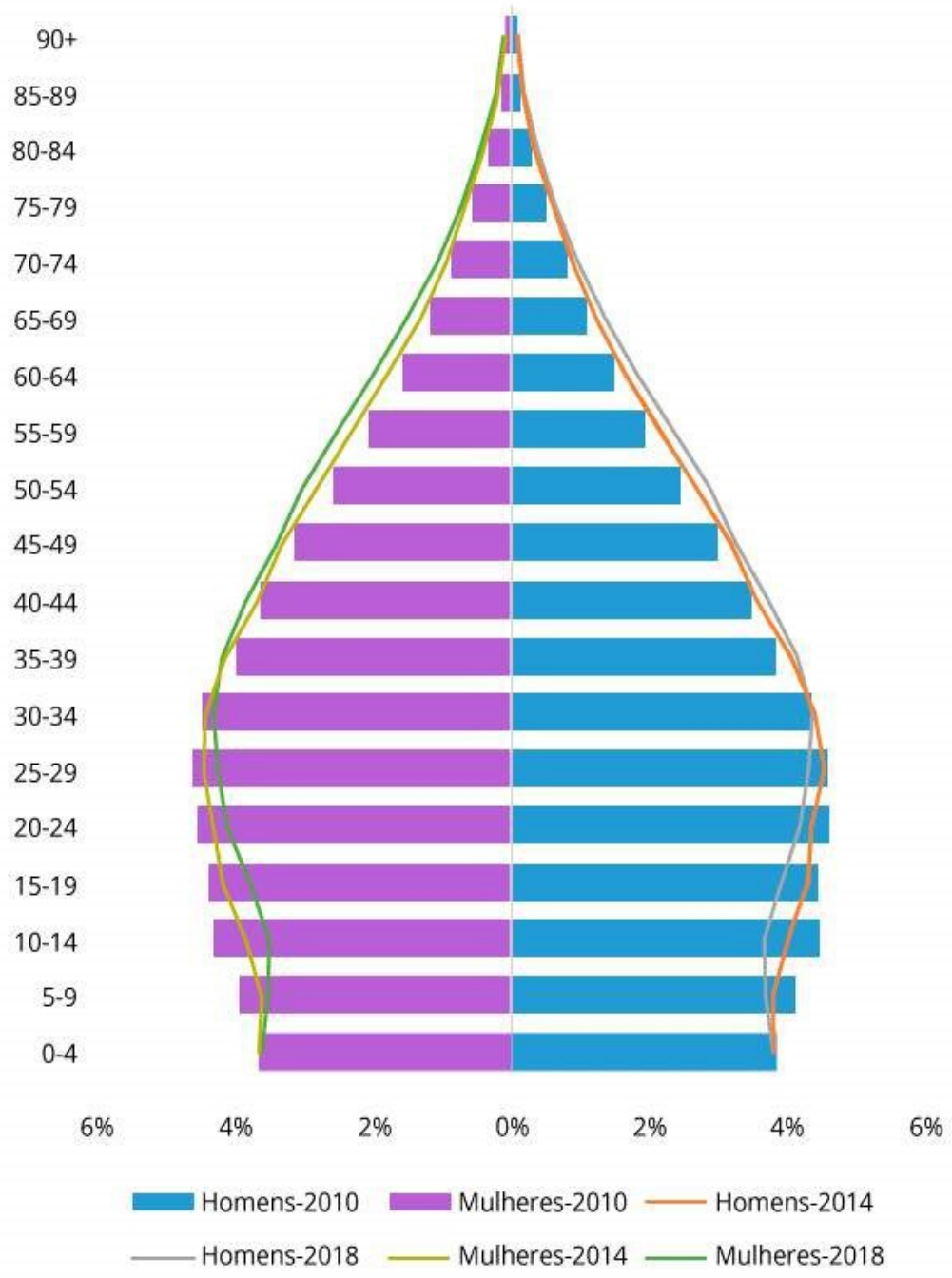
A dinâmica populacional é determinada pelas componentes demográficas: mortalidade, fecundidade e migração. Com interesse de buscar explicações para o crescimento populacional de Goiás acima da média nacional recorre-se às pirâmides etárias que representam graficamente a estrutura etária por sexo e sintetiza ao longo do tempo as componentes demográficas.

A Figura 3 apresenta a pirâmide etária nos anos de 2010, 2014 e 2018 para Goiás. Nota-se que houve um estreitamento da base da pirâmide etária e um alargamento da porção superior de 2010 a 2018. Essas características indicam que houve queda na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. Essa transformação pode ser, pelo menos em parte, devido à mudança nas condições de vida da população, como por exemplo, a melhoria nas condições de saneamento básico e de saúde, que implicam na ampliação da expectativa de vida das pessoas. E a redução da taxa de fecundidade da população feminina, dado a maior participação da mulher no mercado de trabalho e um melhor planejamento familiar.

Desta maneira, um fator que pode explicar o crescimento da população é o número de imigrantes que Goiás recebe. Em 2015, as estimativas de migração

utilizando os dados da Pesquisa nacional de amostra por domicílios (PNAD) mostraram que as pessoas residentes em Goiás e naturais de outro estado somavam um contingente de 1,9 milhão, representando 28,7% de sua população.

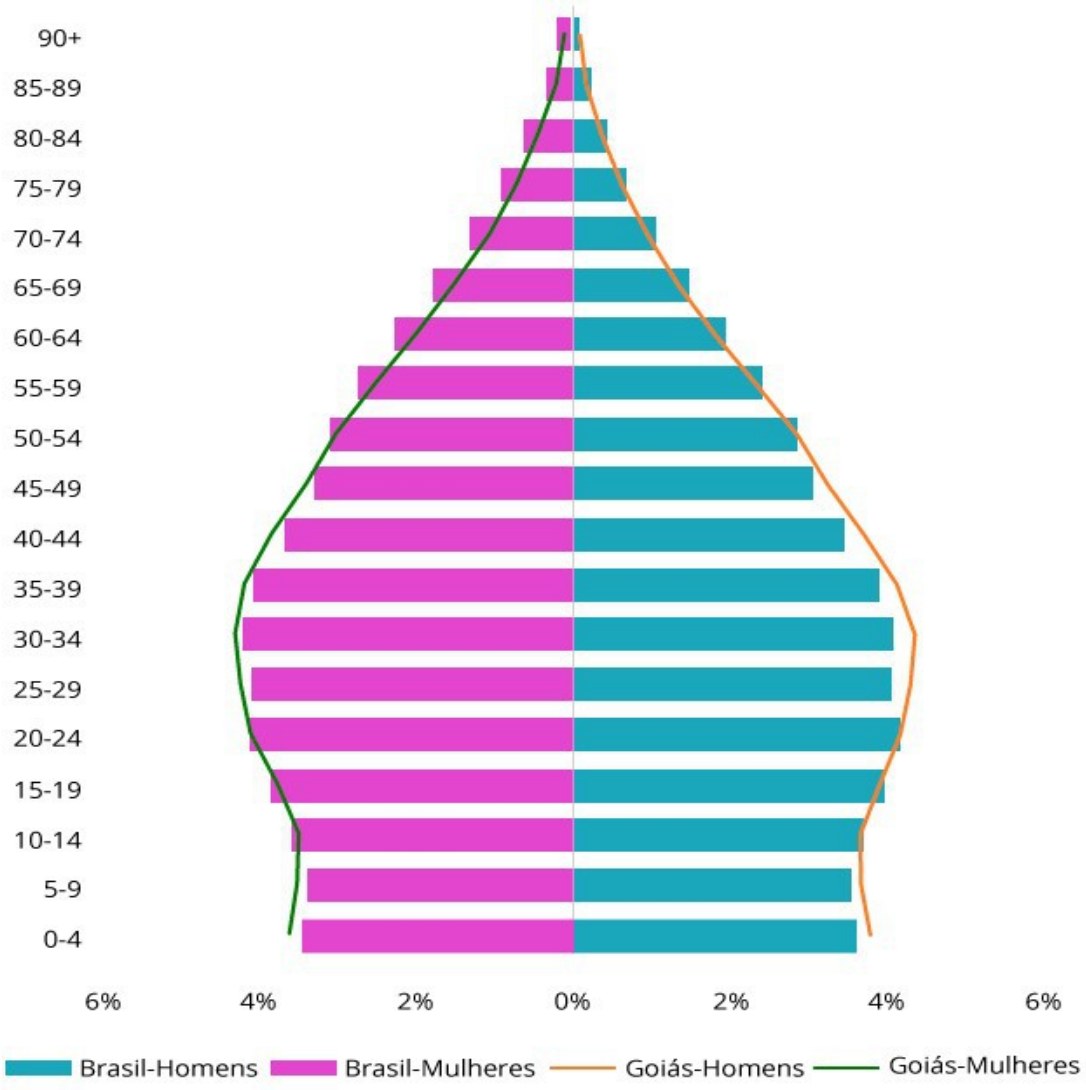
Figura 3 - Pirâmide etária - Goiás - 2010, 2014 e 2018



Fonte: IBGE/Projeções populacionais 2010-2060.

Elaboração: IMB/ Secretária de Estado da Economia de Goiás - 2019.

Ao comparar a pirâmide etária de Goiás com a do Brasil para o ano de 2018 (ver a Figura 4), observa-se que a proporção de jovens, de 0 a 14 anos, em Goiás e no Brasil são próximas, 21,8% e 21,3%, respectivamente. No entanto, em Goiás possui, proporcionalmente, mais crianças de 0 a 9 anos, ao passo que no Brasil a faixa mais representativa para essa categoria é a de 10 a 14 anos. Ainda, a proporção de pessoas de 15 a 65 anos em Goiás é de 70,4% ante 69,4% para o Brasil. Destaca-se que essa diferença na proporção de adultos entre Goiás e Brasil é explicada por um maior número de pessoas de 25 a 44 anos em Goiás. Essa característica na população goiana pode estar relacionada com a migração, já que Goiás recebe um grande número de imigrantes, muitos deles em busca de oportunidades de emprego. Além disso, em Goiás a proporção de pessoas com mais de 65 anos é de 7,7%, ante 9,2% para o Brasil.



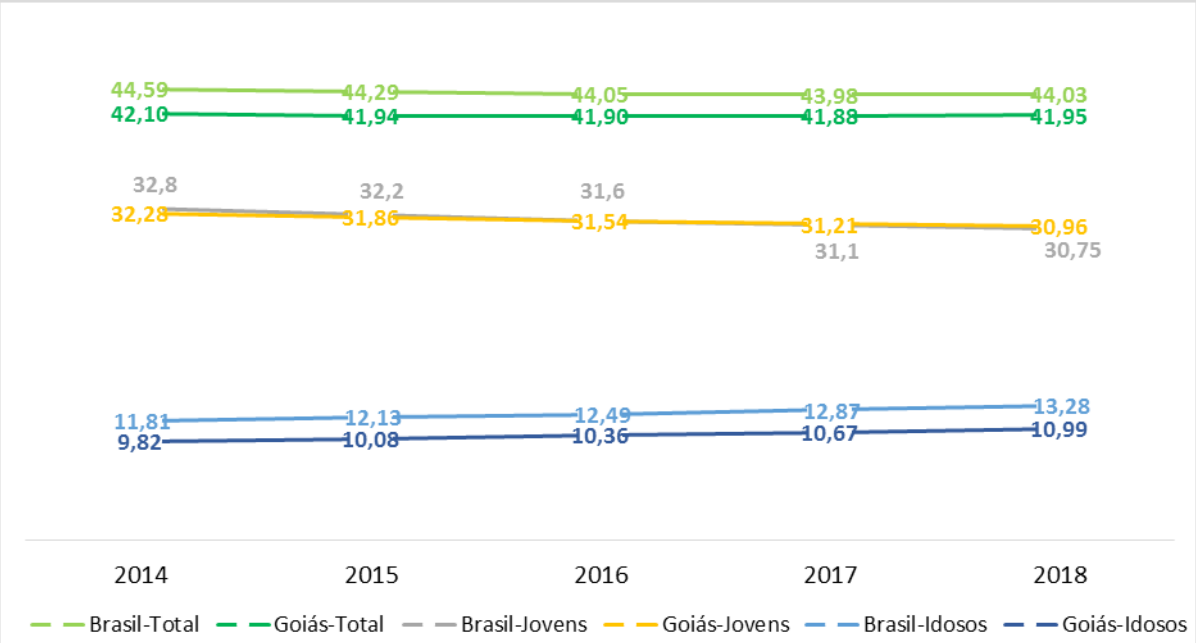
Fonte: IBGE/Projeções populacionais 2010-2060.

Elaboração: IMB/ Secretária de Estado da Economia de Goiás -2019.

De acordo com a Figura 3, existem indícios de queda na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. Partindo dessas considerações, busca-se investigar os reflexos deste comportamento na razão de dependência. Este indicador representa a razão entre população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos ou mais de idade) e população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade). Valores elevados indicam que existe uma parcela significativa da população que depende da população economicamente ativa. Por meio da Figura 5 verifica-se que a razão de dependência de jovens tem caído gradativamente tanto para Goiás como para o Brasil. Ao passo que, a razão de dependência dos idosos tem subido pouco a pouco, também, para Goiás e Brasil. Desta maneira, há pouca variação na razão de dependência total no período analisado.

Tem-se ainda que a razão de dependência de idosos do Brasil é maior que de Goiás, condizendo com o observado na Figura 4, que aponta uma maior proporção de idosos no Brasil. Consequentemente, a razão de dependência total do brasil também é maior, já que a razão de dependência dos jovens é quase coincidente entre Brasil e Goiás.

Figura 5 - Razão de dependência total, jovens e idosos - Goiás e Brasil - 2014 a 2018



Fonte: IBGE/Projeções populacionais 2010-2060.
Elaboração: IMB/ Secretária de Estado da Economia de Goiás -2019.

Outra constatação que pode ser feita a partir das pirâmides etárias é distribuição por sexo. Observa-se um número maior de mulheres em Goiás e no Brasil. Para

ficar mais claro essa diferença utiliza-se a razão de sexo, um indicador que representa o número de homens na população para cada grupo de 100 mulheres. Assim, confirma-se que a população feminina é predominante em Goiás, acompanhando o padrão verificado também para o Brasil (Figura 6). No entanto, a diferença é mais evidente no Brasil. No caso, no ano de 2018, para cada grupo composto por 100 mulheres há pelo menos 95 homens, ao passo que em Goiás o número de homens é de 98 a cada 100 mulheres.

Com o interesse de entender a dinâmica populacional de forma regionalizada em Goiás, a Tabela 1 apresenta a população residente, a área territorial e a densidade populacional por região de planejamento para o ano de 2018. A análise regionalizada revela diferenças, de forma que a Região Metropolitana de Goiânia apresenta a maior população e a menor área territorial, obtendo a maior densidade populacional (339,2 hab./km²). O núcleo polarizador dessa região é a capital do estado, Goiânia, com grande oferta de oportunidades e que atrai muitos migrantes. Apesar de sediar grandes indústrias, é o setor de Serviços o pilar de sua economia. A capital é um centro de excelência em medicina e vem consolidando sua vocação para o turismo de negócios e eventos. Além de apresentar bons índices de qualidade de vida, acima da média nacional, Goiânia é uma das cidades com a área urbana mais verde do país.

Figura 6 - Razão de sexo - Goiás e Brasil - 2014 a 2018

Tabela 1 - População residente, área territorial e densidade populacional por região de planejamento - Goiás - 2018

Regiões de Planejamento	População residente (hab)	Área territorial (Km^2)	Densidade demográfica (hab./Km^2)
Centro goiano	698.446	18.536,0	37,7
Entorno do DF	1.258.559	35.949,2	35,0
Metropolitana de Goiânia	2.564.755	7.344,2	349,2
Nordeste goiano	190.606	38.726,2	4,9
Noroeste goiano	147.538	15.541,8	9,5
Norte goiano	317.484	59.561,7	5,3
Oeste goiano	350.149	52.695,4	6,6
Sudeste goiano	281.474	25.178,6	11,2
Sudoeste goiano	663.203	61.477,3	10,8

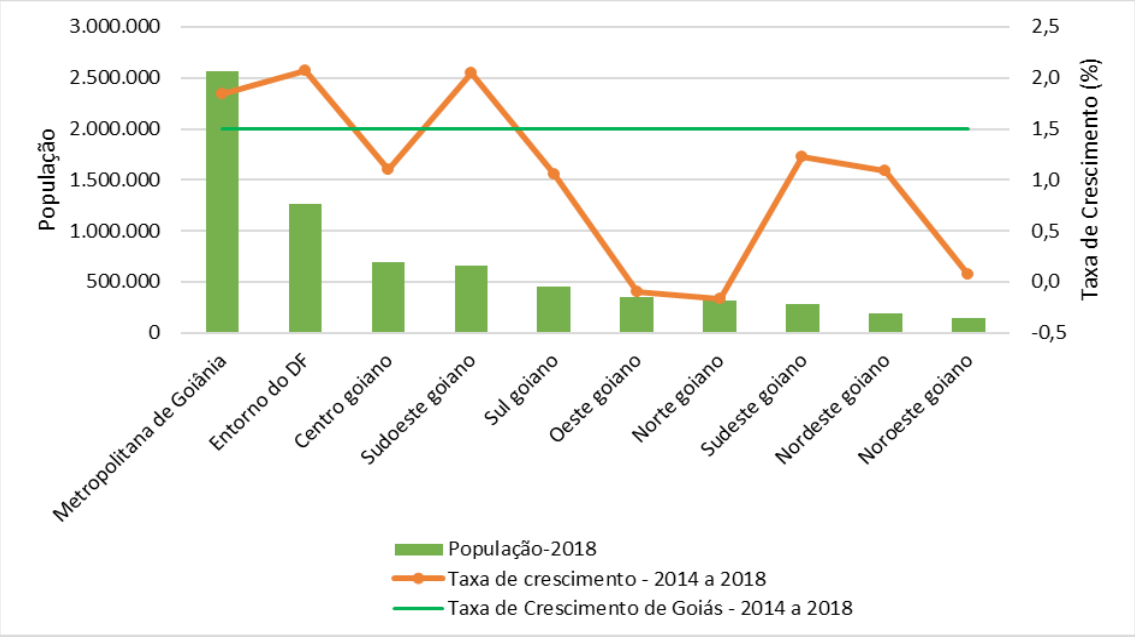
Sul goiano	448.947	25.096,0	17,9

Fonte: IBGE/Estimativas populacionais. Elaboração: IMB/ Secretária de Estado da Economia de Goiás – 2019.

Por outro lado, a região do Nordeste goiano apresenta a menor densidade populacional (4,9 hab/km²). Além disso, essa região é considerada a mais vulnerável do estado, com falta de acesso a serviços básicos como saneamento, água e descarte adequado de lixo.

A Figura 7 retrata a população residente no ano de 2018 e a taxa de crescimento geométrico de 2014 a 2018 por região de planejamento, bem como a taxa de crescimento de Goiás no mesmo período. Desta forma, verifica-se que as regiões que mais contribuíram para o crescimento populacional de Goiás foram as regiões Metropolitana, Entorno do Distrito Federal e Sudoeste. Em contrapartida, as regiões Oeste e Norte sofreram uma diminuição da população nesse período.

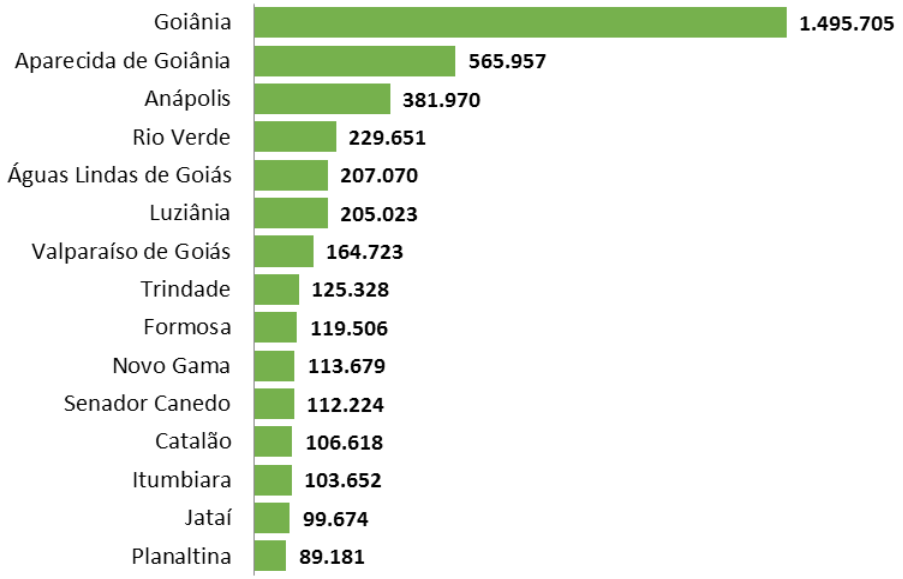
Figura 7 - População residente, taxa de crescimento geométrico por região de planejamento - Goiás - 2014 a 2018



Os quinze municípios goianos mais populosos são representados na Figura 8. Nota-se que a maioria deles pertence às regiões Metropolitana e do Entorno do Distrito Federal, com exceção de Anápolis (Centro Goiano), Rio Verde (Sudoeste Goiano),

Catalão (Sudeste Goiano) e Itumbiara (Sul Goiano). Ainda, destaca-se que Goiânia, município mais populoso, possui quase três vezes mais pessoas que Aparecida de Goiânia, a segunda colocada.

Figura 8 - Municípios mais populosos - Goiás - 2018



Fonte: IBGE.
Elaboração: IMB/ Secretaria de Estado da Economia de Goiás - 2019.

2.4 Caracterização do Modelo Gerencial

2.4.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde — SUS foi instituído na Constituição de 1988, nos arts. 196 a 200, e é resultado de um longo debate entre diversos segmentos da sociedade civil que foi exteriorizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi precedida de uma ampla mobilização social. O relatório final da Conferência indicou que devendo haver uma reorganização dos serviços de saúde com a descentralização na gestão dos serviços e regionalização e hierarquização das unidades prestadores de serviços,

O SUS nasceu num ambiente em que a saúde era centralizada, concentrada e não hierarquizada, e foi precedido pelas Ações Integradas de Saúde — AIS e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados — SUDS, sendo necessário a positivação das normas e diretrizes do SUS na Constituição, instituindo "tarefas para o Estado", com objetivo de descentralizar, regionalizar e hierarquizar a prestação do serviço.

Apesar de instituído em 1988, a implantação do SIJS efetivamente se iniciou em 1990, após a sansão da Lei n° 8.080, denominada de Lei Orgânica do SUS, na qual foi regulamentada parte dos dispositivos constitucionais, e Lei n° 8.142, que obrigou a instituição dos Conselhos de Saúde e Fundos de Saúde como pré-requisito para que os entes federados recebessem recursos financeiros para a saúde;

Surge a partir das mudanças tecnológicas, da globalização dos mercados e da competitividade;

Inspira-se em conceitos de administração privada sem contudo confundir-se com ela buscar maior eficiência com definição na precisa dos objetivos e foco em resultados;

Oferecer qualidade nos serviços, orientados ao cidadão-usuário;

Descentralização das competências;

Redução dos níveis hierárquicos;

Planejamento estratégico participativo e democrático;

Adequação do modelo às teorias administrativas mais modernas;

2.4.2 Missão, Visão e Valores

MISSÃO

Ser uma Policlínica, de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada, em média e alta complexidade, promover a assistência hospitalar humanizada, com dignidade e respeito.

VISÃO de FUTURO

Ser referência regional em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar.

VALORES

Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS

Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica através da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes

Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES, com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás

Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento hospitalar

Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, através de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, através de programas apoiados/incentivados pelas esferas governamentais.

Gestão criteriosa dos impactos da atividade hospitalar no ambiente

Priorizar a qualidade assistencial aos usuários da Policlínica Regional - Unidade Goiás

Transparência e ética na gestão do bem público

2.4.3 Alicerces Do Modelo Gerencial

2.4.3.1 Do Modelo De Gestão: Resolubilidade Assistencial

Definição: "A resolubilidade assistencial na saúde traduz-se pelo uso mais racional e eficaz possível dos recursos. Diagnósticos e :terapêuticos à - disposição- -do, profissional de saúde visando atender às necessidades decorrentes patologia do usuário."

Como seremos eficientes neste pilar: Por. meio dos 5 alicerces nos- quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas. Adequadas para alcançarmos a resolubilidade assistencial na Policlínica:

Protocolos Clínicos definidos

Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

Medição frequente dos Resultados (quantitativos, qualitativos e financeiros) alcançados propiciando o feedback para a eventual correção de rumos

Previsibilidade e medidas saneadoras/mitigadoras quanto à ocorrência de eventos adversos

Treinamento constante dos colaboradores visando o adequado atendimento humanizado e técnico dos usuários (como já explicitado) e a permanente atualização e divulgação das normas e procedimentos fundamentais para o perfeito funcionamento administrativo da Unidade.

2.4.3.2 Do Modelo de Gestão: A Satisfação Do Usuário

Definição: O usuário, via de regra, em relação ao ambiente médico-hospitalar, padece da assimetria de informação. Ou seja, não tem mecanismos adequados, de per si, para avaliar, qualitativamente, a real extensão e profundidade do atendimento médico-hospitalar que está recebendo.

É comum, tanto no ambiente público quanto privado, os usuários (e seus acompanhantes) reportarem queixas predominantemente voltadas aos aspectos acessórios do atendimento médico-hospitalar, tais como demora no atendimento,

burocracia excessiva, falta de simpatia/empatia com médicos, paramédicos e colaboradores em geral da Policlínica, críticas às instalações físicas não conservadas adequadamente etc.

Como seremos eficientes nesse pilar: Por meio dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas -para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários da Policlínica

Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SIJS e Acolhimento do Usuário:

Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

Medição frequente da Satisfação dos Usuários por m e de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações ouvidoria etc.), e o imediato feedback para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário

Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar- descontentamentos dos usuários durante o atendimento na U S E (Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC disponível durante o horário comercial)

Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

2.4.3.3 Do Modelo De Gestão: Gestão Hospitalar

Definição: A gestão hospitalar eficaz requer uma ampla variedade de apões, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados, bancos etc. Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão hospitalar possa ser eficaz em todos os seus aspectos fundamentais:

Satisfação do usuário

Eficácia operacional

Custos racionais e controlados

Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor

Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente de colaboradores

Controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais.

Como seremos eficientes nesse pilar: Por meio dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão nPOLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS:

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente a da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de Sugestões/reclamações; ouvidoria etc.), e o imediato feedback para as -áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho. para o atingimento do nível: de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar -descontentamentos dos usuários durante o atendimento na. POLICLÍNICA (Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC disponível durante o horário Comercial)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos -requisitos dê Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

2.4.4 Integração dos Profissionais da Policlínica com a Atenção Primária

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

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

2.5 Caracterização da Policlínica Regional

A Unidade está localizada nas Quadras 04, 05 e 09 - Loteamento Santa Bárbara - Goiás - GO. Funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

A Policlínica Regional – Unidade Goiás possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe

de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

A estrutura física poderá ser aproveitada conforme a demanda de serviços local, bem como as especialidades médicas e multiprofissionais a serem definidas. Ademais, a possibilidade de inclusão de serviços poderá exigir a adequação dos dias e horários de funcionamento da unidade.

A definição do modelo assistencial e dos sistemas de referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado que a Policlínica adotará é de responsabilidade e de competência da equipe técnica da SAIS/SES, tomando como base o atendimento exclusivo SUS, assim como os indicadores de desempenho assistencial.

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

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

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

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

Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados – como consultas médicas e consultas com a equipe multiprofissional, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

2.5.1 Definição Do Perfil e Dos Serviços

Recursos Humanos Gerencial: A unidade deve ter, pelo menos, um gestor que tenha conhecimento técnico-administrativo amplo que permita uma gestão eficaz

e eficiente. Ressalta-se que a unidade deve ter em seu quadro de pessoal todos os Responsáveis Técnicos (RT) exigidos pelas legislações vigentes.

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

Desta forma a Policlínica trabalhará tendo como eixo assistencial principal as linhas de cuidados, que tem como conceito estruturante:

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

Com isso, a equipe multiprofissional e equipe médica especializada que irão compor o quadro clínico da Policlínica deverão ter abrangência ampla, percorrendo todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

O quantitativo de especialidades poderá e deverá sofrer mudanças de quantitativo para mais ou para menos, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser realizada trimestralmente e/ou semestralmente e que o **INSTITUTO CEM** responsável pela administração da unidade terá 30 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consulta não ultrapassará o limite de consultas totais propostas pelo contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades.

A equipe médica e Multiprofissional deverão realizar Inter consultas no serviço, ou seja, realizar atendimentos dos casos encaminhados pela própria equipe da unidade, devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, integrando seus conhecimentos através de discussões de casos e compartilhando o cuidado do paciente entre todos os componentes da equipe. Esses profissionais deverão ter condutas específicas de suas áreas de atuação, mas com interlocuções de seus conhecimentos, preconizando uma atenção holística, integral e resolutiva.

A especificação das especialidades médicas e da equipe multiprofissional ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **INSTITUTO CEM.**

As consultas realizadas pelo Serviço Social deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais da equipe multiprofissional, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde – SES/GO.

Os serviços/equipes que requerem profissionais de especialidades específicos e/ou exclusivos para fins de habilitação no Ministério da Saúde devem estar inclusos no quadro de recursos humanos fixo da unidade.

2.5.2 Proposta de Serviços

Para a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS, serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

2.5.2.1 Atendimento Ambulatorial (primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos), procedimentos terapêuticos realizados por equipe multiprofissional)

- Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde para atendimento a uma determinada especialidade médica e não médica.
- Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.
- Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.
- Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) com a equipe multiprofissional.

A especificação do quantitativo dos tipos de consultas (primeira/interconsulta/retorno) das especialidades médicas e da equipe multiprofissional ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **INSTITUTO CEM.**

2.5.2.2 Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA)

As cirurgias menores ambulatoriais (CMA) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. Exemplo de CMA: ressecção de lesões cutâneas, ressecção de tumores de pele, correção de pequenas cicatrizes, eletrocoagulação de verrugas, pterígio, vasectomia, biópsia de lesões, exérese de lipoma, dentre outras.

2.5.2.3 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também será disponibilizado para a Rede de Saúde, ou seja, atenderá pacientes que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Região de abrangência da Policlínica.

SADT inicial:

Audiometria	**Mamografia**	**Colonoscopia**	**Cistoscopia**	**Tomografia Computadorizada**
Colposcopia	Endoscopia digestiva alta	Ultrassonografia	Eletroencefalografia	**Eletroneuromiografia**
Espirometria	Doppler Vascular	Teste Ergométrico	Punção Aspirativa por Agulha Grossa	**Punção Aspirativa por Agulha Fina (paaf)**
Eletrocardiografia	Holter	Urodinâmica	Radiologia simples	**Nasofibroscopia**
Ecocardiografia	Mapa	Emissões otoacústica	Biopsias gerais	**Patologia clínica**
Exames oftalmológicos* (tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho dentre outros).				

Destaca-se que todo o escopo de SADT da Policlínica deverá ser disponibilizado durante o atendimento do paciente na Policlínica e deverá ser realizado imediatamente após sua prescrição e/ou assim que possível, levando em consideração que alguns exames necessitam de preparo prévio para sua execução. A entrega do resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

Os tipos de exames aqui descritos poderão sofrer mudanças, dependendo da avaliação dos mesmos, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da região de saúde. Pontua-se ainda que esta avaliação deverá ser

realizada trimestralmente e/ou semestralmente e que o **INSTITUTO CEM** responsável pela administração da unidade terá 30 (trinta) dias para realizar a modificação solicitada com relação aos exames ofertados. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de exames não ultrapassará o limite de exames totais propostas no contrato de gestão, e ocorrerá somente um ajuste de tipos de exames.

Caso haja necessidade de aquisição de novos equipamentos e/ou novas tecnologias para implantação de exames, o **INSTITUTO CEM** deverá apresentar à SES/GO, no prazo Máximo de 01 (um) mês (após a solicitação de inclusão do exame), incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário e o cronograma de implantação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, a qual será analisada. Caso a solicitação seja somente de equipamento e/ou adequação estrutural, esta será realizada a título de investimento. Contudo, se houver acréscimo no custeio geral do SADT do contrato de gestão, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

A especificação da carteira de serviços dos exames ocorrerá através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e INSTITUTO CEM.

2.5.3 Serviços /Programas Especiais

2.5.3.1 Unidade Móvel de Atendimento

A unidade móvel de atendimento é uma estratégia de acesso às ações de atendimento especializado, que presta atendimentos a população das Regiões de Saúde de abrangência da Policlínica. A unidade será utilizada principalmente para o rastreamento e diagnóstico de diversas patologias.

A Unidade possibilitará o desenvolvimento de ações de controle e assistência em saúde para a população, objetivando solucionar situações especiais e excepcionais, tais como: vazios assistenciais, localidades de difícil acesso, localidades rurais, populações que nunca realizaram exames, entre outros, viabilizando o diagnóstico precoce de diversas patologias.

A unidade móvel deverá ser uma verdadeira clínica móvel com todo o cuidado, tecnologia e segurança. O ambiente interno deverá ser climatizado, com acessibilidade, banheiro, sala de espera, tudo feito para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes.

O projeto da unidade móvel será desenvolvido especialmente para cada região. O processo de concepção e viabilização da unidade contemplará: planejamento,

identificação da demanda da região, pré-requisitos necessários, adequação da estrutura, equipe mínima necessária, entre outros.

Unidade Móvel ou Modular poderá inclui equipamentos com áreas preparadas para cada tipo de procedimento (exemplos): mamografia (com proteção radiológica); ultrassonografia/tomografia; processamento de imagens com área para laudo (sistema digital para transmissão das imagens para laudo); consultório multi-uso (médico e/ou multiprofissional)

A Unidade deve Incluir toda a estrutura necessária, como: instalação elétrica, ar condicionado, instalação hidráulica, cabeamento de dados, instalação para telefonia, conexão de dados, proteção radiológica, iluminação, etc.;

Transporte da unidade (cavalo mecânico ou caminhão plataforma, motorista, seguros, todas as despesas ligadas etc.).

6.1.1. Áreas de Atendimento que a Unidade móvel poderá ofertar: Saúde da Mulher (mamografia, ultrassonografia, Papanicolau); Saúde do Homem (urologia); Saúde do Idoso; Pediatria; Ginecologia; Oftalmologia; Cardiologia; Radiologia; Otorrinolaringologia; Laboratório de análises clínicas; dentre outras.

Nos 12 (doze) primeiros meses de Contrato de Gestão a unidade móvel será caracterizada como uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer nos municípios que compõem a região de abrangência.

A Unidade Móvel terá como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce (quando a chance de cura for de 95%).

Deverá oferecer, minimamente, exames de mamografia e Papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o Papanicolau e que residam na Região de Saúde. Ressalta-se que haverá protocolo de fluxo de atendimento da Unidade Móvel (Prevenção ao Câncer) e este será atualizado de acordo a necessidade e as normas vigentes.

A Unidade Móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista, e quando necessário e/ou por solicitação da SAIS/SES, com o médico. A Equipe Técnica da SAIS/SES será a responsável por elaborar e organizar o Protocolo Clínico de Utilização da Unidade Móvel, e disponibilizá-lo para o **INSTITUTO CEM.**

Após a finalização dos primeiros 12 (doze) meses de gestão as especificações da carteira de serviço da Unidade Móvel ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e INSTITUTO CEM.

Ressalta-se que, o **INSTITUTO CEM** responsável pela administração da unidade terá 60 dias para realizar a apresentação da Unidade Móvel à SES-GO após a definição da sua carteira de serviços pelo Plano Operativo.

Caso haja acréscimo no custeio do contrato de gestão em decorrência da modificação da carteira de serviços da Unidade Móvel, o **INSTITUTO CEM** deverá apresentar à SES/GO, no prazo Máximo de 01 (um) mês (após a solicitação da SES), o cronograma de implantação e a estimativa do orçamento discriminada para análise. Havendo comprovação de acréscimo de custeio, este deverá ser homologado através do Termo Aditivo ao contrato.

2.5.3.2 Práticas Integrativas e Complementares-PIC nas Policlínicas

6.2.1. As PIC são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, posteriormente alterada para inclusão de novas práticas pela Portaria GM/MS Nº 849/2017 e pela Portaria GM/MS Nº 702/2018, sendo atualmente 29 (vinte e nove) práticas ofertadas, como mostra o quadro abaixo:

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS			
Apiterapia	Cromoterapia	Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	**Quiropraxia**
Aromaterapia	Dança Circular	Meditação	**Reflexoterapia**
Arteterapia	Geoterapia	Musicoterapia	**Reiki**
Ayurveda	Hipnoterapia	Naturopatia	**Shantala**
Biodança	Homeopatia	Osteopatia	**Terapia Comunitária Integrativa**
Bioenergética	Imposição de Mãos	Ozonioterapia	**Terapia de Florais**
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica	Plantas Medicinais/Fitoterapia	**Termalismo Social/Crenoterapia**
Yoga			

A Policlínica deverá ofertar, minimamente, dois tipos de PIC na carteira de serviços disponíveis. Ressalta-se que os profissionais da equipe multiprofissional e/ou médica deverão apresentar formação ou especialização específica na área em que forem atuar. As PIC são indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças crônicas não transmissíveis e outras condições assim como, especialmente, na promoção da saúde.

2.5.3.3 Serviço de Telemedicina

Telemedicina, em sentido amplo, pode ser definida como o uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde, viabilizando a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde (ampliação da atenção e da cobertura). De acordo com as

leis em vigência, a Telemedicina pode ser aplicada em todas as especialidades médicas. O importante é que seja mantida a responsabilidade médica, além do sigilo e da segurança do paciente – e isso vale para todas as especialidades. Diante disto, a Policlínica Regional deverá ofertar dentro do serviço de Telemedicina, a teleconsulta de retorno, telemonitoramento dos pacientes crônicos, telematriciamento dos médicos da Atenção Primária, dentre outros serviços que a telemedicina permite.

2.5.3.4 Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I

Ostomias ou estomias são procedimentos cirúrgicos transitórias ou permanentes, que consistem na criação de uma abertura artificial entre os órgãos internos e o meio externo, podendo ser: traqueostomia, gastrostomia e jejunostomia, urostomia, ileostomia e colostomia. As pessoas ostomizadas são consideradas pessoas com deficiência física, pertencendo à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793/2012/MS) e, devido à complexidade de seus cuidados, requerem uma abordagem integral, multidisciplinar e individualizada, e a precocidade no processo de reabilitação, para prevenir sequelas e realizar a inclusão dessas pessoas.

O serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I (Portaria MS nº400/2009) presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional com médico, enfermeiro e assistente social, equipamentos e instalações físicas adequadas, incorporados a estrutura física das policlínicas.

Será realizada a indicação e prescrição dos seguintes equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (sendo estimado inicialmente 05 pacientes para cada tipo de equipamento):

Bolsa De Colostomia Fechada C/ Adesivo Microporoso (no máximo 60 por mês).

Bolsa De Colostomia Com Adesivo Microporo Drenável (no máximo 30 por mês).

Conjunto De Placa E Bolsa P/ Estomia Intestinal (no máximo de 10 por mês).

Barreiras Protetoras De Pele Sintética E/Ou Mista Em Forma De Pó / Pasta E/Ou Placa (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

Bolsa Coletora P/ Urostomizados (no máximo 30 por mês).

Coletor Urinário De Perna Ou De Cama (no máximo 4 por mês).

Conjunto De Placa E Bolsa P/ Urostomizados (no máximo de 15 por mês).

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para o Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I, com médico, enfermeiro e assistente social.

2.5.3.5 Serviço De Assistência Especializada – SAE (GRUPO 12)

SAE e um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar., com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença e realizará as seguintes atividades:

Prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/Aids e Hepatites Virais;

Adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologista, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, neurologia, endoscopia, broncoscopia, odontologia dentre outras;

Realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;

Fornecer os medicamentos padronizados pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais - MS, conforme solicitações médicas, obedecendo ao Consenso Brasileiro de Terapia Antirretroviral, à logística de insumos e à otimização de recursos;

Orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;

Oferecer aconselhamento sobre IST/HIV/AIDS aos pacientes e seus familiares;

Prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;

Constituir em referência para multiplicação de conhecimentos em IST/HIV/AIDS, sobretudo para a rede básica de saúde.

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter uma equipe específica para a Equipe Básica SAE (GRUPO 12) com: médico infectologista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; cirurgião – dentista (clínico geral) e técnico de enfermagem.

2.5.3.6 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT / EMAESM-TIPO 2

A equipe foi instituída no SUS pela Portaria MS/GM nº 3588/2017, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, visando o fortalecimento do tratamento de base comunitária, amparados nos comandos da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

Para fins de habilitação no Ministério da Saúde a unidade deverá manter profissionais exclusivos para Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (TIPO 2), com: 01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais).

Importante: O sistema CNES aceita a inserção de apenas um profissional médico e um profissional assistente social para o cumprimento do total de horas estipuladas para cada categoria. No entanto, possibilita a repartição da carga horária de 60 horas entre dois psicólogos.

2.5.3.7 Inclusão de Novos Serviços: Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) e Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Considerando a necessidade da região o **INSTITUTO CEM** deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação dos serviços de Hemodiálise e de Odontologia, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDCs vigentes e específicas para cada serviço.

Após aprovação dos projetos pela SES/GO, serão repassados para o **INSTITUTO CEM**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.5.3.8 Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Centro de Especializado em Odontológicas (CEO) é um estabelecimento de saúde, criado através da Portaria n°599/GM de 23 de março de 2006 e participante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES classificado como Clínica

Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que tem como objetivos oferecer à população os serviços especializados em odontologia que não podem ser solucionados na Rede de Atenção Primária.

O CEO Tipo I deve possuir três consultórios odontológicos, ofertando serviço Especializado de Odontologia e realizar, no mínimo, as seguintes atividades: **Periodontia; Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; Endodontia; Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais e Diagnóstico Bucal,** com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.

2.5.3.9 Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal)

A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva e irreversível dos rins. É causada por uma lesão provocada habitualmente por anos de agressão contínua aos rins, como nos casos de pacientes com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Glomerulonefrites.

A Terapia de substituição renal ou terapia renal substitutiva (TRS) é um termo usado para abranger os tratamentos para a insuficiência renal. Ela inclui: hemodiálise, diálise peritoneal, hemofiltração e transplante renal.

6.8.4.3. A TRS a ser implantada na Policlínica deverá contar com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnostico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico.

Para tal atendimento, o funcionamento deverá ser de segunda a sábado das 7h00 as 19h00, com equipe multiprofissional composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista e 1 (um) psicólogo, 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno e 1 ((um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes. Deverão ser ofertados os tratamentos por Hemodiálise

HD e Dialise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pre Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Diálise Peritoneal	**É uma técnica fisiológica que utiliza a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais), atua como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo. Realizada pelo próprio doente ou por um familiar.**
Hemodiálise	**Opção de tratamento que realiza a filtragem das substâncias do sangue através de uma máquina, ou seja, o procedimento funciona como um rim artificial;**
Tratamento	**Consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica, objetivando o retardo da**

Conservador	progressão ou a estabilização da doença.

A Equipe Técnica da SAIS/SES participará em conjunto com a equipe técnica do **INSTITUTO CEM** para elaborar e organizar o protocolo da Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal) para que a mesma ofereça o melhor serviço de saúde para a população da região de saúde.

A Policlínica também deve fornecer atenção aos pacientes ambulatoriais que estão em estágios de riscos de lesões renais leves, moderados e pré dialíticos.

2.5.3.10 Transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico para a Policlínica Regional

O **INSTITUTO CEM** deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária, com elevador rodoviário (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), com no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar-condicionado e rede *wifi,* que circularão pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS para as Sessões de Tratamento em Hemodiálise.

Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região de saúde, e devem seguir as orientações das Equipes Técnicas da SES, esta equipe será a responsável por elaborar e organizar o protocolo clínico de utilização dos micro-ônibus e a mesma disponibilizará para INSTITUTO CEM.

2.5.4 Situações de Urgência/Emergência

As Policlínicas Estaduais realizam apenas o atendimento especializado ambulatorial, sendo os atendimentos de urgência e emergência prestados em outros pontos da rede de saúde como as Unidades Básicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Porém, os profissionais devem estar preparados para lidar com as eventuais situações de urgência/emergência que ocorram nas Policlínicas. Nestes casos, conforme a gravidade deve ser acionado o SAMU para suporte e transferência. Todas as medidas de estabilização clínica/hemodinâmica necessária devem ser realizadas até a remoção do paciente, os profissionais devem registrar no sistema de informação estes atendimentos com o maior detalhamento possível.

6.8.1. Todas as policlínicas devem manter um carrinho de emergência, com elenco de medicamentos e quantitativos definidos pelas portarias vigentes da Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo que o controle de estoque deve ser realizado periodicamente.

2.5.5 Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento

6.9.1. Caso ao longo da vigência do contrato, em comum acordo entre as partes, a contratada, ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de serviços/programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES/GO. Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Policlínica, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao contrato de gestão.

2.5.6 Plano Operativo da Policlínica

O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e INSTITUTO CEM, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas.

O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Policlínica, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Policlínica. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e INSTITUTO CEM.

2.5.7 Gerenciamento e Atendimento da Policlínica

1.1. Tendo em vista que a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS funcionará com o perfil descrito sob Contrato de Gestão, cabe a SES/GO definir o perfil assistencial da unidade, planejar metas assistenciais e de qualidade, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e econômico financeiros definidos no Contrato de Gestão.

1.2. A contratada deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, e quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

A Policlínica Regional deverá possuir um Responsável Técnico (RT) médico, com registro no respectivo conselho de classe. O médico designado como Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato.

A unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas abordarão todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

A Policlínica disporá de serviços de informática com sistemas que permitam a integração com a rede assistencial de referência e contra referência, por meio eletrônico, favorecendo o processo de agendamento de consultas e procedimentos a serem realizados na unidade. O referido sistema de informação contemplará, no mínimo, o registro dos atendimentos realizados, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam o acesso via Internet (WEB) pela SES/GO e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios para a SES-GO.

Havendo a disponibilização pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o **INSTITUTO CEM** aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.

A unidade desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas, assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE. A gestão da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS respeitará a Legislação Ambiental, incluindo a posse de toda a documentação exigida.

AUDITORIA DE QUALIDADE E PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS: o **INSTITUTO CEM** deverá executar semestralmente uma auditoria independente, pesquisando a

satisfação do usuário com relação aos serviços prestados na Policlínica, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

O Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde, será obrigatório.

O **INSTITUTO CEM** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

O **INSTITUTO CEM** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

O **INSTITUTO CEM** deverá assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

2.5.8 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial

I. Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)

II. Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade

III. Oficialização das Políticas Institucionais

IV. Núcleo de Segurança do Paciente

V. Registros Seguros

VI. Gestão de Suprimentos

VII. Gestão da Informação

VIII. Gestão de Pessoas

IX. Gestão de Equipamentos

X. Qualificação de Fornecedores

XI. Consentimento Informado e Esclarecido

XII. Definição das lideranças

XIII. Realização de Planejamento Estratégico Participativo

XIV. Internalização do Planejamento Estratégico:

XV. Governança Corporativa

XVI. Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos

XVII. Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho.

XVIII. Definição de Fóruns) periódicos de acompanhamento de 'resultados (conforme diretrizes e metas -dou, -Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

Neste Contexto, o INSTITUTO CEM se Propõe a:

- Cumprir os compromissos com as ações das - agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde
- Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor
- Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos
- Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria Estadual de Saúde.
- Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado
- Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva etc.
- Participar da articulação e interlocução com os. equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS na da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de

saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida comunidade

- Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logísticas suprimentos farmacêuticos e hospitalares
- Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários, e equipamentos médico-hospitalares
- Contratar e gerir profissionais de todas as áreas concernentes operação da Policlínica.
- Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o -caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento da Policlínica Regional - Unidade Goiás confirmem termo de referência,
- Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal
- Garantir o sigilo das informações dos usuários
- Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Continuidade do cuidado
- Integralidade
- Responsabilização
- Humanização
- Equidade
- Participação social
- Direito à Informação sobre diagnostico ao Usuário

- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

Além disto, estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania,

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

Os componentes da atenção à saúde em PIRENÓPOLIS iniciam-se com uma rede de atenção pré-hospitalar de entes-fixos que constituem. o primeiro nível de: atenção em urgências, prestados por, -um Conjunto de Unidades Básicas de Saúde Unidades de Saúde da Família, equipes de Agentes Comunitários. de :Saúde, Ambulatórios Especializados, Serviços -de: Diagnóstico e Terapia, e Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências (Pronto Atendimento),

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde: -"essas unidades deverão: possuir uma adequada retaguarda para referência dos usuários; que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade, mediados pela central de regulação médica".

POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de saúde à rede básica de atenção à saúde em PIRENÓPOLIS e região, considerando as três linhas de serviço: consulta de atendimento médico especializado, serviço de suporte diagnóstico e pontos de atenção das linhas de cuidado definidas de acordo com a necessidade regional.

POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós-Graduação, Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo a unidade de saúde necessita de pessoas, faturamento e informações sobre saúdes concernentes ao atendimento do público específico que o demandam.

As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, são interligados de forma que o funcionamento e um componente Interligados em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço na Unidade.

Serão adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento hospitalar móvel (macas e cadeiras de rodas).

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo INSTITUTO CEM contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, consequentemente, bons resultados.

Diante do exposto e, com o objetivo de garantir atendimento em saúde qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão estadual e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática gerencial empresarial, o INSTITUTO CEM apresenta, ,nos :itens a seguir, o detalhamento da proposta de modelo gerencial, orientada para o atendimento media e alta complexidade da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

2.5.8.1 Modelos E Certificações De Qualidade A Ser Implantado

Da Proposta

Reformar a gestão do Estado significa melhorar não apenas a organização e o pessoal do Estado, mas também suas finanças e todo o seu sistema institucional-legal, de forma a permitir que o mesmo tenha uma relação harmoniosa e positiva com a sociedade civil. A reforma do Estado permite que gestores públicos tenham uma visão da estratégica global a fim da eficiência na tomada de decisões de forma mais corretas e efetivas, e que seus serviços, tanto os exclusivos, que funcionam diretamente sob seu comando, quanto os competitivos, que estarão apenas indiretamente subordinados na medida em que se consolidem em organizações não-estatais, e passam a operacionalizar de forma mais eficientemente.

Para o atual mercado globalizado e amplamente necessário à população, a gestão dos serviços de saúde, não constitui obrigatoriedade exclusiva do estado, justificativamente pela ampla demanda de qualidade nos atendimentos aos cidadãos, nesta linha, justifica-se pela necessidade de haver uma gestão descentralizada de amplos procedimentos burocráticos de processos. Conforme definido a seguir por Bresser-Pereira (1995):

Neste plano, entretanto, salientaremos outro processo tão importante quanto, e que, no entanto não está tão claro: a descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização” dos serviços públicos de uso imediato da sociedade civil.

Nesta condição o projeto de ***GESTÃO PARTICIPATIVA*** visa atender a necessidade central que o mercado exige, com isso, o objeto de "publicização" defendido pela PDRAE implementado com centralização de controle pelo poder público, traz transferência para o setor privado em promover tais atividades, que não envolvam o poder de Estado diretamente na execução dos serviços de saúde.

Do Modelo De Certificação De Qualidade (Ona)

O Instituto se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição. Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do cliente pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela **ONA**, segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria continua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

Portanto, dentre os modelos e certificações de qualidade a que propõe implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

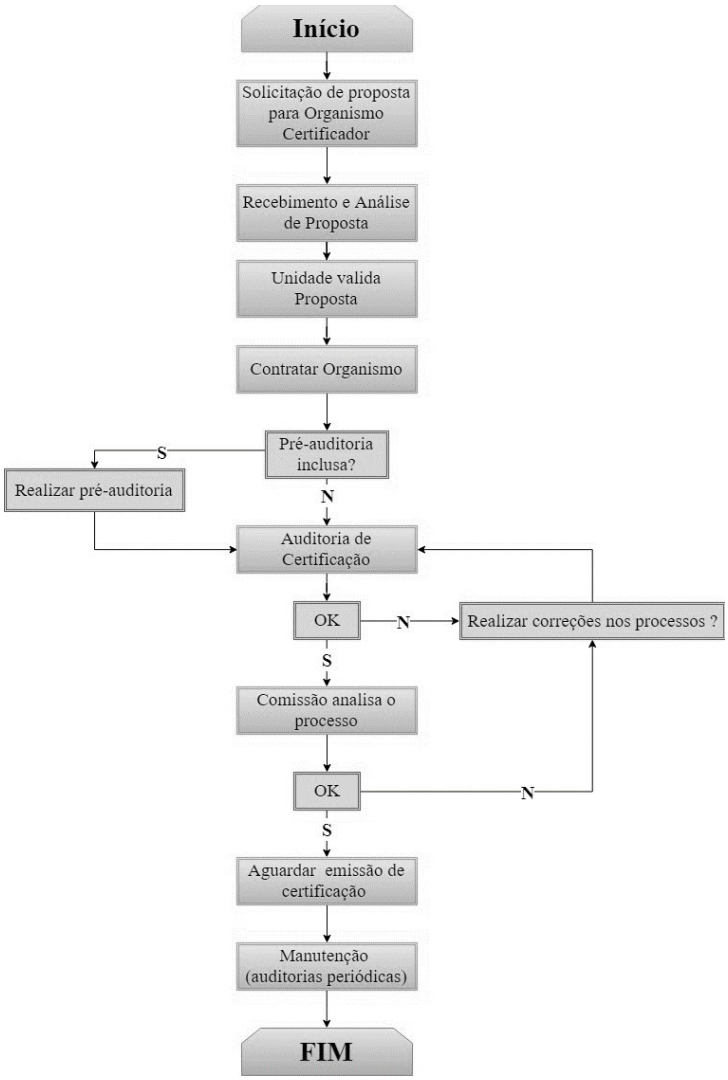
A avaliação pelo **ONA** que é realizada pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. A certificação pode ocorrer em três níveis:

Acreditado (Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos).

Acreditado Pleno (Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos).

Acreditado com Excelência (O princípio deste nível é a "excelência em gestão". Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2 , além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos).

Fluxo Para Certificação Da Ona



PREMISSAS ESTRATÉGICAS DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

2.1. Alta Resolutividade

2.1.1. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia.

2.1.2. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

I. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

II. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III. A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo.

IV. A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.5.9 Estrutura da Proposta de Trabalho

O INSTITUTO CEM é uma entidade que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, aplicando as diretrizes do gerenciamento por-resultados, com foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde — SUS.

Atuar com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos, de relevância e que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas e práticas de gestão, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária é a meta do INSTITUTO CEM.

Neste Projeto será apresentada a metodologia de gerenciamento por resultados adotado pelo INSTITUTO CEM nas unidades geridas pela entidade e que será adotada na. gestão compartilhada da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Este Projeto está dividido em:

Modelo Gerencial

Organização da Atividade

Organização da Qualidade

Organização da Qualifidade Técnica

Orçamento para execução do Projeto

Em Modelo Gerencial serão abordados a contextualização e definição do modelo proposto

Em Organização da Atividade serão abordados itens relativos à organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Ambulatorial Especializada e demonstra a potencialidade quanto à organização, quando atende a processo sistematizado capaz de produzir resultado dentro de um contexto de produção de serviços. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial.

Em Organização da Qualidade, é proposta para desenvolvimento dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe

profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações na Unidade, acolhimento e atendimento dispensado aos usuários do SUS.

Em Organização da Qualidade Técnica é a proposta que demonstra a capacidade gerencial por experiências anteriores, apresenta a estrutura da Direção, a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar, a implantação e funcionamento de outros serviços, apresenta atividades em ciência e tecnologia, apresenta política de recursos humanos e a metodologia de projetos e em Quadro de Metas e Cronograma serão apresentas as metas quantitativas e qualitativas propostas para a unidade e o cronograma de implantação e execução de serviços.

Em Orçamento para execução do Projeto será apresentada proposta financeira do INSTITUTO CEM contendo os itens da receita e da despesa necessários para a execução do Projeto.

Uso racional dos meios que se dispõe para alcançar um objetivo previamente determinado. Atingir o resultado com o mínimo de perda de recursos, isto é, fazer o melhor uso possível do R$, tempo, materiais e pessoas, eliminado desperdícios. Isso é eficiência Operacional.

2.5.10 Introdução

A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

2.5.11 Justificativa

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos na qualidade de vida e nos gastos com saúde tem preocupado os gestores em saúde pública. Nesse sentido, é necessário realizar a mudança no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas no sistema único de saúde – SUS. E ainda qualificar os profissionais de saúde a adotarem práticas de cuidado contínuo e compartilhado entre os profissionais especializados e equipes da atenção primária, com ênfase em mudança de hábitos que afetem a saúde e a qualidade de vida da população.

De acordo com o perfil epidemiológico, os serviços de saúde devem ser organizados em redes de atenção à saúde onde a Atenção Ambulatorial

Especializada – AAE fará o enfrentamento de condições crônicas não agudizadas, que foram estratificados pelas equipes de saúde da família nas linhas de cuidado prioritárias, definida pela SAIS/SES-GO, que justifiquem a oferta de serviços especializados no nível secundário de atenção à saúde.

2.5.12 Identificação Da Unidade

Nome: POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS

Endereço: Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) – Goiás – GO

Tipo de Unidade: Policlínica

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: de segunda a sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

2.5.13 Objetivos Da Proposta

Elaborar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização de redes de atenção à saúde;

Contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente e um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo;

Organizar os serviços especializados (consultas, exames e terapias complementares) de acordo com as linhas de cuidado prioritárias estabelecida pela SAIS/SES-GO.

OBJETIVO GERAL

Gerenciar, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, assegurando a busca Permanente pela excelência. na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação-de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao INSTITUTO CEM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atender os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

Gerir a Policlínica baseado em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

Garantir de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

Buscar certificação de qualidade em saúde;

Implantar a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

Implantar a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós- Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na Policlínica, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso.

Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pela Central de Regulação Estadual.

Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza clínica realizando a investigação diagnóstica inicial, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou para nível ambulatorial ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.

Integração dos Especialistas com a Atenção Básica.

Realizar consulta médica especializada em regime ambulatorial.

Prestar apoio diagnóstico e terapêutico 12 (doze horas) horas do dia de segunda a sexta-feira.

Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio da Central de Regulação Estadual, os pacientes que apresentarem quadro instável.

Prover atendimento elou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado às Rede de Assistência, a partir da complexidade clínica do usuário.

Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade da unidade.

Promover a formação continuada dos colaboradores da Policlínica para a melhoria dos processos de acolhimento e assistência, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

Avaliar os processos de trabalho implantados e executados na Policlínica de forma periódica e constante, objetivando aperfeiçoar as ações e objetivos propostos neste Plano de Trabalho.

Desenvolver um processo sistemático de informação e educação em saúde à população, em parceria com as UBS modo a minimizar possíveis acidentes e/ou outros agravos.

Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários utilizando terapêuticas apropriadas e o seu gerenciamento para: continuidade de atenção em rede, quando necessário.

O INSTITUTO CEM é uma associação civil, sem fins lucrativo, -qualificado como Organização Social por diversos entes, representada por seu Diretor Presidente que é Assistido pela Diretoria Executiva do INSTITUTO CEM e Diretores com funções claramente definidas.

A participação da comunidade no INSTITUTO CEM se dá por meio do Conselho de Administração, que possui representantes do INSTITUTO CEM, da Sociedade Civil Organizada.

A Secretaria Estadual de Saúde é um órgão da administração direta do Estado de Goiás e é a autoridade sanitária no território, observado o Termo de Compromisso de Gestão Estadual homologado pelo Ministério da Saúde e nas diversas portarias do Ministério da Saúde e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite — CIB/SP e Comissão Intergestores Regional — CI.

Sendo o INSTITUTO CEM uma Organização Social, o instrumento de relação com a Administração e o Secretário Estadual de Saúde é o contrato de gestão, que fixam as obrigações de cada um dos parceiros, pois a relação jurídica que o INSTITUTO CEM manterá com a Administração possui caráter de colaboração, nos termos da legislação estadual, onde as Organizações Sociais, portanto, traduzem um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade para a consecução de interesses públicos comuns, com ampla participação da comunidade. De produtor direto de bens e serviços ainda, um controle estratégico de resultados dessas atividades. O contrato de gestão constitui o instrumento de fixação e controle de metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados à sociedade.

Além das obrigações típicas de um contrato, existe ainda a questão da transparência das ações do INSTITUTO CEM, que deve prestar contas da aplicação do recursos públicos e dos resultados alcançados à sociedade civil organizada, ao cidadão e a seus representantes.

Desta forma, o relacionamento do INSTITUTO CEM com o Gestor Estadual e a Secretaria Estadual de Saúde se dará em 3 níveis, a saber:

1- No nível Administrativo político as relações são estritamente regidas pelo contrato de gestão, instrumento formal que fixa as metas, a forma de repasse de recursos financeiros, meio de monitoramento e avaliação, etc. Nesse nível as comunicações se darão entre-o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente ou Superintende Executivo do INSTITUTO CEM

2- No nível Sanitário técnico as relações são regidas pelas normas sanitárias do SUS, neste ponto estão englobados as normas da regulação assistencial de acesso da Vigilância Sanitária, dos sistemas de faturamento do SUS, etc. Nesse nível as comunicações se darão tanto pelo Secretário Estadual dê Saúde e:técnicos da SES com o Diretor Geral da- Unidade de Saúde com o Diretor Técnico e o responsável pelo Núcleo Interno de Regulação,

3- No nível Participação e Controle Social as pelas normas de Accountability em que o INSTITUTO CEM fará a prestação de contas de suas ações tanto ao Conselho de Administração quanto ao Conselho Estadual de Saúde, bem, Câmara Municipal. Neste nível as comunicações se darão entre o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente do INSTITUTO CEM, cada qual como aglutinador das demandas, ou seja, o Conselho Estadual de Saúde e a Câmara Municipal encaminharão suas demandas ao Secretário Estadual de Saúde que as repassará ao Presidente do INSTITUTO CEM, e que fará a devolutiva ao Secretário.

Em consonância com o Gestor Estadual, POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS oferecerá suporte para a disponibilização, no território, dos serviços da Atenção Ambulatorial, integrados às Linhas de Cuidado de forma contratual, com regulação efetivada por meio de Complexo Regulador.

O modelo de relacionamento da U S E com os gestores de saúde no nível estadual será, também, baseado em diversos relatórios de controles qualitativos e quantitativos das atividades assistenciais da unidade, relatórios estatísticos etc. Além disso, a equipe gestora da Policlínica apresentará, sempre que pertinente, sugestões de melhoria na unidade no aspecto de infraestrutura predial, informática, equipamentos médicos hospitalares, móveis etc.

A equipe de gestores da unidade estará sempre aberta a ouvir e pôr em prática as sugestões dos gestores municipal e estadual visando melhorar o atendimento aos usuários do SUS, promover economias nos custos ou propiciar evolução técnica assistencial.

As demandas do Conselho de Administração serão dirigidas ao Presidente do INSTITUTO CEM que as repassará ao Secretário Estadual de Saúde, a quem compete fazer as devolutivas.

2.5.14 Abrangência

A Referência da Policlínica Regional – Unidade Goiás: A área de abrangência é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde e 72 Municípios: Regiões de Saúde Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/GO/2015 e dados de estimativa populacional do IBGE (2020), o município de Goiás possui uma população de 22.381 habitantes, está inserido na Região de Saúde Rio Vermelho, com 199.734 habitantes e pertence à Macrorregião Centro-Oeste com 2.366.072 habitantes.

O quadro abaixo mostra a população dos municípios da Macrorregião Centro-Oeste, separados por Regiões, as quais serão atendidas pela Policlínica e a cobertura da atenção primária, bem como à distância de Goiás até os municípios:

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde*
Central	Abadia de Goiás	151	8.958	100,00%	**100,00%**
	Anicuns	99	21.981	100,00%	**100,00%**
	Araçu	124	3.486	100,00%	**100,00%**
	Avelinópolis	123	2.409	100,00%	**100,00%**
	Brazabrantes	117	3.746	100,00%	**100,00%**
	Campestre de Goiás	164	3.649	100,00%	**100,00%**
	Caturaí	107	5.101	100,00%	**100,00%**
	Damolândia	114	2.919	100,00%	**100,00%**
	Goiânia	143	1.536.097	59,99%	**43,69%**
	Goianira	113	44.289	100,00%	**100,00%**
	Guapó	165	14.207	100,00%	**100,00%**
	Inhumas	97	53.259	100,00%	**100,00%**
	Itaguari	69,5	4.676	100,00%	**100,00%**
	Itauçu	73,1	8.938	100,00%	**100,00%**
	Jesúpolis	104	2.490	100,00%	**100,00%**
	Nazário	117	9.206	0,00%	**0,00%**
	Nerópolis	126	29.293	100,00%	**100,00%**
	Nova Veneza	114	15.342	100,00%	**100,00%**
	Ouro Verde de Goiás	137	3.723	100,00%	**100,00%**
	Petrolina de Goiás	114	10.261	100,00%	**100,00%**

	Santa Bárbara de Goiás	132	6.634	100,00%	**100,00%**
	Santa Rosa de Goiás	93,9	2.319	100,00%	**100,00%**
	Santo Antônio de Goiás	131	6.283	100,00%	**100,00%**
	São Francisco de Goiás	119	6.264	100,00%	**100,00%**
	Taquaral de Goiás	72,5	3.529	100,00%	**100,00%**
	Trindade	136	129.823	88,52%	**83,82%**
Total – Região de Saúde Central			**1.935.887**	**94,17%**	**93,37**

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde*
Rio Vermelho	Americano do Brasil	73	6.164	56,46%	**56,46**
	Araguapaz	119	7.770	100,00%	**100,00%**
	Aruanã	174	10.110	69,87%	**69,87%**
	Britânia	187	5.797	100,00%	**100,00%**
	Faina	84,7	6.627	100,00%	**100,00%**
	Goiás	0	22.381	100,00%	**100,00%**
	Guaraíta	55,4	1.951	100,00%	**100,00%**
	Heitoraí	79	3.733	92,64%	**92,64%**
	Itaberaí	43	43.622	80,42%	**80,42%**
	Itapirapuã	58,1	4.685	100,00%	**100,00%**
	Itapuranga	89,6	26.639	100,00%	**100,00%**
	Jussara	86	18.371	100,00%	**100,00%**
	Matrinchã	114	4.336	100,00%	**100,00%**
	Mossâmedes	41,9	4.290	100,00%	**100,00%**
	Mozarlândia	162	15.870	100,00%	**88,13%**
	Nova Crixás	238	12.945	100,00%	**100,00%**
	Santa Fé de Goiás	123	4.762	63,20%	**63,20%**
Total – Região de Saúde Rio Vermelho			**199.734**	**91,92%**	**91,22%**

Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde
Oeste	Amorinópolis	205	3.069	100,00%	**100,00%**

I	Aragarças	243	20.273	68,60%	**68,60%**
	Arenópolis	243	3.011	100,00%	**100,00%**
	Baliza	320	5.138	100,00%	**100,00%**
	Bom Jardim de Goiás	276	8.841	100,00%	**100,00%**
	Diorama	185	2.479	0,00%	**0,00%**
	Fazenda Nova	122	5.637	100,00%	**100,00%**
	Iporá	182	31.499	87,53%	**87,53%**
	Israelândia	154	2.800	100,00%	**100,00%**
	Ivolândia	155	2.663	100,00%	**100,00%**
	Jaupaci	133	2.860	100,00%	**100,00%**
	Moiporá	145	1.763	100,00%	**100,00%**
	Montes Claros de Goiás	151	8.055	100,00%	**100,00%**
	Novo Brasil	113	2.913	100,00%	**100,00%**
	Palestina de Goiás	248	3.464	99,60%	**99,60%**
	Piranhas	254	10.385	100,00%	**100,00%**
Total – Região de Saúde Oeste I			**113.668**	**90,98%**	**90,98%**

Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População	Cobertura de Atenção Básica*	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde*
Oeste II	Adelândia	115	2.516	100,00%	**100,00%**
	Aurilândia	116	3.120	100,00%	**100,00%**
	Buriti de Goiás	72,8	2.476	100,00%	**100,00%**
	Cachoeira de Goiás	142	1.342	100,00%	**100,00%**
	Córrego do Ouro	94,9	2.327	100,00%	**100,00%**
	Firminópolis	108	13.449	100,00%	**100,00%**
	Palmeiras de Goiás	158	28.858	100,00%	**100,00%**
	Palminópolis	147	3.585	96,23%	**96,23%**
	Paraúna	158	10.980	100,00%	**100,00%**
	Sanclerlândia	56,1	7.632	100,00%	**100,00%**
	São João da	142	1.381	100,00%	**100,00%**

	Paraúna				
	São Luís de Montes Belos	126	34.157	100,00%	**100,00%**
	Turvânia	126	4.633	100,00%	**100,00%**
Total – Região de Saúde Oeste II			**116.783**	**99,71%**	**99,71%**

Fonte: http://www.entrecidadesdistancia.com.br/ (acesso em 13/05/2020)

A Policlínica, na sua concepção, está definida para ser uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesta concepção, a **Policlínica Regional Unidade Goiás** será uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possuirá todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Por meio da Policlínica, o Governo do Estado de Goiás promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas.

A Rede de Policlínicas Regionais será estruturada através da implantação das Unidades Especializadas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico que atenderão as Regiões de Saúde de Goiás, proporcionando atendimento acessível e resolutivo aos cidadãos do Estado.

Visam fornecer diagnóstico precoce e tratamento oportuno, melhoram o prognóstico, reduzem os custos da assistência médica hospitalar, ampliam os serviços ambulatoriais de forma regionalizada, absorvendo os serviços de maior complexidade para os quais as Unidades Básicas de Saúde não estão capacitadas.

Em regra, não possuem "porta aberta", ou seja, recebem os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual, com dia e horário agendado.

2.5.15 Acompanhamento dos Pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de

confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de Atenção Básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SAIS/SES.

Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.5.16 Perfil do Atendimento da Policlínica

Para início das atividades da unidade procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstas na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as equipes multiprofissionais e médicas, bem como o quantitativo das consultas e exames que serão ofertados.

De forma ideal, o perfil assistencial da unidade será definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde e será especificado através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e o INSTITUTO CEM**.** Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

2.5.17 A Forma de Encaminhamento

As solicitações de consultas especializadas e de serviços da Policlínica serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião que a policlínica está inserida ou de acordo com a pactuação regional. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

A marcação de consultas e de exames se dará por meio de um sistema informatizado – "*online*", facilitando o melhor agendamento de dia e horário para o

paciente. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

3.1 Introdução

De acordo com o Instrumento de Chamamento Público Nº 07/2021-SES/GO, a Unidade está localizada nas Quadras 04, 05 e 09 - Loteamento Santa Bárbara - Goiás - GO. Funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integrará a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

A Policlínica Regional – Unidade Goiás possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Dispõe de recepções, salas de espera, 26 consultórios, 16 salas para exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de material, além de salas destinadas à administração.

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada da Policlínica Regional - Unidade Goiás

Internação	Quantidade
CONSULTORIOS	26
SALAS DE EXAMES	16

De acordo com Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, qual dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Adota-se nesse regulamento técnico, RDC nº 50, uma abordagem da organização técnica do trabalho na assistência à saúde, onde apresentam-se as diversas atribuições de um estabelecimento assistencial de saúde, que acrescidas das características e especificidades locais, definem o programa físico-funcional, com conjunto das atribuições e atividades do EAS (Estabelecimento Assistencial de Saúde).

"A gestão do Fluxo do Paciente é uma forma de melhorar os serviços de saúde. A adaptação da relação entre capacidade e demanda, aumenta a segurança do paciente e é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado, no lugar certo, na hora certa, durante todo o tempo."

3.2 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)

1. Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada;
2. Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência);
3. Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação- atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);
4. Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia- atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto);
5. Prestação de serviços de apoio técnico- atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto);
6. Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa- atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;
7. Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa- atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;
8. Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

De acordo com a Resolução (RDC) Nº 50, o ambiente das EAS, é entendido, como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas e seu dimensionamento é expresso pela quantificação do tamanho do ambiente (superfície e dimensão), em função do equipamento e/ou população presentes, está relacionado à demanda pretendida, assim as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT.

Neste panorama, dimensionamos as áreas de circulação em :

Circulações Externas e Internas

1. Acessos
2. Estacionamentos
3. Circulações Horizontais

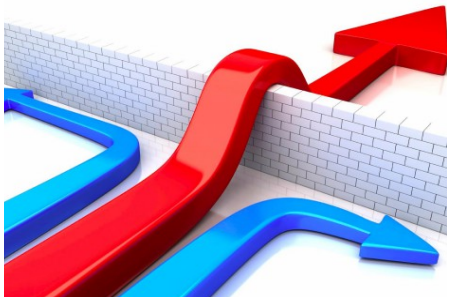
3.3 Circulações Externas e Internas

As circulações externas e internas do EAS são seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais caracterizadas a seguir e em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT, Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

3.3.1 Acessos

Os acessos do EAS estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais. A relação a ser considerada é de tipos funcionais de acessos e não de número de acessos, esta sim, via de regra, função da quantidade dos serviços prestados.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no EAS, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.



Um EAS pode agregar diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.

Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) ao EAS são:

Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante e doador;

Paciente a ser internado ambulante ou transportado e acompanhante;

Cadáver, acompanhante e visitas relacionadas a esse;

Funcionário e aluno (a distribuição por categorias é definida pela administração do EAS), vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros; e

Suprimentos e resíduos.

Os acessos de pessoas (pacientes, doadores, funcionários, alunos e público), devem possibilitar que os portadores de deficiência ambulatórial possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.

3.3.2 Estacionamentos

De acordo com os serviços prestados e população usuária do EAS, devem ser previstos locais de estacionamento para as viaturas de serviço e de passageiros,

sendo consideradas para quantificação do número de vagas as orientações dos códigos de obras municipais, ficando estabelecido para os EASs com internação situados em cidades onde o código de obras é omisso em relação a esse assunto, uma área mínima de 12,00 m2 ou uma vaga para veículo a cada quatro leitos. O estacionamento pode ser localizado em local distinto ao do prédio do EAS, conforme orientação contida no código de obras da cidade.

Junto às calçadas, os meios-fios (guias) devem ser rebaixados de modo a permitir o tráfego de cadeira de rodas ou macas.

A seguir são apresentados de modo geral os tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel, ambulância ou helicóptero;

paciente a ser internado (paciente interno);

visita ao paciente internado;

paciente externo de ambulatório;

funcionários (médicos e enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;

demais funcionários;

fornecedores, vendedores;

entrega de suprimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc.;

remoção de cadáveres; e

remoção de resíduos sólidos.

Para estacionamentos com até 100 vagas, devem existir duas vagas reservadas a deficientes ambulatórios. Estacionamentos acima de 100 vagas devem possuir 1% dessas destinados a esses deficientes, conforme norma NBR-9050 da ABNT.

3.3.3 Circulações Horizontais

As circulações horizontais adotadas no EAS devem seguir as seguintes orientações:

Corredores

Os corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral ter uma altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Os bate-macas podem ter também a função de corrimão.

Portas

Todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10 m, inclusive sanitários.

Todas as portas de acesso aos ambientes aonde forem instalados equipamentos de grande porte têm de possuir folhas ou paneis removíveis, com largura compatível com o tamanho do equipamento, permitindo assim sua saída.

3.3.4 Circulações Verticais

A circulação vertical para movimentação de pacientes em EAS deve atender aos seguintes critérios:

EAS com até dois pavimentos (inferior ou superior), incluindo térreo – fica dispensado de elevador ou rampa. Neste caso a movimentação de pacientes poderá ser feita através de escada com equipamentos portáteis ou plataforma mecânica tipo plano inclinado adaptada à escada, no caso do paciente precisar ser transportado;

EAS com até de dois pavimentos (inferior ou superior), inclusive térreo que exerça atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimento(s) diferente(s) do de acesso exterior - deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas ou rampa;

EAS com mais de dois pavimentos – deve possuir elevador ou rampa;

EAS com mais de dois pavimentos que exerça atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimento(s) diferente(s) do de acesso exterior - deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas;

EAS localizado em edificação de multiuso com mais de dois pavimentos e que exerça suas atividades em um único pavimento diferente do de acesso exterior – deve possuir elevador. O elevador pode ou não ser do tipo de transporte de pacientes em macas.

EAS localizado em edificação de multiuso com mais de dois pavimentos que desenvolva atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimentos diferentes do pavimento de acesso exterior – deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas.

EAS em edificação de multiuso com mais de dois pavimentos, que desenvolva atividades diferentes das explicitadas no item anterior e localizadas em pavimento(s) diferente(s) do pavimento de acesso exterior – deve possuir elevador. O elevador pode ou não ser do tipo de transporte de pacientes em macas.

Em todos os casos citados acima, exceto em EAS com mais de três pavimentos (incluindo térreo), as rampas podem substituir os elevadores.

São as seguintes as normas a serem seguidas nos EAS, para movimentação vertical de pacientes, demais pessoas ou materiais:

Escadas

As escadas deve obedecer aos critérios referentes ao código de obras da localidade e a outras exigências legais supervenientes, bem como às seguintes especificações adicionais:

as escadas que, por sua localização, se destinem ao uso de pacientes, têm de ter largura mínima de 1,50m e serem providas de corrimão com altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Vide norma ABNT NBR 9050, item 6.6.1;

nas unidades de internação, a distância entre a escada e a porta do quarto (ou enfermaria) mais distante não pode ultrapassar de 35,00m;

escadas destinadas ao uso exclusivo do pessoal têm de ter largura mínima de 1,20m;

As escadas de incêndio devem atender ao determinado, condições de segurança contra incêndio e as normas dos corpos de bombeiros locais.

Rampas

EAS que utilizam rampas para pacientes devem obedecer os seguintes critérios:

rampas só podem ser utilizadas como único meio de circulação vertical

quando as rampas mudarem de direção, deve haver patamares intermediários destinados a descanso e segurança. Esses patamares devem possuir largura mínima de 1,20cm;

as rampas devem ter o piso não escorregadio, corrimão e guarda-corpo;

Elevadores

Nos casos não descritos nesta resolução, é adotada como complementar as normas da ABNT NBR-14712 – Elevadores elétricos – Elevadores de carga, monta- cargas e elevadores de maca – Requisitos de segurança para projeto, fabricação e instalação e NBR NM-207 – Elevadores elétricos de passageiros - Requisitos de segurança construção e instalação e aos dispositivos legais do Ministério do Trabalho, bem como às seguintes especificações adicionais.

Monta-cargas

A instalação de monta-cargas deve obedecer à norma NBR-7192 da ABNT, bem como às seguintes especificações:

as portas dos monta-cargas devem abrir para recintos fechados e nunca diretamente para corredores; e

em cada andar o monta-cargas deve ser dotado de porta corta-fogo, automática, do tipo leve.

3.3.5 Os Principais Tipos De Fluxos

Os principais tipos de fluxos podem ser divididos em dois grandes conjuntos:

3.3.5.1 Fluxos Intrafuncionais

Paciente Externo

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, será restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas aos funcionários e pacientes internados.

Paciente Interno

Serão constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, os quais irão acessar as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

Acompanhantes

Serão constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade de Assistência à Saúde, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos.

Funcionários

Serão constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação de funcionários poderá, por vezes, ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade. Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

Insumos

Serão constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e

importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc.

Em algumas áreas da Policlínica Regional - Unidade Goiás verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e, dependendo do porte, à Central de Material Esterilizado.

Material Contaminado e Resíduos Sólidos

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde - RSS etc. O tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários, bem como todos os transportes devem ser realizados em recipientes ou carros fechados. De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imuno- deprimidos).

Cadáver

Os cuidados especiais tomados com a chamada “circulação do cadáver” se justificam, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação. Assim, será criado as condições físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até o morgue / dispensação do corpo, evitando as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações por onde passam pacientes e acompanhantes. Após a utilização das salas em que o corpo permanecerá, a higienização deverá promover limpeza terminal.

Visitantes

É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade de Assistência à Saúde para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados etc. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS terá um cuidadoso acompanhamento destes fluxos,

tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

3.3.5.2 Fluxos Intrafuncionais

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois tipos principais: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas. Por exemplo nas Lavanderias o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC-50).

3.3.5.3 ACESSOS

Boa parte dos fluxos hospitalares são determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos não pode prescindir de um cuidadoso planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento da Policlínica Regional - Unidade Goiás. Quanto maior número de acessos maior é a necessidade de controle e, consequentemente dos custos de operação devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos que varia, evidentemente, em função do porte e da complexidade da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

3.4 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento

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

Os fluxos hospitalares permanecem extremamente importantes para o bom funcionamento da unidade de Assistência à Saúde. Com o perfil da unidade, isto é, suas atribuições e dimensionamento, inicia-se uma das mais importantes etapas no processo projetual de uma unidade de Assistência à Saúde: a etapa da setorização, isto é, a análise da distribuição espacial atual das unidades funcionais e dos ambientes que constitui a Policlínica Regional - Unidade Goiás. Para a elaboração desta análise a caracterização, avaliação e organização dos fluxos hospitalares

desempenhara um papel fundamental, onde consideraremos as seguintes atribuições:

Atendimento Ambulatorial

Apoio Diagnóstico e Terapia

Apoio Técnico

Ensino e Pesquisa

Apoio Administrativo

Apoio Logístico

Em cada uma destas atribuições desenvolve-se em uma ou mais unidades funcionais da Policlínica Regional - Unidade Goiás e, mais especificamente, nos diferentes ambientes que o constitui.

A distribuição espacial das unidades funcionais e de seus respectivos ambientes, isto as posições relativas que ocupam na edificação hospitalar da Policlínica Regional - Unidade Goiás, levou-se em consideração, principalmente, a adequação dos fluxos hospitalares que delas se originam ou que para elas se dirigem.

Certamente consideramos também outros fatores que abrangem a arquitetura hospitalar e sua setorização, entre eles as características climáticas (orientação da edificação em relação a insolação e aos ventos dominantes), a topografia, a drenagem, as características do terreno, a hierarquia do sistema viário em torno do mesmo, assim como o tipo e a intensidade de ocupação das áreas vizinhas. Nenhum destes fatores, entretanto, é, a nosso ver, tão determinante para a distribuição espacial das unidades funcionais da Policlínica Regional - Unidade Goiás como os tipos de fluxos que entre elas ocorrem.

3.4.1 AREAS RESTRITAS

3.4.1.1 FLUXO DE ACESSO NAS ÁREAS INTERNAS CRÍTICAS:

São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção, embora o risco seja menor do que nas áreas críticas:

Apartamentos e Enfermarias, Isolamentos na UTI e Observação, ambulatórios,

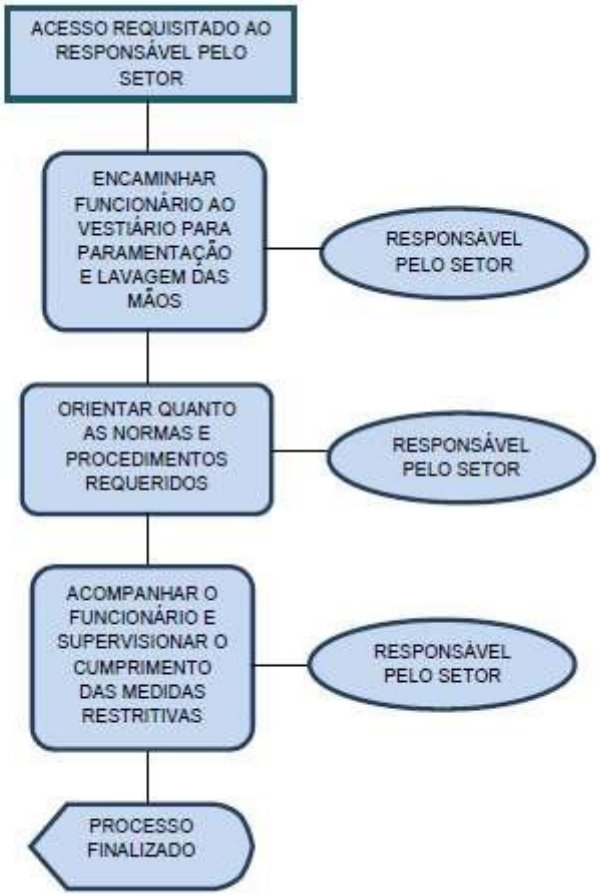
Pronto Atendimento de forma geral, salas de pequenas cirurgias, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de exames, banheiros.

São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência) e/ou maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior possibilidade de infecções.

Essas áreas são restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e a pacientes sob tratamento.

São elas: Centro Cirúrgico, Laboratórios, Agência Transfusional, Lavanderia (área suja).

PROCESSO: ACESSO DE PESSOAL EM ÁREAS RESTRITAS



CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRURGICO – FLUXO DE ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

(Centro Cirúrgico, Farmácia, Eng. Clínica, Manutenção, Nutrição)

CENTRO CIRURGICO – FLUXO DE ACESSOS DE PACIENTES

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS CENTRO CIRÚRGICO -ACESSO DE PACIENTES

CENTRO CIRÚRGICO - CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS CENTRO CIRÚRGICO - **CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS**

Profissionais da Higienização exclusivos do Centro Cirúrgico

Profissional da coleta externa ao Centro Cirúrgico com função exclusiva de coleta nas áreas assistenciais

CENTRO CIRÚRGICO - CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – ROUPA LIMPA

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS CENTRO CIRÚRGICO - **CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – Roupa Limpa**

CENTRO CIRÚRGICO - CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – ROUPA SUJA

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS CENTRO CIRÚRGICO CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – Roupa Suja

CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS – CME

CME – FLUXO DE ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

3.4.1.2 FLUXO OPERACIONAL NAS ÁREAS INTERNAS SEMI CRÍTICAS:

São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção, embora o risco seja menor do que nas áreas críticas:

Apartamentos e Enfermarias, Isolamentos na UTI e Observação, ambulatórios, Pronto Atendimento de forma geral, salas de pequenas cirurgias, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de exames, banheiros.

UTI

UTI – FLUXO DE ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS UTI – ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

UTI – FLUXO DE ACESSO DE PACIENTES

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS

FLUXO INIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS U.T.I – CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS

Profissionais da Higienização exclusivos da U.T.I.

Profissional da coleta externa à U.T.I. com função exclusiva de coleta nas áreas assistenciais

UTI - CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – ROUPA LIMPA

ISOLAMENTOS

ISOLAMENTO – ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS ISOLAMENTO – ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

ISOLAMENTO – ACESSO DE PACIENTES

FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS

PRONTO ATENDIMENTO

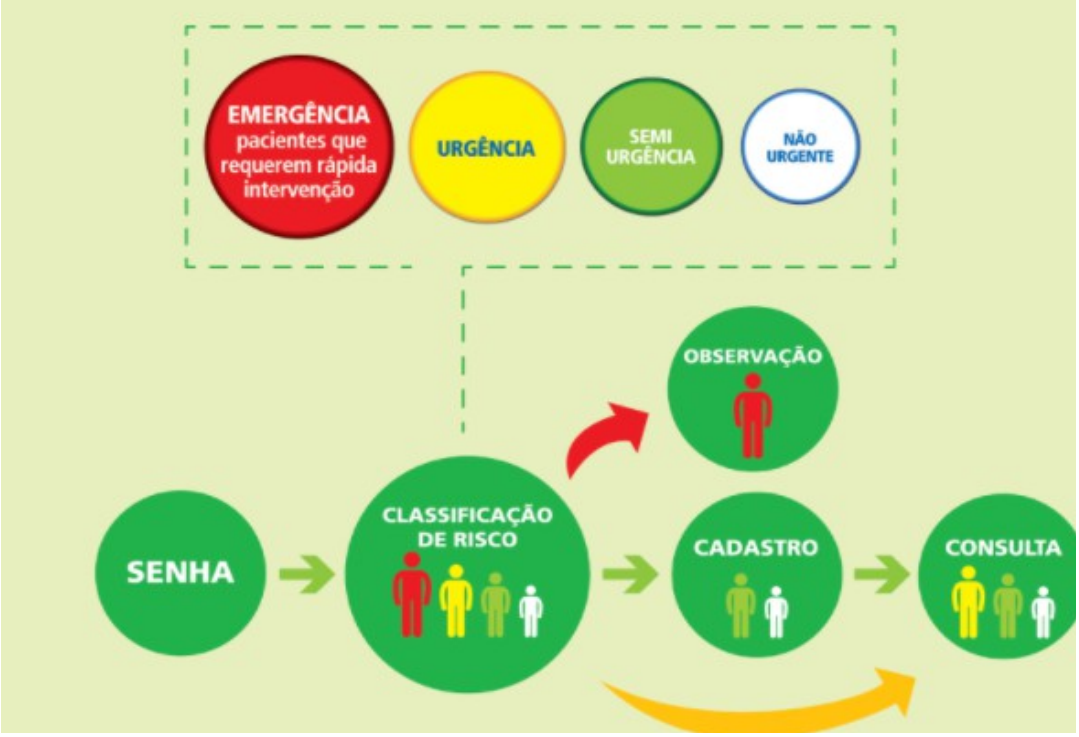
ENTRADA DO PACIENTE – PRONTO ATENDIMENTO

TRIAGEM

Todos os pacientes, ao chegarem ao Pronto-Socorro são encaminhados para a Triagem, onde são avaliados por um profissional capacitado em qualificar o risco e gravidade de cada caso. Essa etapa tem o objetivo de identificar sinais e sintomas que indicam a urgência no atendimento médico, por isso é sempre realizada no instante em que o paciente chega ao Pronto-Socorro.

ORDEM DE ATENDIMENTO

Para garantir a prioridade de atendimento aos pacientes com risco à vida, adotamos uma metodologia internacional para classificação de risco por meio do uso de pulseiras coloridas. Entenda o significado da cor de cada pulseira. É com base nela que você será atendido:



EXAMES

Durante a consulta o médico pode solicitar algum exame como apoio ao diagnóstico, para então definir o tratamento. Cada tipo de exame precisa de um tempo para ser realizado, avaliado e concluído.

ENTRADA PRONTO ATENDIMENTO – AMBULÂNCIA

1. As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência), mediante acionamento da campainha de emergência.

2. Esta campainha é acionada pelo segurança do portão de entrada quando identifica a chegada de ambulância ou carro cujo ocupante (motorista) diz tratar-se de emergência. Ao soar a campainha de emergência no corredor interno do Pronto Atendimento (dois toques consecutivos), médicos e enfermagem se direcionam à porta para receberem o paciente a critério de emergência.

3. Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade.

4. Quando a campainha soar somente uma vez (um toque) a enfermagem se direciona para a porta para receber o paciente e certificar-se que realmente não se trata de emergência. Nesta situação, o paciente é encaminhado para a triagem e a classificação da triagem e mantida.

APARTAMENTOS E ENFERMARIAS

ENFERMARIAS – FLUXO DE ACESSO DE PACIENTES

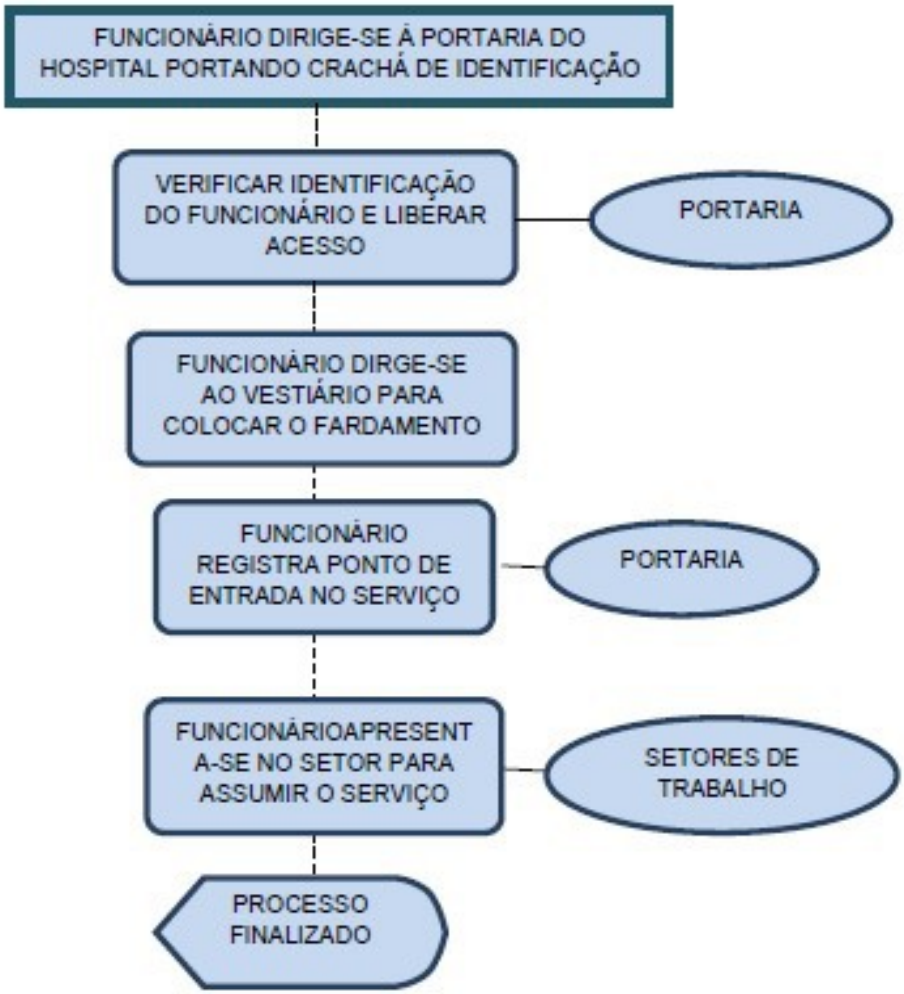
FLUXO UNIDIRECIONAL COM BARREIRA FISICA ENTRE AS ÁREAS

3.4.2 ÁREAS INTERNAS

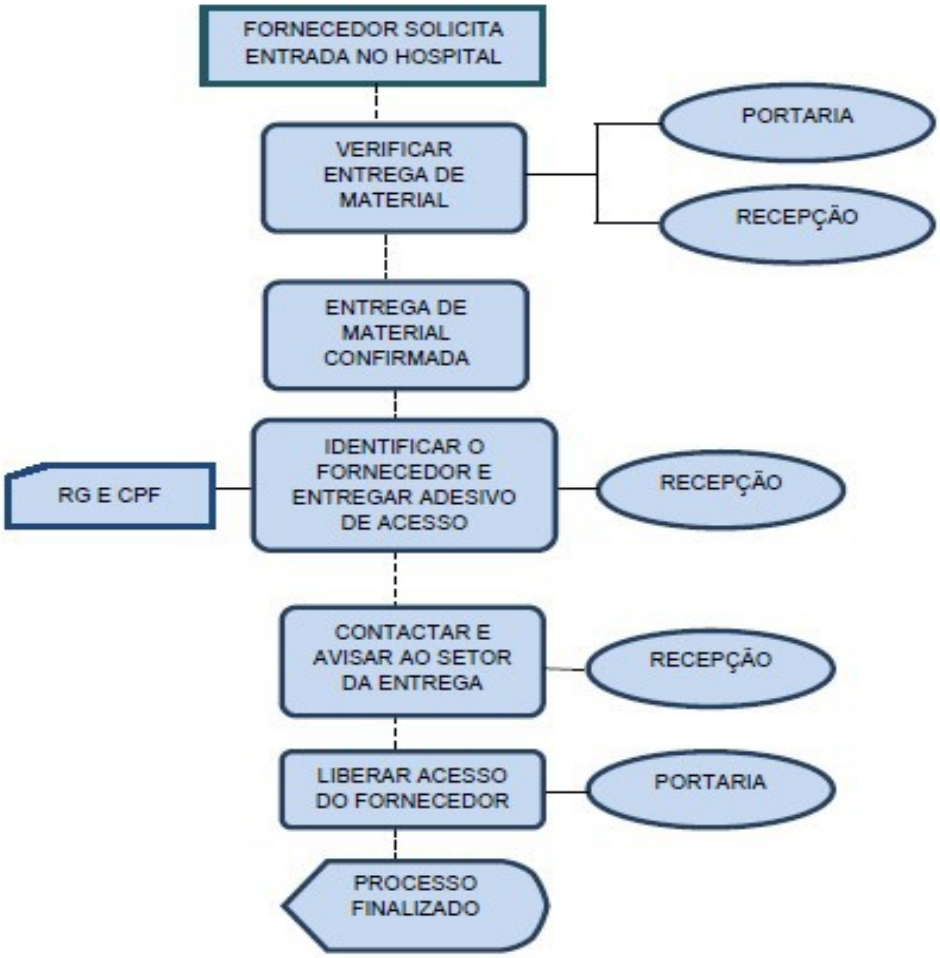
As áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, em princípio são todas as demais não listadas anteriormente. Exemplos:

Diretoria, Departamento Financeiro, Coordenação de Ensino Pesquisa, Departamento Pessoal, Recepções, Serviços de apoio como: SCIRAS, Comissão de Prontuário, etc. Setores Administrativos em geral etc.

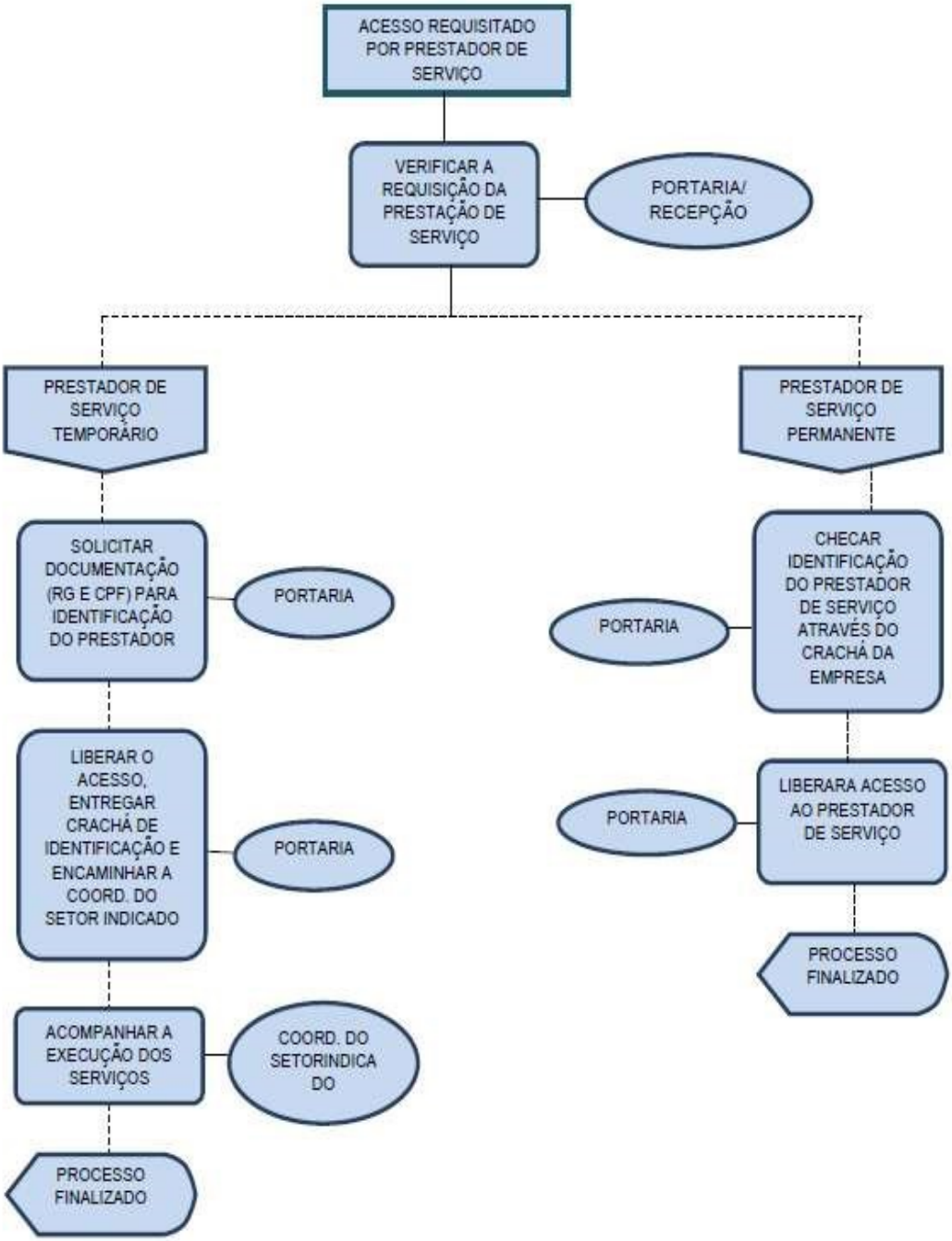
PROCESSO: ACESSO DE FUNCIONÁRIOS A UNIDADE DE SÁUDE



PROCESSO: ACESSO DE FORNECEDORES NA POLICLÍNICA



PROCESSO: ACESSO PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS NA POLICLÍNICA


ACESSO REQUISITADO POR PRESTADOR DE SERVIÇO
VERIFICAR A REQUISIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
PORTARIA/ RECEPÇÃO
PRESTADOR DE SERVIÇO TEMPORÁRIO
PRESTADOR DE SERVIÇO PERMANENTE
SOLICITAR DOCUMENTAÇÃO (RG E CPF) PARA IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR
PORTARIA
LIBERAR O ACESSO, ENTREGAR CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAR A COORD. DO SETOR INDICADO
PORTARIA
ACOMPANHAR A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS
COORD. DO SETORINDICADO
PROCESSO FINALIZADO
CHECAR IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO ATRAVÉS DO CRACHÁ DA EMPRESA
PORTARIA
LIBERARA ACESSO AO PRESTADOR DE SERVIÇO
PORTARIA
PROCESSO FINALIZADO

3.4.3 ÁREAS EXTERNAS

O fluxo de pessoas nas áreas externas da Policlínica será monitorada e orientada pelo pessoal de portaria e vigilância, com acesso via rádio e/ou telefone para a polícia local, em caso de necessidade.

Entendemos que a recepção do usuário é fase crítica no atendimento hospitalar, e assim, o critério de acolhimento do usuário será através do protocolo de Manchester.

Por isso, cabe a apresentação resumida do processo de acolhimento, o qual será detalhado oportunamente, adiante.

PORTARIA E RECEPÇÃO

PACIENTES EXTERNOS E VISITANTES

Assim, para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino final ou se orientam no espaço torna-se difícil em hospitais que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em um visitante da Policlínica Regional - Unidade Goiás

Assim, para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança.

A projeção arquitetônica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, somado ao uso adequado da sinalização e aos meios de informação verbal, através de funcionários lotados como “Conte Comigo” pode aliviar esta sensação e facilitar os deslocamentos por meio de informações claras e legíveis, distribuição de mapas, áreas de informação gerais e colocação de áreas afins próximas, evitando longos deslocamentos.

Assim a humanização da Policlínica Regional - Unidade Goiás nas áreas de circulação também irá contribuir para o bem-estar dos pacientes e visitantes, reduzindo a angústia e a inseguranças causadas pela falta de familiarização com o edifício e estado emocional alterado. O contato, mesmo que apenas visual, com o

exterior - através de aberturas e jardins ligados às circulações, também auxilia na orientação dos usuários e é um importante meio de diminuir o stress emocional destes, assim como irá se usar cores, a instalação de bancos, bebedouros e outros equipamentos, a utilização de uma iluminação agradável, a presença de locais de estar etc.

TRÂNSITO E IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

Acesso de usuários (Atendimento Ambulatorial) e funcionários (segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h): será realizada, exclusivamente, pela entrada principal de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. A recepção deverá se dar da forma mais educada, humana e cortês, conforme normas e regulamentações em vigência do INSTITUTO CEM . O local contará com vigilância diurna durante todo o horário de funcionamento, com intuito de controlar os acessos e manter a segurança .

Acesso de pacientes do ambulatório (segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h): será realizada, exclusivamente, pela segunda entrada de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local contará com vigilância diurna durante todo o horário de funcionamento, com intuito de controlar os acessos e manter a segurança .

NORMAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES

I. É proibido fumar nas dependências da Policlínica , inclusive no estacionamento;

II. É proibido usar os telefones da unidade;

III. É proibido entrar nas dependências das unidades portando medicamentos, alimentos ou bebidas;

IV. É proibido sentar na cadeira/ leito dos pacientes;

V. É vedada a entrada de aparelhos eletrônicos como notebook, tablet, radio e etc;

VI. É proibida a circulação de pacientes e acompanhantes em locais onde o paciente não está sendo atendido;

VII. É proibido o ministrar medicamentos aos pacientes na Policlínica Regional - Unidade Goiás, pois os mesmos serão oferecidos pela equipe de enfermagem;

VIII. É proibido o uso de roupas curtas, decotadas ou transparentes, pois aumenta o risco de infecção;

IX. Após as refeições, todos os utensílios devem ser entregues à copeira;

X. Após o atendimento no leito-dia todo o enxoval deverá ser entregue;

XI. Os pacientes idosos, menores de 18 anos ou incapazes terão direito a um acompanhante durante o atendimento;

Todos os pacientes e acompanhantes deverão ser orientados quanto ao descarte correto de resíduos no momento da geração .

INFORMAÇÕES PARA ACOMPANHANTES:

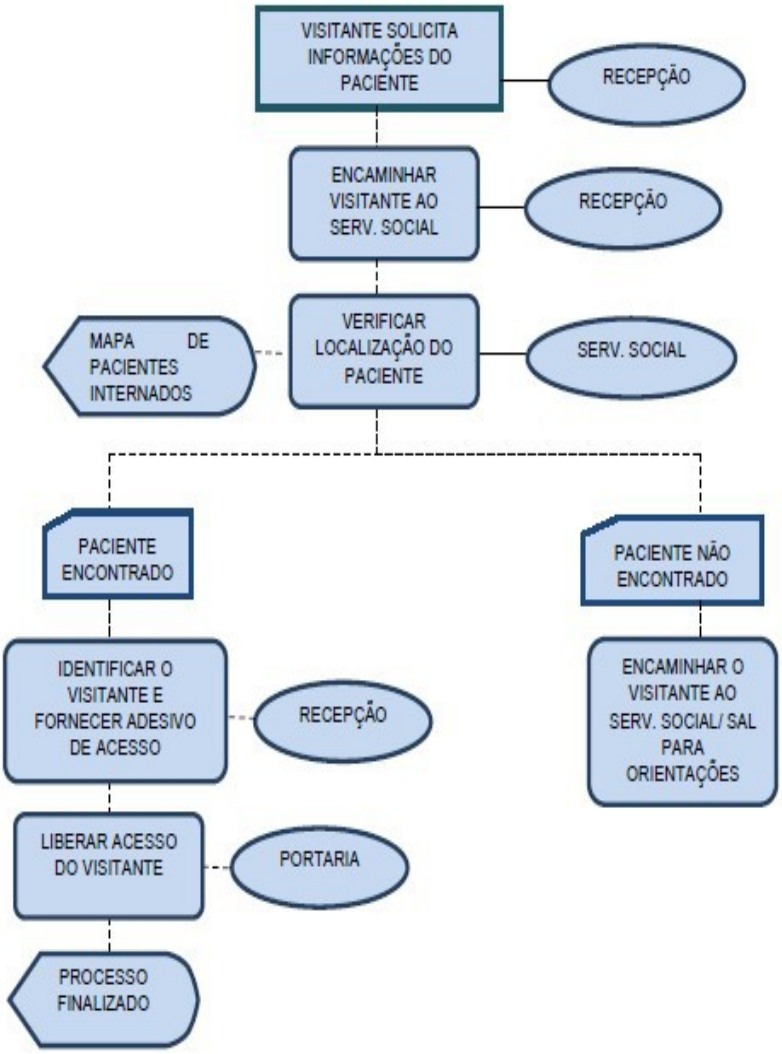
O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade .

Será permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em impresso anexo, preenchida, assinada e carimbada pelo (a) enfermeiro (a) supervisor .

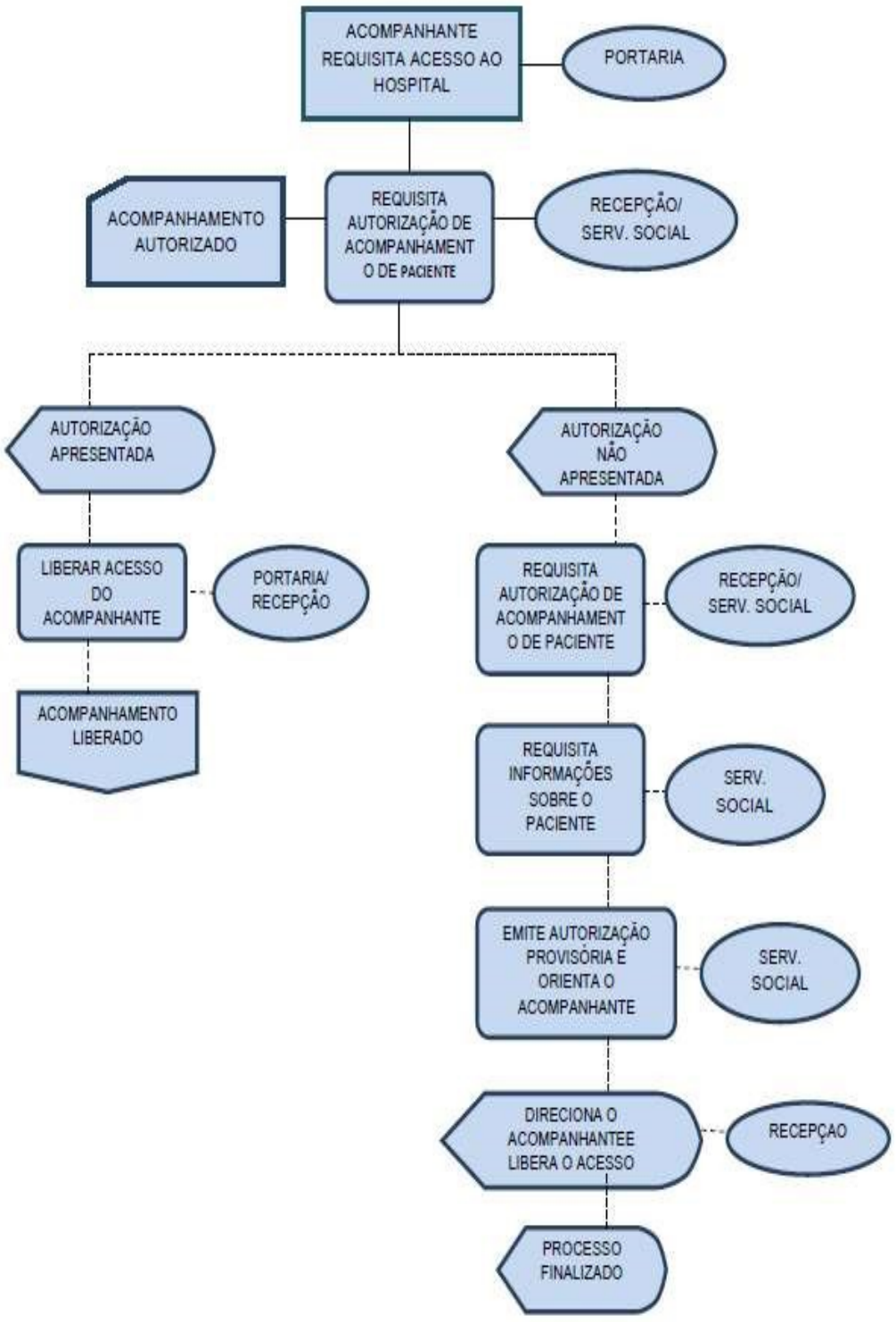
Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes .

Só é permitido acompanhante com idade a partir de dezoito (18) anos de idade e menor de 60 anos .

PROCESSO: ACESSO PARA VISITANTES NA POLICLÍNICA



PROCESSO: ACESSO PARA ACOMPANHANTES DE PACIENTES



CARGA/DESCARGA, PRESTADORES DE SERVIÇOS, FORNECEDORES E VEÍCULOS OFICIAIS:

Será realizada, exclusivamente, entrada localizada nos fundos da Unidade, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local

contará com vigilância 24h com intuito de controlar os acessos e manter a segurança .

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e profissionais que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos bem como, terem sua entrada e saída registrados em sistema informatizado de cadastro, com informações pessoais e registro fotográfico com emissão de etiqueta com código de barras e ou controle eletrônico, conforme o caso .

Serão reconhecidos como crachás – adesivos ou etiquetas autocolantes:

Acompanhante - destinado a acompanhantes de pacientes, que farão uso dos serviços prestados na Unidade;

Fornecedores - destinados a fornecedores que necessitam ter acesso às dependências da Unidade, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;

Funcionário - Crachá funcional/nominal destinado a profissionais no exercício de suas funções;

Acesso Administrativo - destinado a profissionais no exercício de suas funções fora de seu local original de trabalho ou visitas administrativas, que necessitem adentrar a Unidade por quaisquer motivos, desde que previamente autorizados e identificados na recepção principal;

Prestador de Serviço - destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações, desde que autorizados e identificados na portaria principal;

A entrega de crachá e ou adesivos/etiquetas autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade, de onde serão extraídos os dados pessoais do mesmo. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, acima da cintura, em local de fácil visualização.

As visitas administrativas também deverão ser identificadas junto ao setor destino e ter a entrada registrada em livro próprio, ata ou controle eletrônico. Nos casos em que a visita administrativa não estiver portando o crachá ou outro documento que o identifique, a Recepção Principal deverá verificar junto a Direção e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

Os funcionários das empresas terceirizadas, como os de limpeza, manutenção e de vigilância, no exercício de suas funções dentro das instalações da Unidade também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações em livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída.

O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade ou direção receptora .

A critério do INSTITUTO CEM poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores, promocionistas, agenciadores e pedintes. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art. 17, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1.990.

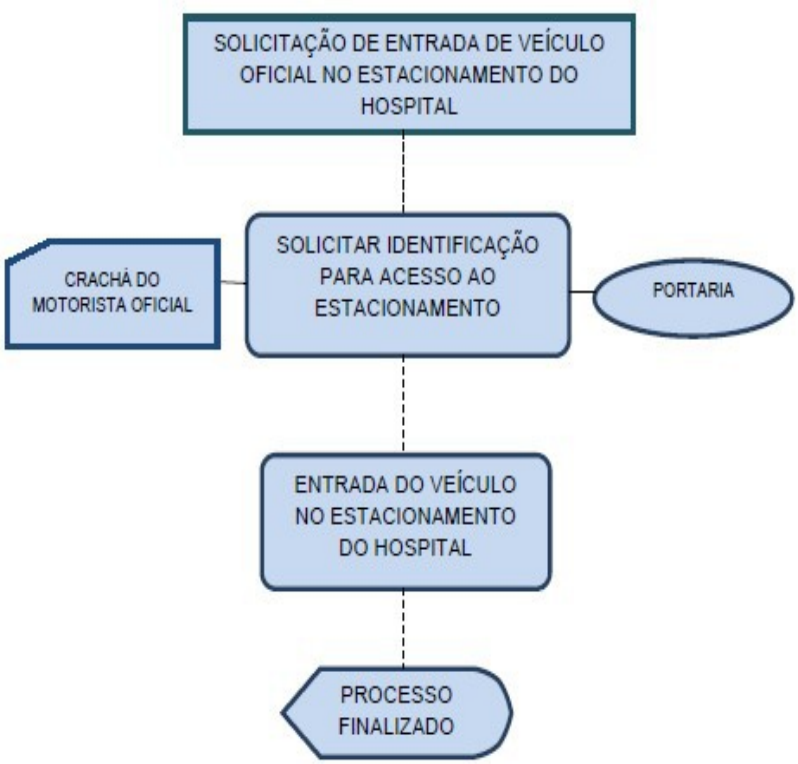
Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços alcoolizados.

TRÂNSITO DE VOLUMES E BENS MÓVEIS

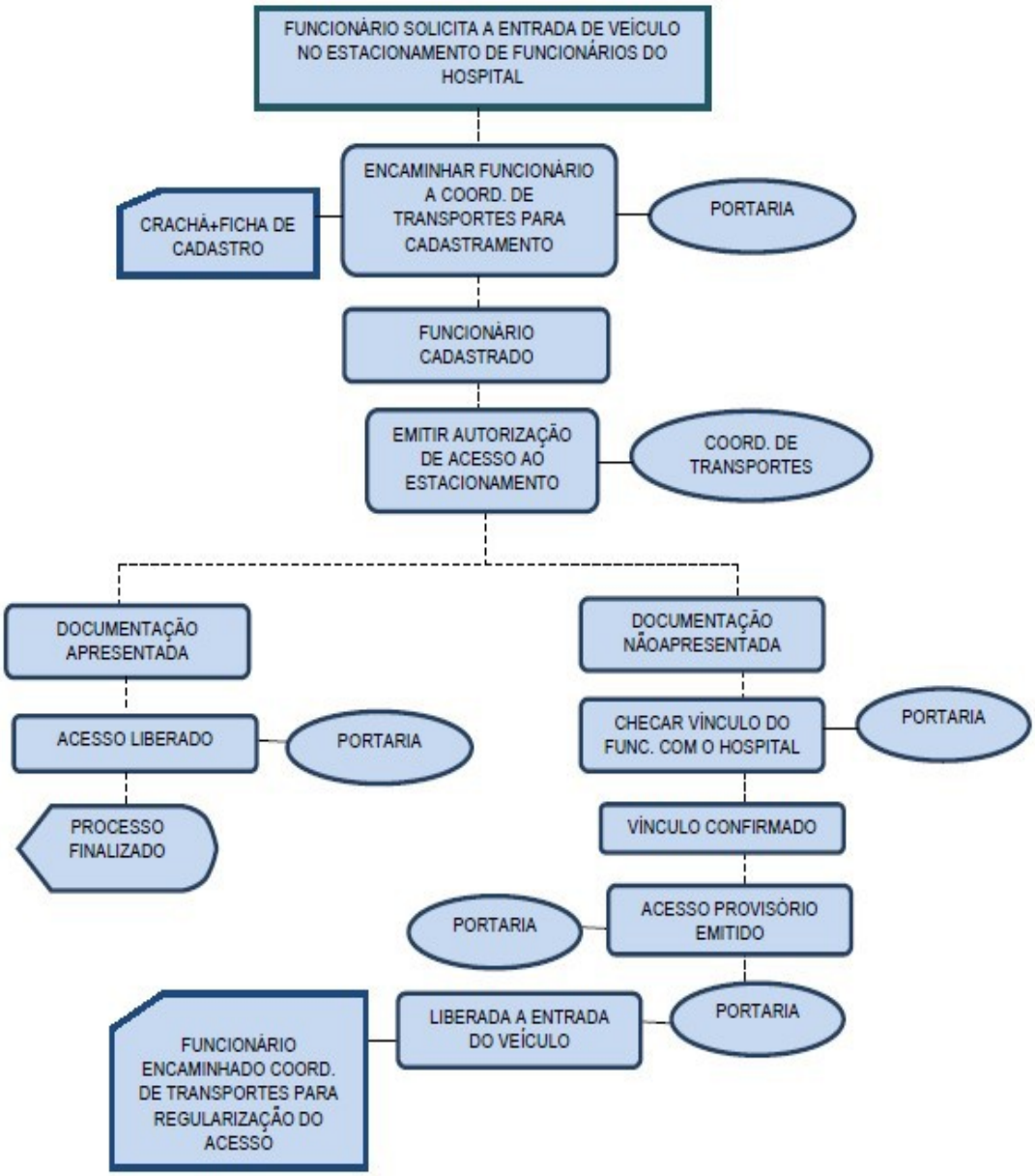
A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado pelo INSTITUTO CEM, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da Autorização de Saída de Material, que será sempre emitida, em duas vias, ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada. Essa via deve ser apresentada na Portaria de Carga/Descarga para a saída mercadoria. A mesma deve ser devolvida no ato da devolução da mercadoria .

Referência: Tal medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço, etc .

PROCESSO: ACESSO DE VEÍCULOS OFICIAIS A UNIDADE DE SAÚDE



PROCESSO: ACESSO AO ESTACIONAMENTO DE FUNCIONÁRIO



VIGILÂNCIA E SEGURANÇA PATRIMONIAL

Haverá plena fiscalização das equipes de vigilância, devendo as mesmas ser executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente, em pontos estratégicos da Unidade, visando garantir a segurança dos usuários, profissionais e patrimônio:

Recepção principal – 12x36 diurno desarmado

Carga/Descarga e Estacionamento interno - 12x36 diurno e noturno armado

Porteiro de área externa para controle de acessos ao estacionamento externo – diurno - Vigilante ronda (destinado a rondas diurnas e noturnas em toda Unidade) - 12x36 diurno e noturno armado.

Os profissionais Vigilância e Segurança Patrimonial e Portaria terão dentre os critérios exigidos, possuir curso de brigadista devidamente comprovado, para que possua capacidade técnica para atuar em situações de emergência, tais como, catástrofes, incêndios e etc .

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança dos prédios (Sede e Unidades), notadamente explosivos e inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem mau cheiro e impacto ambiental, salvo quando houver instalações apropriadas para tal e com pleno consentimento / deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à gestão dos resíduos de saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho .

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas e com prévio consentimento do setor de Material e Patrimônio do INSTITUTO CEM .

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao Serviço de Vigilância, à Supervisão de Logística e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA .

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição .

O responsável pela Unidade / Posto e consequentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar o caso à delegacia de polícia mais próxima, bem como registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato;

Cientes do fato, o INSTITUTO CEM adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de serviço de vigilância .

Concluída a sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, sujeitar-se-á o envolvido a uma das seguintes opções:

Arcar com as despesas da recuperação do material;

Substituir o material por outro com as mesmas características;

Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado .

O INSTITUTO CEM não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa .

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado a tal da a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações da unidade, sendo os casos omissos resolvidos, em conjunto, pelas Diretorias do INSTITUTO CEM e pela direção da unidade .

CIRCUITO INTERNO DE TV E MONITORAMENTO

Conforme proposta de implementação das normas de circulação de pessoas na Unidade e, tendo em vista a peculiaridade dos serviços prestados, a segurança da população, bem como a do patrimônio, demandam por ferramentas que proporcionam ações ágeis e eficazes .

Não são raros os casos noticiados de incidentes, furtos, roubos, desvios de conduta / infringência da lei e ações de vandalismo que são propiciados nos ambientes de grande fluxo de pessoas, como é o caso de uma Unidade de Saúde que presta serviços à população .

Neste contexto, para gestão plena da Policlínica Regional - Unidade Goiás propomos a criação de um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV - CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa (arredores) da Unidade .

O sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança da Unidade, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/funcionários, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e

imediações do prédio, na forma da legislação vigente. Além da segurança real, estas ferramentas aumentarão a sensação de segurança das pessoas que fazem uso da estrutura da Unidade .

Todas as imagens serão monitoradas em tempo real através da implantação de uma Sala de Monitoramento equipada com monitores de LCD, que transmitirão as informações para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta / providências cabíveis .

O monitoramento também poderá ser realizado à distância por setores / pessoas previamente autorizadas, que poderão tomar providências imediatas e eficazes para resolução dos problemas sem, contudo, dispensar a atenção dos gestores alocados no prédio da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

A instalação do circuito obedecerá à legislação vigente, na qual dispõe sobre a colocação de placas informativas, conforme modelo abaixo. Estas placas de aviso serão instaladas nos locais monitorados e informarão sobre o circuito de câmeras, proporcionando embasamento jurídico/legal, bem como ampliando a sensação de segurança para as pessoas/funcionários .

Tais medidas proporcionarão efetivas ações de segurança e darão aos Gestores a oportunidade de monitorar, em tempo real, toda a situação e o andamento dos trabalhos realizados na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

3.4.3.1 FLUXO DE ENTRADA DO PACIENTE

FLUXO DE ACESSO DA ENTRADA DO PACIENTE

O paciente chega aa Policlínica Regional - Unidade Goiás e dirige-se à recepção;

O Auxiliar Administrativo da recepção preenche o cadastro dos dados do paciente no sistema, imprime o documento, entrega ao paciente/acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento;

Após acolhimento paciente será direcionado de acordo com Classificação de risco, e caso seja demanda de atendimento ambulatorial ele é encaminhado para consultório médico

Nota 01: Os pacientes com dificuldade e locomoção serão encaminhados ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro do mesmo.

O enfermeiro preenche o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco);

PROCESSO: ACOLHIMENTO /CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é baseada:

Situação/Queixa/ Duração (QPD);

Breve histórico(relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);

Uso de medicações;Verificação de sinais vitais;

Exame físico sumário: sinais objetivos;

Verificação da glicemia e eletrocardiograma (se necessário).

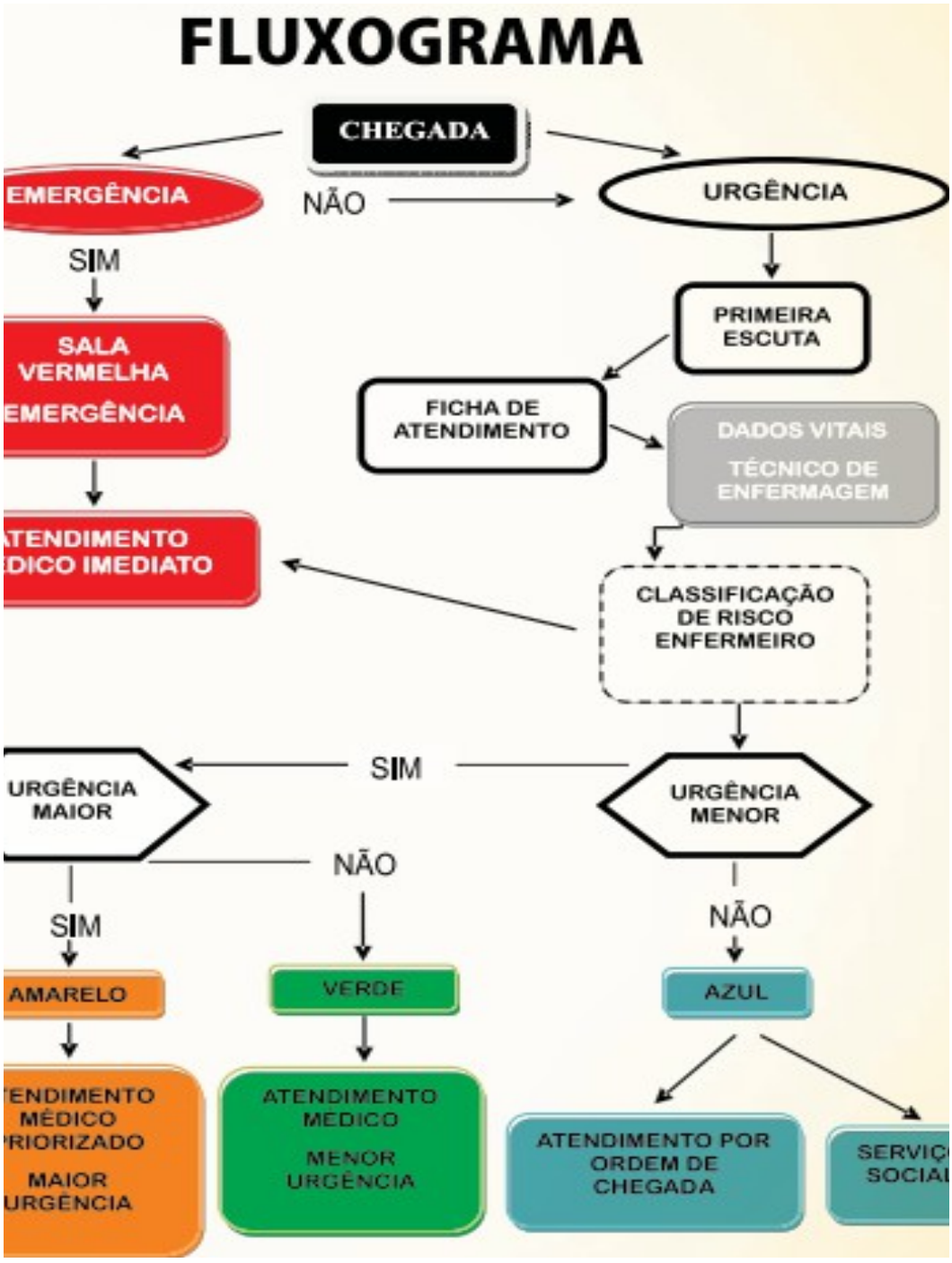
Classificação de risco do paciente conforme o protocolo de Manchester:

VERMELHO: prioridade zero – emergência - necessita de atendimento imediato.

AMARELO: prioridade 1 – urgência - atendimento em no máximo 15 minutos.

VERDE: prioridade 2 - prioridade não urgente - atendimento em até 30 minutos.

AZUL: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada. A espera pode ser de até 3 horas.



ENTRADA DE PACIENTE COM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Nota 02: O paciente com atendimento pré-hospitalar fixo ou móvel (SAMU, outras Instituições de Saúde etc.), poderá ser encaminhado, conforme avaliação médica/paramédica, sem necessidade de passar pelo Acolhimento.

O enfermeiro encaminha os pacientes de acordo com o grau de necessidade e tempo terapêutico: Área Vermelha, Área Azul (pacientes de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Neurologia, Cardiologia etc.);

O médico registra o histórico da doença;

O médico registra a hipótese diagnóstica;

O médico solicita exames quando necessário;

O médico estabelece a conduta médica;

O enfermeiro evolui o paciente, cronograma as medicações e presta cuidados de enfermagem;

O médico reavalia o paciente e, se for o caso, concede alta.

ENTRADA DE PACIENTE ESTABILIZADOS ÁREA VERMELHA – PRONTO SOCORRO

Nota 03: Os pacientes estabilizados na área vermelha necessitam de suporte intensivo médico e de enfermagem e, portanto, serão encaminhados para a Área Amarela até a transferência para a UTI ou Centro Cirúrgico.

Nota 04: os pacientes que já foram acolhidos na área azul, e necessitam de observação por um período superior a 12 horas são encaminhados para a Área Verde.

ENCAMINHAMENTOS POSSÍVEIS DO PACIENTE:

1. Liberação com prescrição e orientação.
2. Observação: até 24 horas unidade de emergência/urgência.
3. Internação.

A política e a estrutura de Acolhimento do usuário será detalhada mais adiante.

3.5 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos

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

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos da Policlínica Regional - Unidade Goiás, a referência adotada estará em consonância com a ISO 9001/2015, no que tange ao controle de informação documentada.

3.5.1 Registro dos usuários:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento, ambulatorial, e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

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

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

3.5.1.1 Registro do Atendimento na recepção do Acolhimento ou Recepção Geral:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada na Policlínica através do nome ou sobrenome;

3º passo: Feito à pesquisa constatou que o paciente nunca deu entrada, proceder a internação;

4º passo: Preencher os campos obrigatórios;

5º passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, colocar pelo menos um telefone para contato;

6º passo: Colocar o médico, origem, convênio, plano, tipo de atendimento, local de procedência, destino (sempre a sala de emergência no caso do Acolhimento), tipo de paciente, serviço (especialidade), procedimento ambulatorial, CBO e a escrever as observações do atendimento;

7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

3.5.1.2 Saídas de Documentos do Sistema Computacional para outros setores.

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: escolher para onde o prontuário vai ser destinado.

3º passo: digitar nome do solicitante

4º passo: digitar o motivo que o prontuário para qual está sendo destinado

5º passo: imprimir relatório.

3.5.1.3 Arquivo de Prontuários dos Pacientes

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção Técnica, Administrativa ou Geral.

3.5.1.4 Normas para Arquivo de Documento de Usuários Arquivo dos Prontuários:

Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;

Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.

Arquivar todos em ordem alfabética;

Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;

Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

3.5.1.5 Arquivo dos prontuários de óbitos:

Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;

Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética

Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;

Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;

Utilizar uma caixa arquivo que poderá ser de poli onda, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;

A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;

Na caixa arquivo poderão ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

3.5.1.6 Localizando os prontuários:

Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado. Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.

Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes

Homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.

3.5.2 Arquivo De Documentos Administrativos

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

3.5.2.1 Documentos recebidos de Origem Externa:

No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o

sistema de Registro de Protocolo Geral. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificando o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados:

Data Recebimento;

Destinatário;

Remetente;

Data de Entrega e Assinatura do Recebedor.

3.5.2.2 Documentos recebidos de Origem Interna:

Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade

devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

DOCUMENTOS DE PACIENTES:

Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de Saúde. Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na instituição.

DOCUMENTOS ASSISTENCIAIS:

As informações para o funcionamento dos processos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME serão providas por diversos setores da unidade, entre eles:

Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o sistema paciente de informações sobre os usuários de nossos serviços;

Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;

Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;

Profissionais de saúde: através das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em Prescrições,

f) Serviços especializados (Posto de coleta, Farmácia, Nutrição, etc.): através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

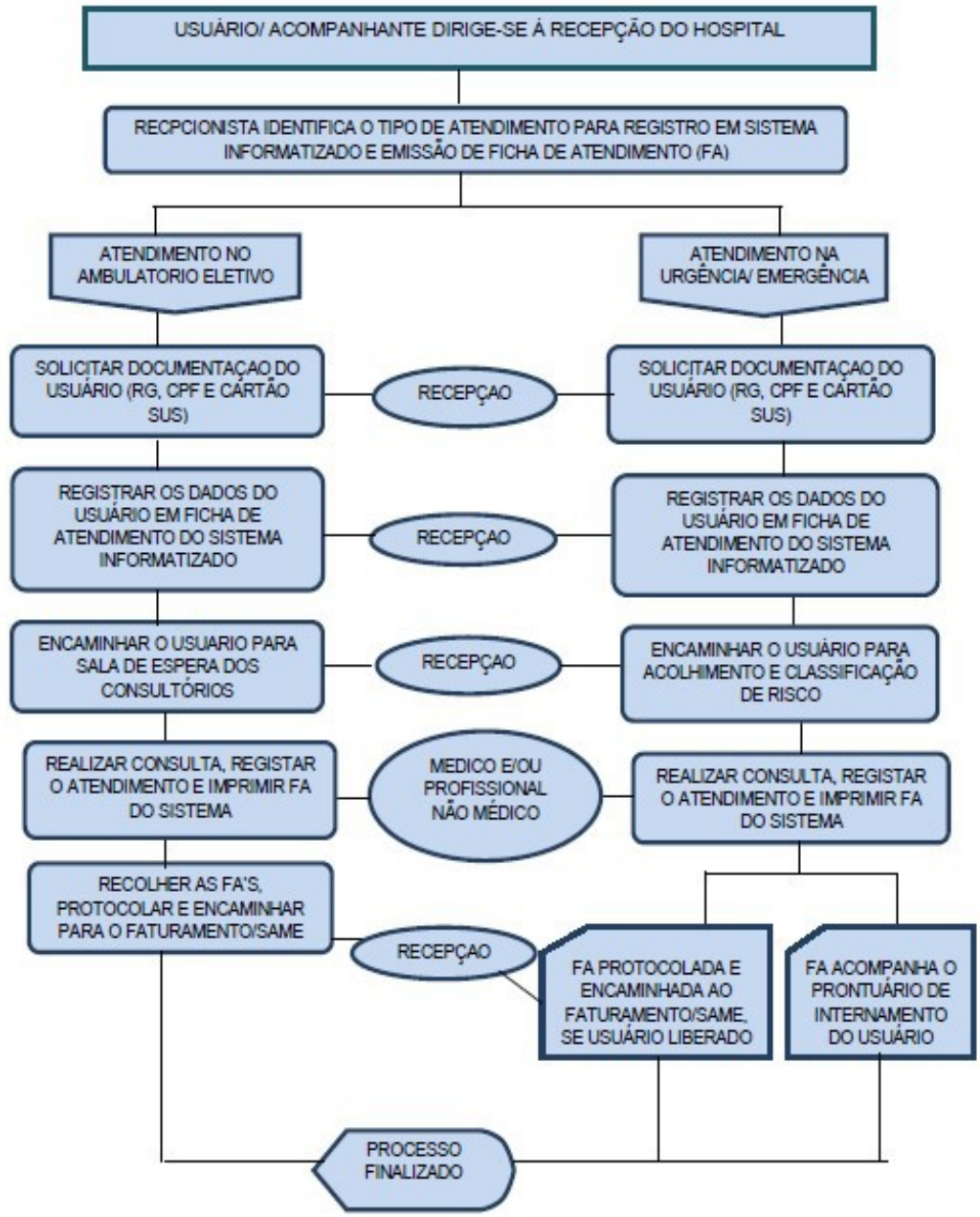
O FLUXO DE DOCUMENTOS NO AMBULATÓRIO SEGUIRÁ A SEGUINTE ROTINA:

O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.

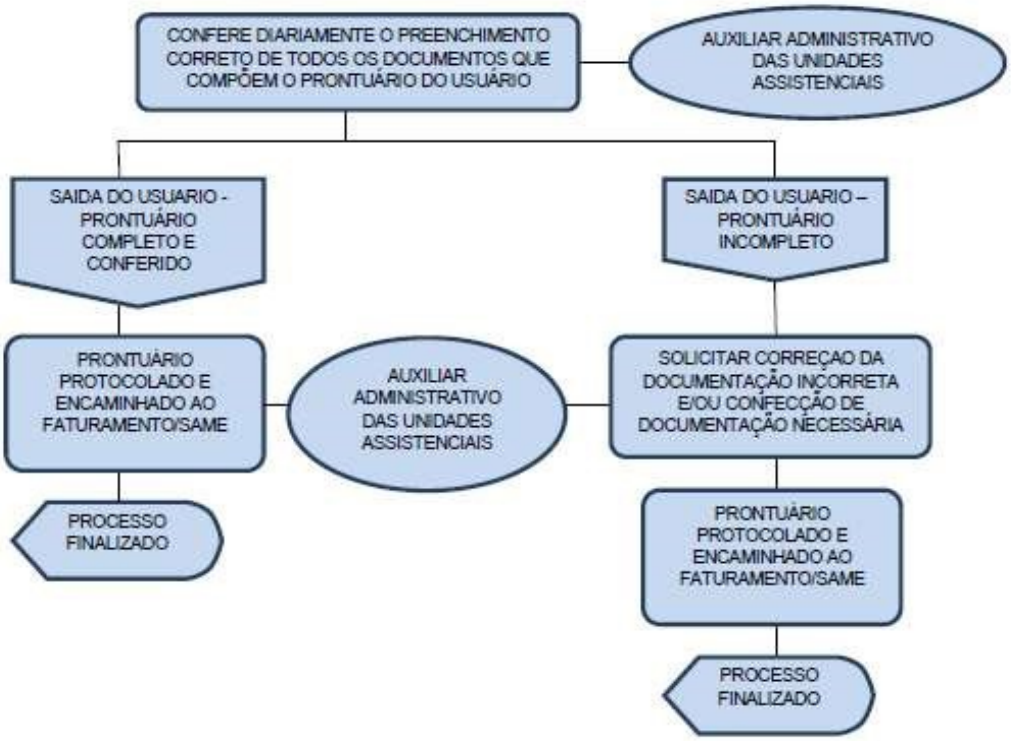
Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Quando um prontuário for retirado das prateleiras será colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhada.

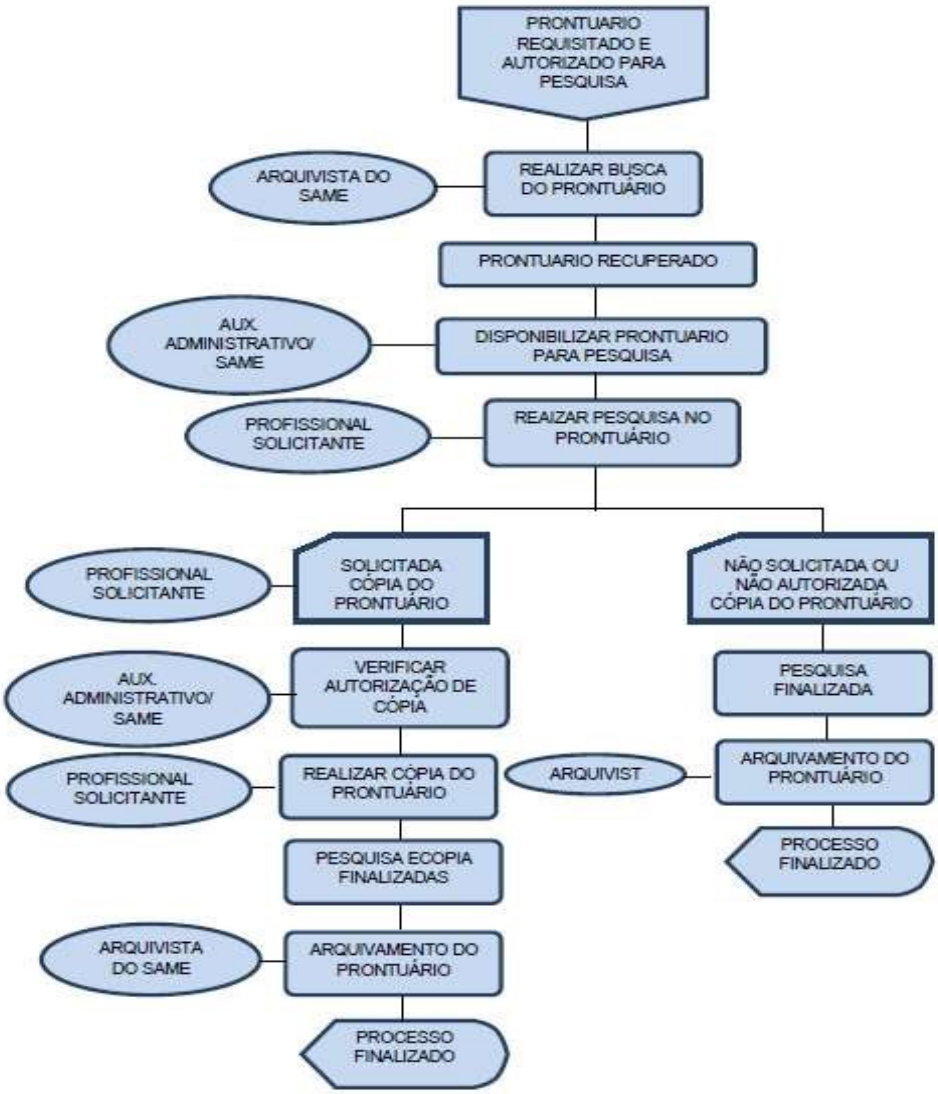
PROCESSO: EMISSÃO DE FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO



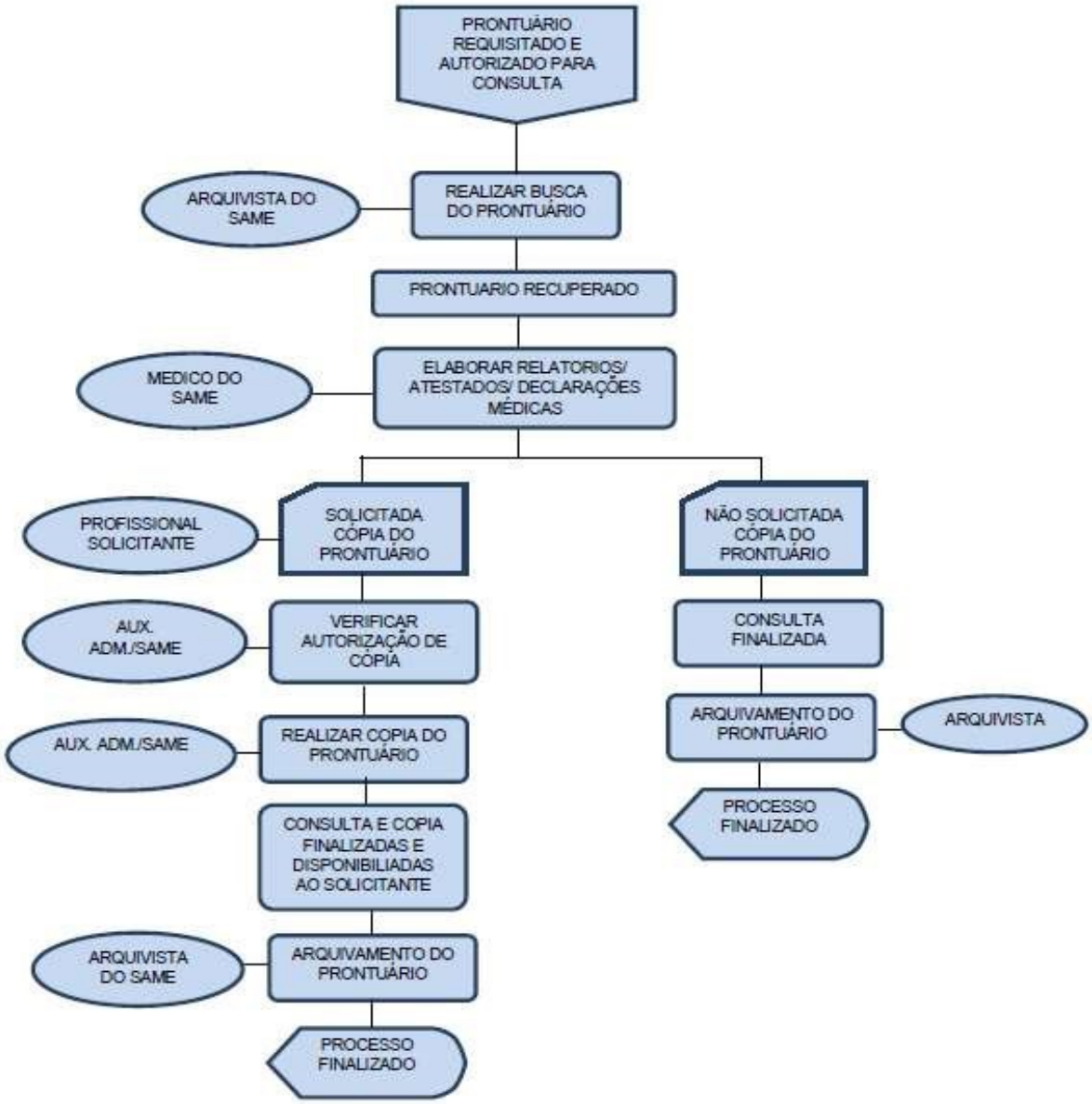
PROCESSO: ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO



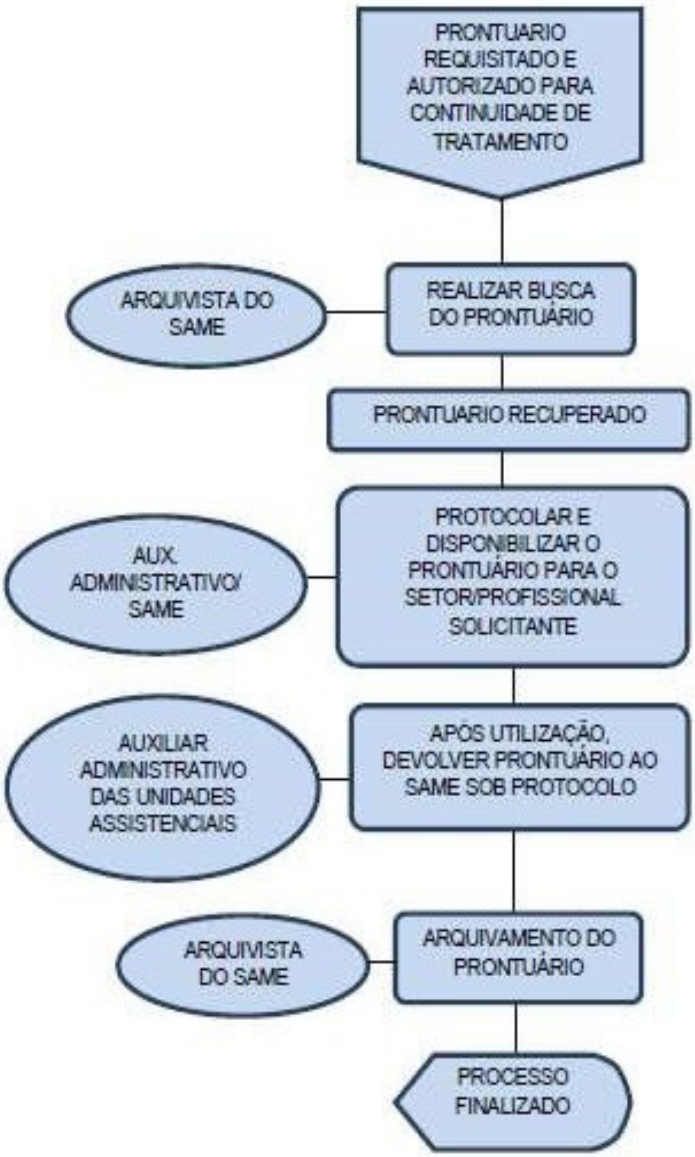
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA PESQUISAS



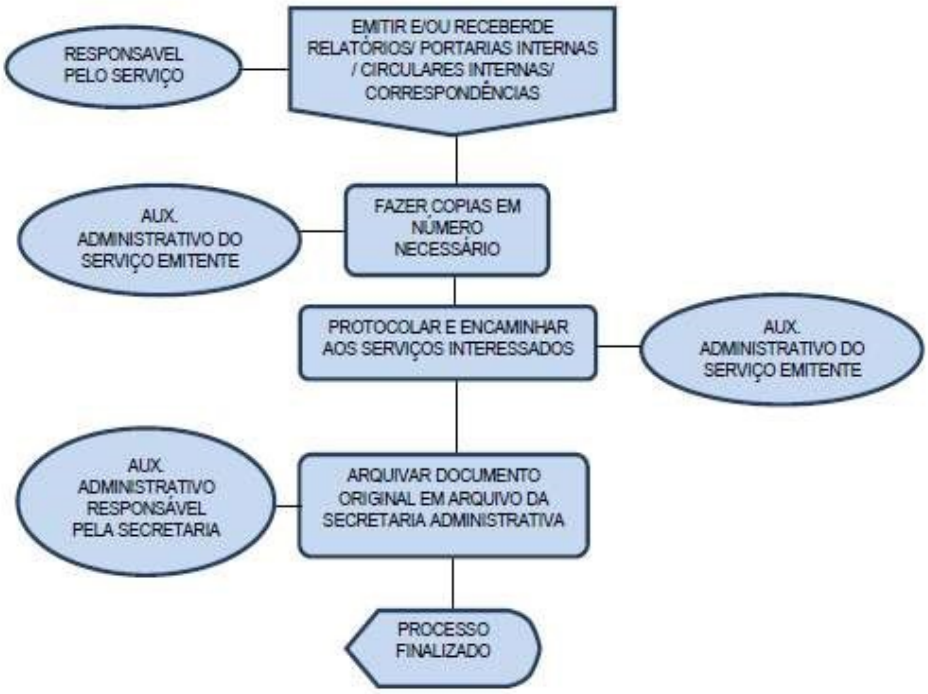
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA FINS JURÍDICOS



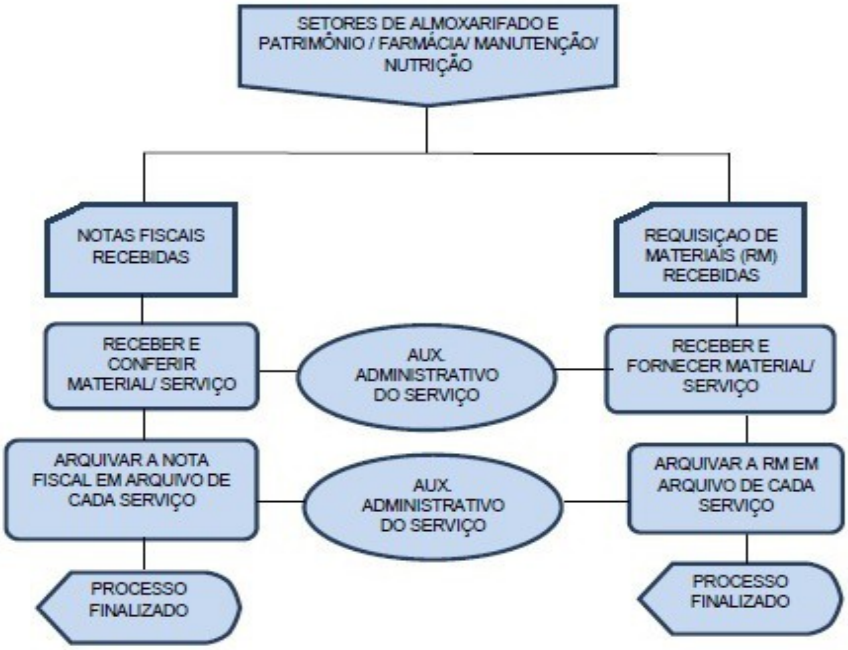
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS



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



AMBULATÓRIOS

O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.

Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Quando um prontuário é retirado das prateleiras é colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhado.

INTERNAÇÃO

Durante o atendimento no Serviço de Emergência e quando indicado internamento, a Central de Internação da Policlínica deverá proceder a abertura do Prontuário.

O prontuário pode tramitar por vários setores até o fim do tratamento do paciente, quando então é enviado para o setor de fatura, que irá levantar os gastos do tratamento e o devolverá ao arquivo.

Os profissionais da equipe de saúde que necessitarem consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita na própria unidade e fica proibida a circulação do prontuário fora da Policlínica. No caso do atendimento do usuário nos serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

COMPOSIÇÃO E PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO

FICHA DE INTERNAÇÃO

É preenchida de acordo com as informações colhidas com o paciente e/ou acompanhante. Deverá ser apresentado documento de identificação do paciente e Cartão de Matrícula e Freqüência do mesmo.

ANAMNESE MÉDICA

A mesma pode ser feita na Folha de Evolução Médica ou em impresso específico com dados do exame físico completo, sinais vitais, sinais e sintomas da enfermidade atual, história pregressa do paciente, antecedentes familiares, hipótese diagnóstica e outras informações que o médico julgar necessárias.

FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA

A mesma deverá ser, no mínimo, diária e legível. Deve apresentar o estado atual do paciente (evolução ou involução), relatório de procedimentos cirúrgicos e outros.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Deve ser no mínimo, diária. Os itens devem ser escritos diariamente, indicando:

- Nome do medicamento.

- Apresentação.

- Dosagem.

- Via de administração.

- Posologia.

A prescrição médica deve conter o nome do paciente, nº de registro, data e assinatura do médico que a realizou.

A enfermeira, responsável pela unidade de internação, deverá fazer no impresso de prescrição médica o aprazamento (horários da medicação), diariamente.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Durante o tempo em que o paciente permanecer internado, o médico deverá definir o seu diagnóstico (diagnóstico definitivo) e registra - lo no prontuário.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

É o processo de coleta de dados que subsidia a análise do estado de saúde de um paciente. A coleta de dados de enfermagem é a avaliação de sinais e sintomas físicos do paciente, da história médica, social e cultural e de fatores físicos e psicológicos do ambiente. O enfermeiro deverá preencher este impresso na admissão

do paciente na unidade.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É um julgamento das reações de um individuo, família ou comunidade à problemas reais ou potenciais de saúde ou processo da vida. A formulação do diagnóstico de enfermagem é baseada na identificação das necessidades do paciente, uma vez que os dados contidos no histórico começam a revelar os problemas de enfermagem.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

A prescrição de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem em que o profissional decide de que forma serão implementadas as condutas, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade, bem como consiste na implementação do plano assistencial.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

É o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente.

A fonte primária de dados para compor uma evolução de enfermagem é o paciente, todavia, a enfermeira também deve entrevistar os familiares, pois o registro e relato no processo de admissão são de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de internamento do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e COREN.

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

A finalidade da anotação de enfermagem é, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas. Deve conter o COREN do enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem que efetuou o registro.

RELATÓRIO DE ALTA

- O mesmo é preenchido no momento da alta do paciente. Deverá conter: a identificação do paciente, nº de registro, data de admissão e alta, história da admissão, diagnóstico definitivo, resultados dos exames laboratoriais e outros, condições de alta, data e assinatura do médico responsável.

Observações

- Casos cirúrgicos: além dos impressos normais, o prontuário deverá conter: ficha operatória, débito do centro cirúrgico e ficha de anestesia.

- Exames complementares: todos os resultados dos exames solicitados deverão estar anexados ao prontuário.

Registro Clínico Social: este deverá ser feito antes da admissão do paciente, onde são

coletadas informações do paciente e do responsável pelo mesmo e em especial número da identidade e residência com ponto de referência

3.5.2.3 Fluxo Para Registro Do Same

As informações para o SAME são providas por diversos setores da Policlínica:

Informática: através do SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;

Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;

Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;

Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;

Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários,visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;

Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos

3.6 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/ roupas

3.6.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados

A Central de Material e Esterilização — CME, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos, sendo que todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

Fluxograma 01: Fluxo unidirecional da CME

EXPURGO ÁREA SUJA	PREPARO DE MATERIAL E CARGA DA AUTOCLAVE ÁREA LIMPA	RETIRADA DE MATERIAL DA AUTOCLAVE E GUARDA DO MATERIAL ESTÉRIL ÁREA ESTÉRIL

Fluxograma 02: Fluxo unidirecional dos artigos na CME

O fluxo de um CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como impedir que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril.

Finalidades

Preparar, esterilizar e distribuir todo o material da Policlínica que requeira esse procedimento;

Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem;

Aplicar os testes de esterilização em cada lote;

Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;

Levantar mensalmente estatística do serviço realizado;

Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;

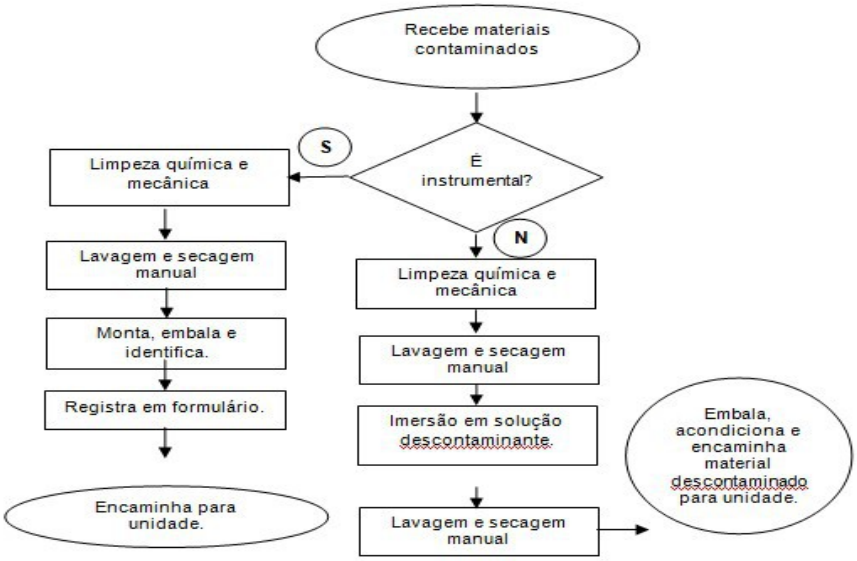
Identificar o instrumental com as iniciais da Policlínica ;

Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME da Policlínica ;

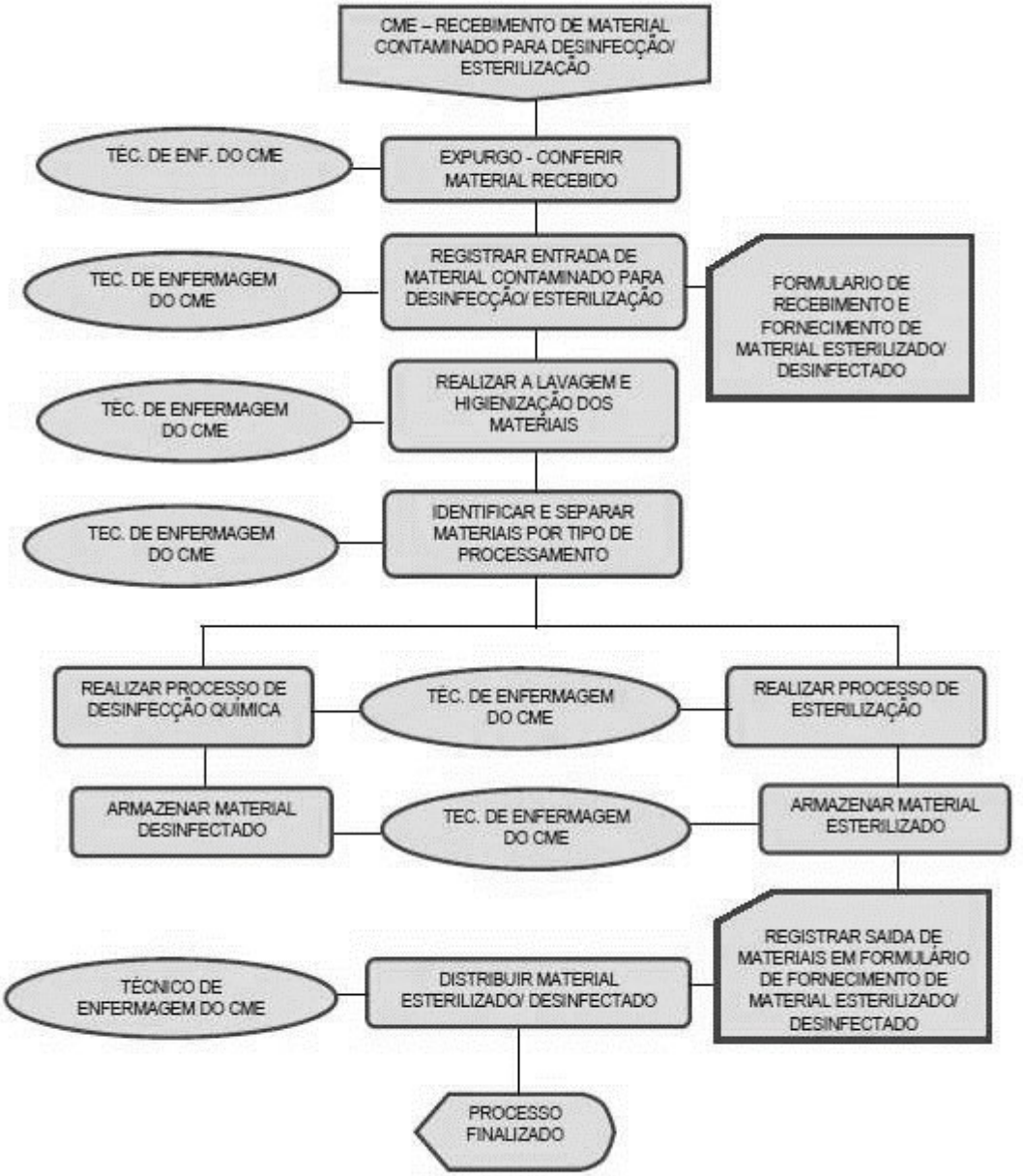
Elaborar e colocar em prática um Manual de Organização específico para o Serviço.

Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

Fluxo da CME:


Recebe materiais contaminados
É instrumental?
S
N
Limpeza química e mecânica
Lavagem e secagem manual
Monta, embala e identifica.
Registra em formulário.
Encaminha para unidade.
Limpeza química e mecânica
Lavagem e secagem manual
Imersão em solução descontaminante.
Lavagem e secagem manual
Embala, acondiciona e encaminha material descontaminado para unidade.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS



O controle de processos para esterilização adequada de materiais Hospitalar e ambulatorial deverá ser garantido por meio da implantação de fluxo unidirecional para materiais no setor de Central de Material e Esterilização – CME da Policlínica Regional - Unidade Goiás, cumprindo as orientações e exigências para o funcionamento desse setor, que representará um elo entre todas as áreas de atendimento no serviço.

Com o funcionamento desse fluxo será propiciado o não cruzamento de área suja com área limpa, evitando assim que os materiais estéreis se misturem com os não

estéreis. O fluxo deve ser obrigatoriamente unidirecional, ou seja, não deve haver cruzamento de área suja com área limpa.

A CME funcionará 12 horas por dia para atender às necessidades da Policlínica . O material deverá ser encaminhado para o Centro Cirúrgico às 06:00 horas e às 12:00 horas, em carro fechado de material lavável, por funcionário da central, utilizando protocolo de entrega. Posterior ao uso, o Centro Cirúrgico deverá devolver o material sujo, separado por caixas, conferido e protocolado para entrega no CME.

O material estéril utilizado nas unidades de internamento será entregue nos seguintes horários: 7:00 horas às 9:00 horas, 14:00 horas às 16:00 horas, devendo os funcionários estarem munidos com protocolos no CME.

A qualidade dos serviços da CME está vinculada ao controle eficiente de infecções. Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

Estrutura física adequada;

Equipamentos adequados e operacionais E Materiais adequados;

Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;

Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;

Capacitação e supervisão contínua dos funcionários da CME;

Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;

Acesso restrito aos funcionários da CME, sempre devidamente paramentados;

O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;

Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME

O Fluxo de Materiais esterilizados e determinado pela RDC n° 307 de 14/11/02, que implantaremos. A legislação indica que deve existir uma CME quando houver centro cirúrgico, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. A CME deverá ser dividida em no mínimo 03 (três) áreas: descontaminação, empacotamento e esterilização/estocagem.

3.6.1.1 Descontaminação

Deverá existir uma barreira física. O fluxo será unidirecional, evitando-se o cruzamento de materiais e não estéreis. A área de estocagem deverá ter acesso limitado de pessoas.

De acordo com a RDC n° 50 (ANVISA, 2.004), as atribuições e atividades da prestação de serviço de apoio técnico desta unidade, são:

3.6.1.2 Área de lavagem e descontaminação:

Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido.

Desinfetar e separar os materiais.

Verificar o estado de conservação do material.

Proceder a limpeza do material.

Encaminhar o material para a área de preparo.

3.6.1.3 Área de preparo de materiais:

Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza

Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados

Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

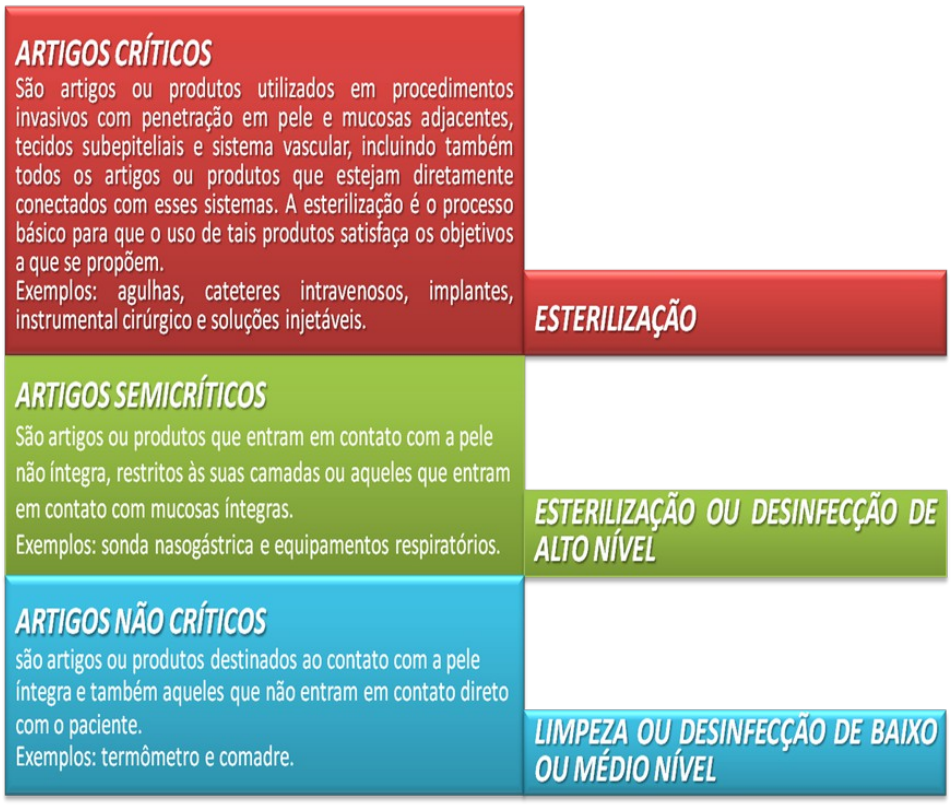
3.6.1.4 Área de esterilização:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante.

- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves.

- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados.

- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.



3.6.1.5 Área de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados:

- Estocar o material esterilizado

- Proceder à distribuição do material às unidades

- Registrar a saída do material.

De acordo com a mesma RDC n° 50, os processos desenvolvidos serão:

- **Limpeza**, que consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das lavadoras termo desinfectadoras, que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais

aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

- **Descontaminação**, que é o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.

- **Desinfecção**, que é o processo de eliminação e destruição de micro-organismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 minutos. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido paracético.

- **Preparo**: as embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento e garante a integridade do material.

- **Esterilização**, que é o processo de destruição de todos os microorganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microorganismos que o contaminavam é menor do que 1 em 1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

Processos Físicos:

- **Calor Seco**, que é um processo realizado pelo calor seco em estufas elétricas. De acordo com Moura (1.990), a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta “pontos frios”, nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. (Práticas Recomendadas – SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 4ª edição – 2.007, pág. 78).

- **Vapor saturado sob pressão**, que é um processo que está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas, ocorrendo uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto-vácuo totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.

- **Autoclavagem Pré-vácuo**, que é um processo, que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo.

Observação: todos os materiais submetidos à esterilização a vapor, só serão liberados após checklist realizada pelo auxiliar de enfermagem da área**.**

Processos Químicos e Físico-químicos: esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria n° 930/92 do Ministério da Saúde que são os aldeídos, o ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.

Validação dos processos de esterilização de artigos, que é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistente e fornecer produtos cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana.

Controles que realizaremos para checagem do processo de esterilização:

- Testes Químicos: podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto-vácuo, com câmara fria e vazia.

- Testes Biológicos: são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior

segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

Controle que implementaremos para a qualidade do ar:

Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microorganismos para as demais áreas.

Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar-condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

Embalagem.

Serão utilizados os seguintes materiais:

- tecido de algodão.

- papel grau cirúrgico.

- papel crepado.

Manutenção:

Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção da Policlínica. O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada. Observamos que o fluxo unidirecional dos materiais obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC n° 50, sendo a manutenção dos mesmos a indicação do nosso processo de gestão.

3.6.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas

O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e profissionais. Tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde (ANVISA, 2007).

Finalidade:

Recolher toda a roupa usada na Policlínica Regional - Unidade Goiás;

Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa da Policlínica ;

Utilizar técnicas e produtos adequados;

Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;

Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;

Realizar inventário semestralmente e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa;

Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;

Manter quadro com todas as cópias das chaves da Policlínica ;

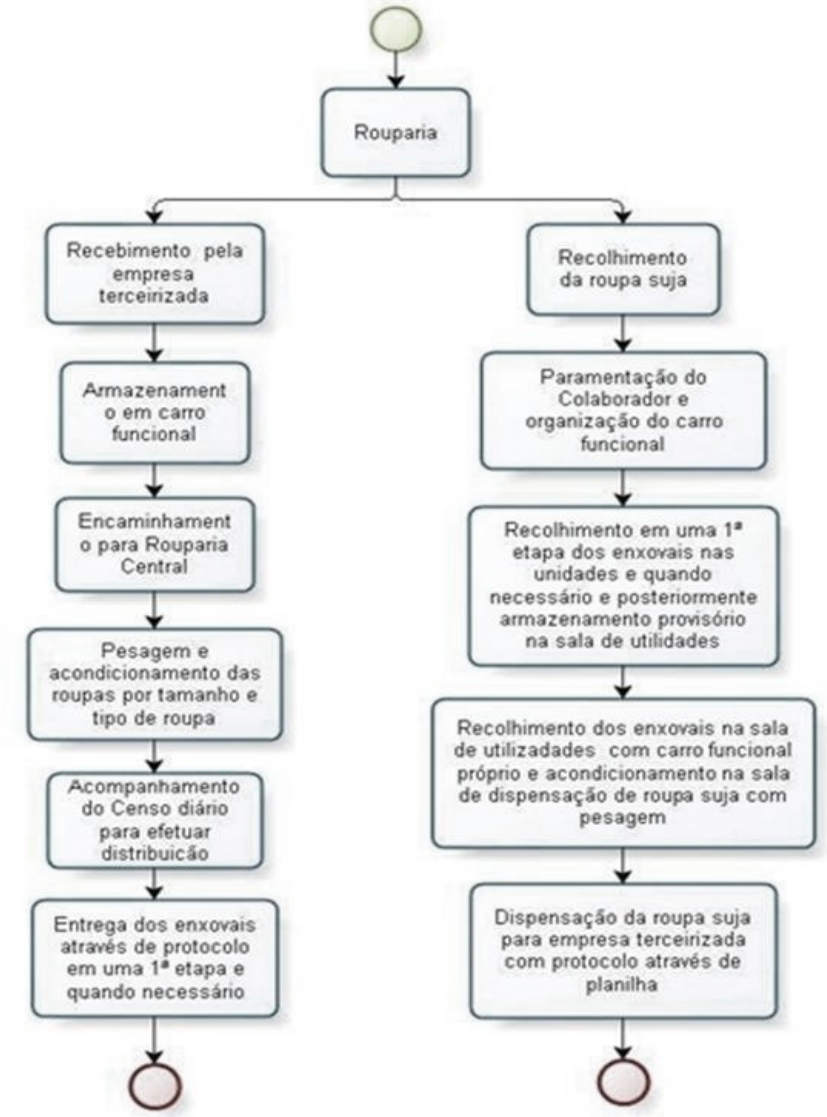
Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;

Levantar mensalmente estatística discriminada do movimento;

Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

Fluxograma — processamento de roupas :



Retirada da roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento

Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento

Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja

Processo de lavagem da roupa suja

Centrifugação

Secagem calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa

Separação, dobra, embalagem da roupa limpa

Armazenamento. transporte e distribuição da roupa limpa

É necessário ressaltar a importância da lavanderia dentro da unidade de Assistência à Saúde, pois é da eficácia de seus profissionais que se demonstra a eficiência da Policlínica , refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

Controle das infecções;

Recuperação, conforto e segurança do paciente;

Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;

Racionalização de tempo e material;

Redução dos custos operacionais.

Planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações.

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades da Policlínica . Diante disso, apresentamos alguns dos fluxogramas a serem adotados na unidade para o gerenciamento das atividades do setor de Hotelaria:

A lavanderia hospitalar é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades de uma unidade de Assistência à Saúde. É um serviço de suma importância para o bom funcionamento da mesma, pois a eficiência de seu funcionamento contribuirá para a eficiência das atividades assistenciais realizadas, como exemplo a redução das infecções hospitalares. A unidade de processamento de roupas realiza diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, usuário e meio ambiente e, por isso, é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

Assim, a área de Processamento de Roupas da Policlínica Regional - Unidade Goiás terá como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades da Policlínica . As roupas utilizadas nos diversos serviços da Policlínica incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, fraldas, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propôs, aventais, gorros, dentre outros.

1. REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA:

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, unidades geradoras.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão.

A roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon, sendo que para roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos.

2. COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA:

A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do hamper e colocado em carro próprio que, completada sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia.

Os carros usados na remoção dos sacos de roupa sujam nunca devem ser utilizados para o transporte de roupas limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento das roupas suja com a limpa.

A roupa suja deverá ser transportada por meio de carro exclusivo para esse fim (leve, de fácil higienização, com dreno para eliminação de líquido), devidamente identificado.

O percurso usado na remoção dos sacos de roupas não devem ser utilizados simultaneamente por carro de roupas limpa ou de comida.

Para a coleta e transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade deve estar paramentado com luvas de borracha cano longo, gorro, óculos, bota cano longo, avental impermeável e máscara com filtro de carvão ativado.

3. RECEPÇAO PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA SUJA:

Na área de recepção, a roupas é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada e pesada;

Na área suja da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem.

Pesagem: A pesagem da roupa poderá ser realizada em duas etapas distintas: no momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de custos, e após a separação e classificação, para dimensionar a carga do processo de lavagem de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor**.** A separação da roupa suja terá como objetivos:

Agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto, de acordo com o grau de sujidade e as suas características;

Localizar e retirar objetos estranhos que possam estar presentes junto com a roupa. - A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Considera-se também o tipo de tecido, uma vez que o processo de lavagem varia conforme a origem e composição do tecido.

4. PROCESSO DE LAVAGEM:

Após pesagem e classificação da roupa suja, a mesma é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa.

O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo.

São aspectos importantes dessa etapa: a restituição da maciez e elasticidade dos tecidos e a preservação das fibras e cores, de forma a propiciar conforto para o uso. - A roupa é desinfetada durante o processo de lavagem, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.

A lavagem consiste numa sequência de operações ordenadas, que leva em consideração o tipo e a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras, a temperatura e o tempo de contato entre essas variáveis. O perfeito balanceamento desses fatores é que define o resultado final do processo de lavagem.

Ciclos e fases do processo de lavagem:

Não existe um processo único e ideal para a lavagem de todas as roupas do serviço de saúde. As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em: umectação, enxague, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxágues, acidulação e amaciamento.

Um ciclo completo de lavagem geralmente é aplicado para roupas com sujidade pesada. Para roupas com sujidade leve, dispensam-se as etapas de umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo que o ciclo se inicia na etapa de lavagem.

5. PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. - A **centrifugação** tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa. Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora extratora. Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se

em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento que a mesma será submetida.

A **secagem** é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo.

A **calandragem** é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa como lençóis, colchas leves, uniformes, roupas de linhas retas, sem botões ou elástico, à temperatura de 120ºC a 180ºC.

A **prensagem** é efetuada em uniformes e outras peças que não devem ser processadas na calandra ou que tenham detalhes como pregueados e vincos.

A **passadoria** a ferro é usada apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento de roupa pessoal, como jalecos dos profissionais.

Após as etapas de calandragem, prensagem ou passadoria, a roupa limpa é dobrada, podendo ser armazenada embalada ou não. Sacos plásticos ou de tecidos podem ser utilizados para embalar roupas separadamente ou em forma de kits.

6. ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA:

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa.

O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim.

O carro usado para estocar a roupa limpa no setor de internação deve ser fechado durante o transporte e a sua permanência na mesma, além disso, não pode ser deixado em local de circulação de pessoas.

7. TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA:

O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores dos serviços de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente. - A distribuição de roupa limpa é feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos, exclusivos para esse fim.

É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação da mesma.

Cada unidade receberá uma cota de roupa para reposição de estoques nas rouparias setoriais. Geralmente o cálculo das quantidades de roupas segue a seguinte ideia: Uma muda fica no leito do paciente, uma outra fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia, enquanto tem outra peça na lavanderia em processamento. É comum existir uma cota fixa de roupa para cada unidade, preestabelecida em função da necessidade estimada.

Observação:

As peças de roupas danificadas e aproveitáveis serão reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis receberão baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em piso, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras.

Após o conserto, a roupa voltará a ser lavada.

O Serviço de Processamento de Roupas deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

<table>
<tr><td rowspan="2">INSTITUTO CEM</td><td rowspan="2">POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS
Procedimento
Operacional Padrão</td><td>Serviço/Setor: Processamento de Roupas
POP: (SPR + nº de ordem)</td></tr>
<tr><td>Elaborado em: / /
Revisado em: / /</td></tr>
<tr><td colspan="3">ROTINAS OPERACIONAIS</td></tr>
<tr><td colspan="3">Objetivo:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Indicações:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Fatores de Risco:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Técnica / Rotina:</td></tr>
</table>

Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

3.6.2.1 Processamento geral das roupas

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenagem e distribuição.

3.6.2.2 Remoção da roupa suja da unidade geradora

O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, onde foram utilizadas, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

3.6.2.3 Coleta da roupa suja na unidade geradora e transporte

O acondicionamento e guarda da roupa suja na unidade geradora deve ocorrer em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia, visando a proteção dos colaboradores e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos.

A retirada da roupa suja da unidade geradora deve ocorrer com o mínimo de manuseio, observando-se as precauções padronizadas. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, colaboradores e pacientes.

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco do *hamper*, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar).

O carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

Processamento da roupa na área suja

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

Pesagem: etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de *hampers* (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas sem apertar para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com o grau de sujidade.

Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas para a verificação e retirada de objetos estranhos como instrumentais e artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

- Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.

- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

Processo de lavagem

Antes do início do processo de lavagem, a roupa é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora

na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

Processamento da roupa na área limpa

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs.: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

Transporte e distribuição da roupa limpa

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Particularidades

- Roupas provenientes de pacientes em isolamento

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

- Roupas provenientes de nutrição e panos de limpeza

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

- Esterilização das roupas

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

-. Responsabilidades da equipe de enfermagem

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte

Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper

Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso

Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum)

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia

A coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário

O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor

*A rotina de identificação das *hampers* de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados

Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades da Policlínica

É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa

Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas

No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.

3.6.2.4 Processamento Da Roupa Na Área Suja

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

Pesagem, Separação e Classificação:

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.

Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

PASSO DE LAVAGEM:

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

3.6.2.5 Processamento Da Roupa Na Área Limpa:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de: CENTRIFUGAÇÃO, SECAGEM, CALANDRAGEM OU PRENSAGEM, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs.: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de re-contaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

PARTI CULARI DADES

ROUPAS PROVENIENTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO:

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

ROUPAS PROVENIENTES DE NUTRIÇÃO E PANOS PARA LIMPEZA:

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas Áreas, Podendo Ser Seguido O Mesmo Processo Estabelecido Para As Roupas Em Geral.

3.6.2.6 Esterilização Das Roupas:

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

3.6.2.7 RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte.

Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper.

Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso.

Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum).

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário.

O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor.

A rotina de identificação das hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente.

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados.

Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário.

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades da Policlínica.

É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque.

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa.

Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas.

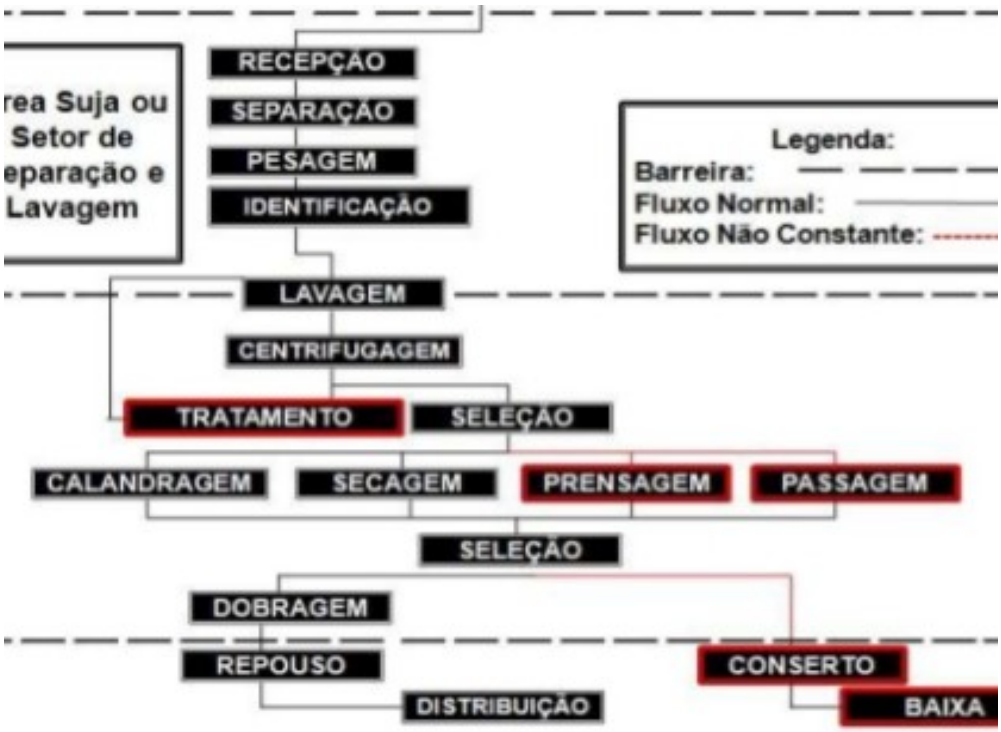
No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.

FLUXOGRAMA DE ROUPAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPA



3.6.3 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

São considerados resíduos hospitalares os resíduos resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos .

Os resíduos de serviços de saúde têm requerido especial atenção dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na legislação brasileira, tendo como foco principal a sustentabilidade ambiental e a manutenção da saúde e da vida. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA têm assumido a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos dos serviços de saúde, com o objetivo de preservar a meio ambiente, para garantir a sua sustentabilidade ambiental. Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do **INSTITUTO CEM**, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade brasileira, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a

administração pública nesta empreitada, através da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos RSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás, será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O serviço de higiene e limpeza tem por objetivo prepara o ambiente da Policlínica para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio.

Finalidades:

Promover a higienização e limpeza de todo a Unidade de Saúde, levando em consideração a característica de cada área;

Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;

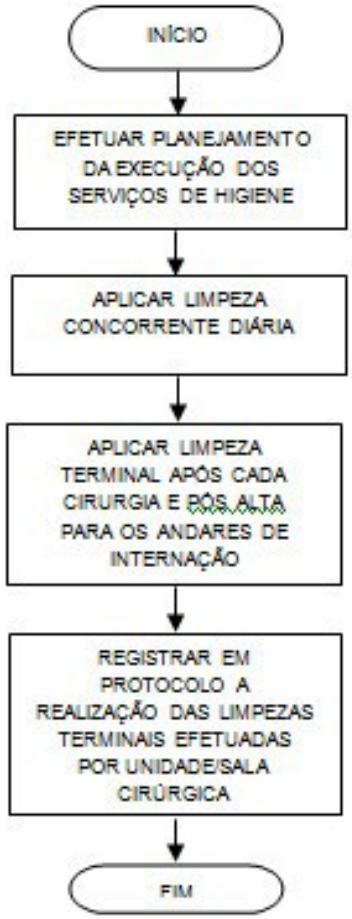
Coletar todo o lixo da Policlínica fixando um fluxo específico de saída, dando lhes tratamento e destino corretos;

Combater permanentemente insetos e roedores; (sinatrópicos)

Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;

Levantar estatística mensal do movimento;

Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;



Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro cortantes;

Promover constantemente treinamento em serviço;

Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;

Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico Serviço.

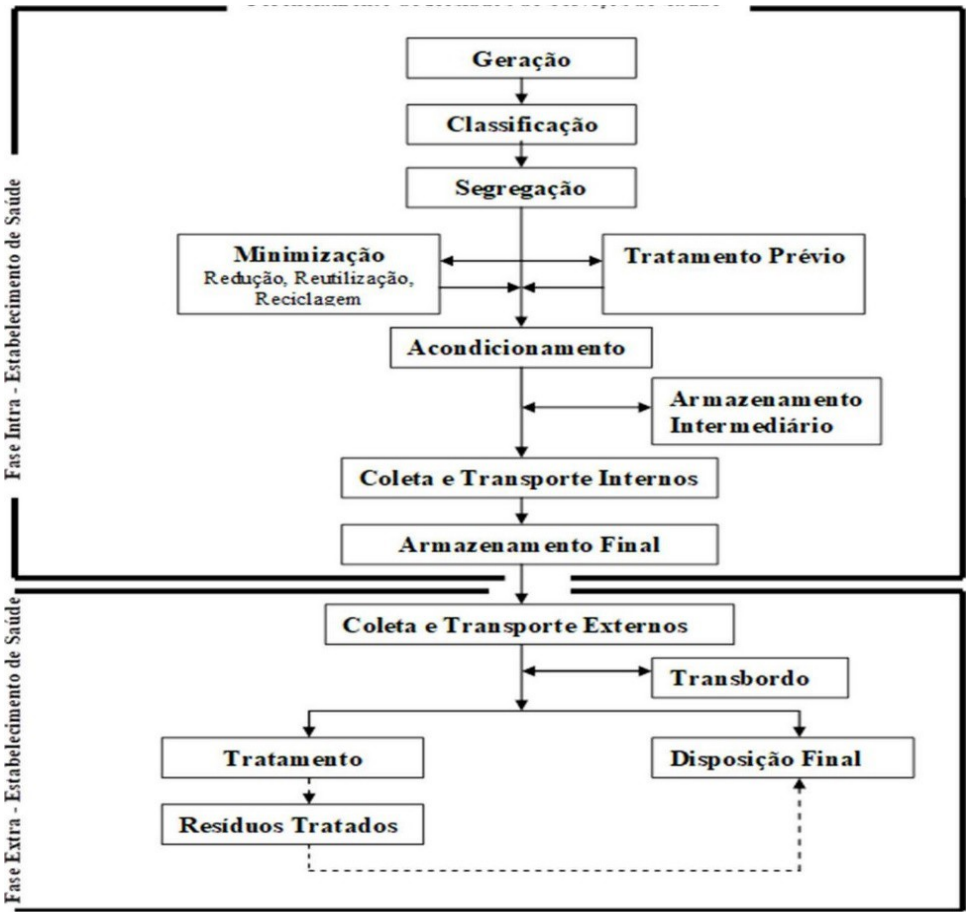
Fluxo:

O serviço será realizado fora da Policlínica , pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

É importante que haja uma gestão em logística eficaz na coleta e transporte dos resíduos dos serviços de saúde na Policlínica Regional - Unidade Goiás com capacidade de assim garantir, sempre que seja possível, o fluxo unidirecional dos resíduos, pautado com horários predefinido do maior afluxo de utentes, de distribuição dos alimentos, medicamentos ou de roupas.

O circuito que os resíduos hospitalares irão percorrer, desde o local de produção até ao local de armazenamento temporário e externo, deve ser estabelecido tendo em contas vários fatores, como, por exemplo, os locais percorridos, o horário e a comodidade/viabilidade do trajeto e a probabilidade de acontecer um derramamento acidental. Este deve ser efetuado e determinado com os intervenientes diretos na coleta dos resíduos, mas deve ser também conhecido pelos outros profissionais coparticipantes.

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde



É de responsabilidade dos gestores da Unidade, elaborarem, desenvolverem e implantarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme Resolução RDC nº 306, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 07 de dezembro de 2004. O plano de gerenciamento de resíduos deve contemplar, entre outros fatores, as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e as rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar).

O PGRSS tem os seguintes objetivos:

Proporcionar maior segurança aos profissionais, pacientes e visitantes da Policlínica.

Promover a redução dos acidentes ocupacionais.

Contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar.

Contribuir para a preservação do meio ambiente.

Minimizar a geração de resíduos, proporcionar a reciclagem e reduzir custos.

Adequar todas as etapas do gerenciamento de resíduos na Policlínica, desde a geração até o tratamento final, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Desenvolver um Plano de Gerenciamento de Resíduos, com a participação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho, gerência de risco, limpeza, CCIH, farmácia, enfermagem, laboratório, setor de radiodiagnóstico, banco de sangue e equipe médica.

3.6.3.1 TREINAMENTO

O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação em vigor, definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco, sistema de gerenciamento de resíduos adotado, divisão e assunção de responsabilidades e tarefas, reconhecimento dos símbolos, sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta, EPI (Equipamento de Proteção Individual), EPC (Equipamento de Proteção Coletivo), EPC, biossegurança, higiene pessoal e dos ambientes, proteção radiológica, providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município e noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.

Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pela Policlínica.

Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário.

O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado. Definir um responsável pelo treinamento.

Utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados).

Apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).

Os treinamentos serão ministrados na integração dos funcionários e estes serão capacitados a cada seis meses ou quando necessário.

3.6.3.2 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PGRSS

É da competência do gerador de RSS, monitorar e avaliar seu PGRSS, uma vez que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação referida é realizada levando-se em conta os seguintes indicadores, considerando a taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante:

Variação da geração de resíduos.

Variação da proporção de resíduos do Grupo A.

Variação da proporção de resíduos do Grupo B. Variação da proporção de resíduos do Grupo D. Variação da proporção de resíduos do Grupo E. Percentual de reciclagem de resíduos.

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas praticas ambientais.

Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas:

Ações Corretivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema real volte a ocorrer.

Ações Preventivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema potencial se materialize.

Serão executados monitoramentos periódicos para verificar o atendimento aos requisitos legais e critérios da empresa contratada.

Caso não haja conformidade, serão implantadas medidas corretivas.

Para garantir a manutenção da conformidade serão mantidas medidas preventivas antes de iniciar qualquer trabalho.

Será elaborado um sistema de registros para demonstrar e garantir o cumprimento das ordens de serviço, cumprindo assim os objetivos e metas.

Com este plano a Policlínica Regional - Unidade Goiás evitará os atos ou omissões de seus empregados que resultem na degradação do meio ambiente.

3.6.3.3 EQUIPAMENTO DE SEGURANÇA OUTRAS MEDIDAS DO PGRSS

O profissional da limpeza deve comprovar vacinação contra tétano e hepatite B, teste tuberculínico anual além de ser treinado continuamente.

Submeter-se a exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme NR-7 do Ministério do Trabalho. Os seguintes Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados pelos profissionais em suas atividades de limpeza e manejo de resíduos:

Avental.

Máscara de carvão ativado e máscara cirúrgica.

Botas de PVC, de cano curto e longo (para lavagem), de cor clara e solado antiderrapante.

Luvas de PVC grossa e longa, antiderrapante. Óculos de proteção de acrílico.

É obrigatório o uso de calça comprida e sapato fechado. Os profissionais devem manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e aparadas e evitar o uso de adornos).

3.6.3.4 O RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS DO PGRSS

Deverá ser feita licitação para a contratação de empresas para efetuarem a remoção dos resíduos. Para essa atividade deve ser considerado que para a reciclagem de resíduos dos Grupos B ou D serão elaboradas, desenvolvidas e implantadas práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos na legislação, a seguir:

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, a empresa realizará avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas práticas ambientais. Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente e para todas as partes interessadas.

Serão elaboradas planilhas referindo a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

3.6.3.5 TIPOS DE RESÍDUOS PREVISTOS

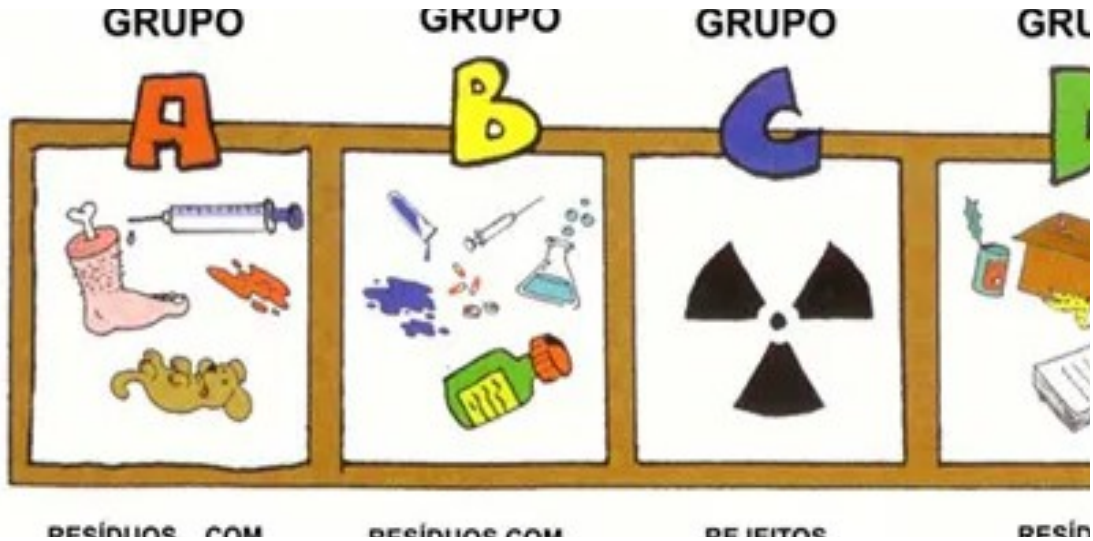
Os tipos de resíduos serão agrupados da seguinte forma:

Grupo A: Infectante.

Grupo B: Químico.

Grupo D: Resíduo Comum. Grupo

E: Perfuro cortante.



GRUPO A:

RESÍDUO INFECTANTE – A1

Culturas e estoques de microrganismos: resíduos de fabricação de produtos biológicos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas, resíduos de laboratórios.

Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde.

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com

relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta. sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos (líquor, líquido pericárdico, pleural, articular e amniótico). recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre – SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO.

A segregação se dá próxima ao local de geração. Inscrição do conteúdo: "RESÍDUO INFECTANTE" e simbologia específica (rótulos de fundo branco, com desenho e contornos pretos) nos sacos, lixeiras, contêineres, coletores de transportes internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme NBR 7.500 da ABNT.

3.6.3.6 ACONDICIONAMENTO ANTES DA COLETA

O acondicionamento de todos os resíduos contaminados é feito em saco branco leitoso.

Os sacos devem ser colocados em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

Os recipientes de acondicionamento, existentes nas salas de cirurgias e nas salas de parto, não necessitam de tampa para vedação.

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento externo se dá em:

Ambiente exclusivo. Grupos A e E podem ser juntos, porém ambos separados do grupo D.

Na área de armazenamento externo é proibida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes de armazenamento ali estacionados.

Deverá ser uma sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis. Piso resistente ao tráfego de carros coletores.

Guarda de no mínimo dois carros de transporte interno.

Área com identificação: Sala de Resíduos.

Resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados num período superior a 24 horas de seu armazenamento deverão ser conservados sob refrigeração.

3.6.3.7 TRANSPORTE EXTERNO, TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL

Para o transporte externo carros de carga na cor branca devem ter inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável pelo transporte, de acordo com as normas da NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT, que é o mesmo procedimento para todos os tipos de resíduos.

Para o tratamento de destinação final deverá ser usado utilizado sistema de incineração e a disposição final das cinzas será feita em aterro sanitário licenciado.

GRUPO INFECTANTE - A3

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

GRUPO INFECTANTE - A4

Este grupo é composto por kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores. filtros de ar e gases aspirados de área contaminada. membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipo escultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica. peças anatômicas não submetidas a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

GRUPO B RESÍDUO QUÍMICO

Serão resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Produtos hormonais e produtos antimicrobianos. citostáticos. anti-neoplásicos. imunossupressores. digitálicos. imunomoduladores. antirretrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos.

Os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.

Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfetantes. Resíduos contendo metais pesados. (não gerados).

Recipientes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

Serão os efluentes de processadores de imagem que constam do grupo B 3.1 os reveladores e do B 3.2 os fixadores.

Agrega os efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

Possui os demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos e/ou inflamáveis): líquidos inflamáveis, formaldeído, gases comprimidos.

São resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente: resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente.

Assim sendo, as características dos riscos destas substâncias serão as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98. A Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ) não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos. Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos. As embalagens e materiais contaminados por substâncias químicas que apresentem risco a saúde e ao meio ambiente, devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação se dá próxima ao local de geração. Devem ser identificados os sacos, os recipientes de acondicionamento, os coletores de transportes internos e externos, os locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, contendo:

Conteúdo (discriminação da substância química e frases de risco).

Simbologia e expressão (Resíduo Químico) específicas do risco associado.

O ACONDICIONAMENTO

Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observados as exigências de compatibilidade química do resíduo entre si, assim como com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem.

COLETA E TRANSPORTE INTERNO

Serão acondicionados em recipientes individualizados. Definido em função do volume de resíduos gerados, fluxos bem definidos em termos de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento com visitas e fluxo maior de pessoas ou atividades. Este serviço é executado por profissional devidamente paramentado e treinado. Os recipientes de transporte não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo.

ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO INTERNO

No caso de pequenos geradores é desnecessário.

ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO EXTERNO

Ficam armazenados no depósito temporário de resíduos recicláveis, acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química entre resíduos e entre estes e a embalagem e, que não permitam vazamentos.

3.6.3.8 GRUPO D RESÍDUO COMUM

São os resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde e ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domésticos, tais como:

Papel sanitário, fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestiário, restos alimentares de pacientes.

Sobras de alimento e do preparo de alimentos (resíduos úteis para compostagem).

Resto alimentar de refeitório (resíduo sem utilidade). Resíduos de áreas administrativas.

Resíduos de varrição, flores, podas de árvores e jardins. Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde. Resíduos recicláveis (papel, metal, vidro, plástico).

Resíduos sem utilidade.

As embalagens secundárias (de quaisquer medicamentos ou produtos médico-hospitalares, frascos plásticos de soro e frascos de vidros ou plásticos de medicamentos ou de outro produto farmacêutico), desde que não contaminadas por produto químico, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Pode ser segregado distante do local de geração. A Inscrição do conteúdo, cor e simbologia específica de materiais recicláveis nos sacos, lixeiras, carros coletores de transporte internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme Resolução CONAMA 275/2001. A cor azul para papéis, metais, vidros e plásticos e cor preta para resíduos orgânicos. Para a Policlínica sugerimos padronização dos carros coletores de cor branca, trocando somente a simbologia para resíduo reciclável.

ACONDICIONAMENTO

O acondicionamento deve se feito em:

Sacos impermeáveis nas diferentes cores, colocados em recipientes identificados.

Lixeiras com simbologia diferente para cada tipo de resíduo.

Carros.

Locais de armazenamento interno junto com os demais resíduos e externo separados dos demais resíduos.

COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O recolhimento dos sacos quando atingir 2/3 da capacidade sendo feita a coleta duas vezes por dia. Os carros de transporte serão de cor branca identificado com simbologia para resíduos recicláveis, de material lavável, rígido, impermeável, com tampa articulada ao próprio corpo, cantos arredondados e rodas revestidas de material que reduza o ruído. recipientes com mais de 400 litros devem possuir

válvula de dreno no fundo. O trajeto para o translado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores.

ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O armazenamento interno temporário deve ser feito em:

Locais de armazenamento interno serão junto dos demais resíduos.

Locais de armazenamento externo, separados dos demais resíduos.

Coletores internos de material lavável, resistente, com tampa-pedal e cantos arredondados.

ARMAZENAMENTO EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

Deve ser armazenado em ambiente exclusivo, conforme descrito para os resíduos químicos. No tratamento de destinação final os recicláveis serão destinados à venda e encaminhados para a reciclagem. Resíduos como compostagem, flores, podas de árvore, jardinagem, sobras de alimento de refeitórios e de outros, desde que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou fluído corpóreo serão encaminhado para aterro sanitário urbano.

3.6.3.9 GRUPO E RESÍDUO PERFURO CORTANTE

Os materiais perfuro cortantes como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, ampolas de vidro, brocas, pontas diamantadas, lancetas,

tubos capilares, micropipetas, lâminas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares contaminados com material biológico.

SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação ocorre próxima ao local de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá- las ou proceder à sua retirada manualmente. Os recipientes de coleta devem conter na identificação:

Inscrição: Resíduo perfuro cortante

Símbolo internacional de risco biológico com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, conforme NBR 7500 da ABNT.

COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O recolhimento dos recipientes quando atingir 2/3 da capacidade ou o nível do preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos recipientes de acordo com a RDC 306 e encaminhados ao estabelecimento de referência. O transporte interno nos mesmos recipientes e seguem as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O Armazenamento Interno Temporário é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

TRATAMENTO

Não necessitam de tratamento.

ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento interno é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados. Os Grupos A e E podem

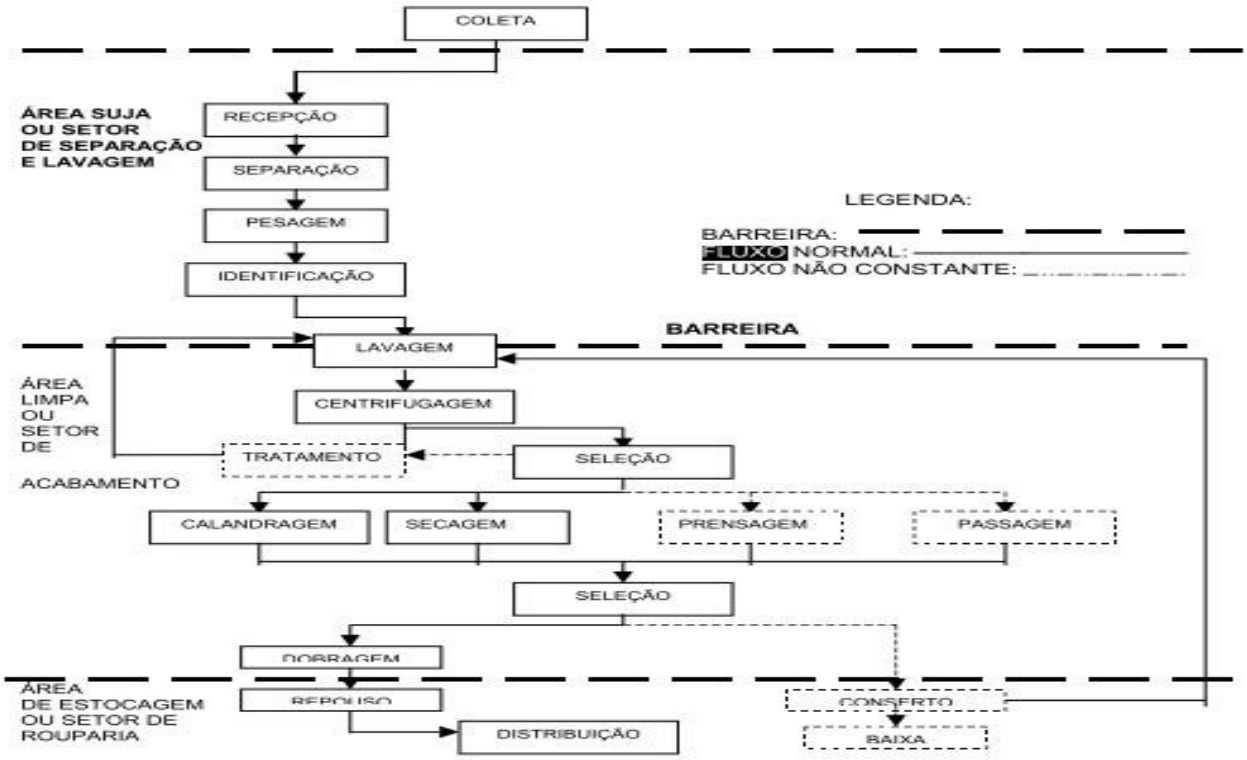
estar juntos, os demais grupos deverão ser armazenados em áreas separadas. Deve estar em conformidade com a Resolução CONAMA 283/2001.

- CRITÉRIOS PARA ARMAZENAMENTO EXTERNO

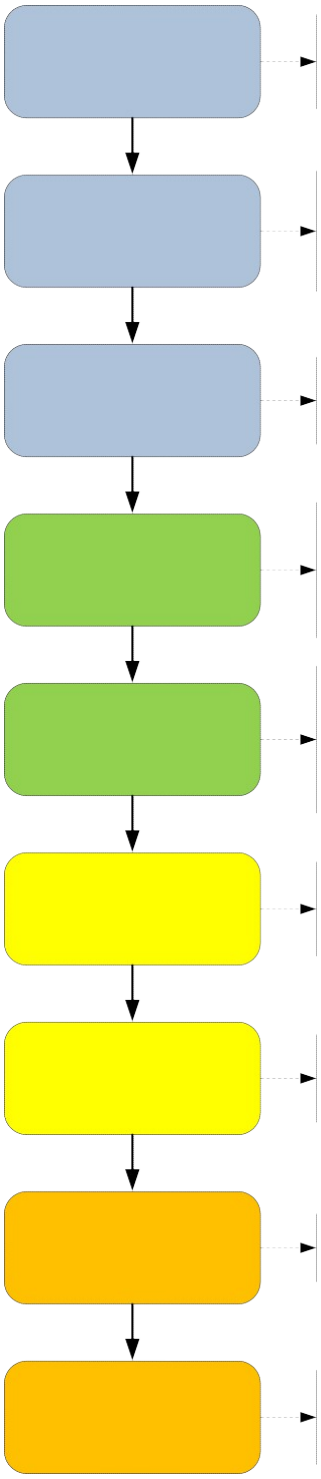
Área de ser identificada de uso restrito com área mínima de 4m2, com largura mínima de 2 metros para que permita manobra simples de pelo menos dois carros de coleta. Deve ser de alvenaria e coberto com material adequado em local afastado do corpo da edificação. O piso e paredes revestidos de material liso, resistente, lavável e impermeável, preferentemente branco e rejuntado. Tem de dispor de torneira baixa para lavagem de pisos e paredes. pias para a lavagem das mãos. tomada elétrica. piso com caimento em direção a canaletas de escoamento direcionadas para ralo sifonado, ligado à rede de esgoto e dotado de dispositivo de fechamento. porta abrindo para fora, com proteção inferior (tela) contra acesso de vetores, identificada com expressões de manter sempre fechada, acesso exclusivo de funcionários responsáveis pelo serviço e nome e simbologia do tipo de resíduo e, larga o suficiente para permitir a passagem de carros de coleta. O acesso exclusivo de funcionários do setor deverão receber lavagem e desinfecção ao fim de cada fluxo. Deve conter um freezer com capacidade para sete dias de geração.

TRANSPORTE EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

O transporte externo deve ser feito em carros com recipiente de carga na cor branca, inscrição e símbolo


COLETA
ÁREA SUJA OU SETOR DE SEPARAÇÃO E LAVAGEM
RECEPÇÃO
SEPARAÇÃO
PESAGEM
IDENTIFICAÇÃO
LEGENDA:
BARREIRA:
FLUXO NORMAL:
FLUXO NÃO CONSTANTE:
BARREIRA
LAVAGEM
ÁREA LIMPA OU SETOR DE ACABAMENTO
CENTRIFUGAGEM
TRATAMENTO
SELEÇÃO
CALANDRAGEM
SECAGEM
PRENSAGEM
PASSAGEM
SELEÇÃO
DOBRAGEM
ÁREA DE ESTOCAGEM OU SETOR DE ROUPARIA
REPOUSO
CONSERTO
DISTRIBUIÇÃO
BAIXA

de “RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE”, nome do município e da empresa respon



3.6.3.10 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás

constará de instruções e rotinas escritas que obedecerão a critérios técnicos e sanitários, contemplando, assim, os aspectos de minimização na geração, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, e será um documento integrante do processo de licenciamento ambiental da Organização. O PGRSS será elaborado em conjunto pelos responsáveis pelo serviço de higienização, profissionais responsáveis pelas unidades assistenciais, CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Segurança do Trabalho, e Representantes dos serviços de apoio geradores de resíduos, contemplando todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C e D), e atenderá integralmente ao roteiro da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, RDC 306 ANVISA 2004 e CONAMA 358/2005.

Objetivo Geral:

Descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

Atender as disposições contidas na legislação vigente, de acordo com a especificidade de cada serviço da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

Atender as orientações e regulamentações estaduais, municipais no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

Adotar as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores;

Estabelecer as rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço; - Descrever em protocolos operacionais as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes;

Estabelecer ações referentes aos processos de prevenção da saúde do trabalhador;

Registrar as informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos;

Desenvolver e implantar programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de resíduos, os setores de higienização e limpeza, a CCIH e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Atribuição e Responsabilidade:

Será de responsabilidade da Unidade o gerenciamento dos resíduos obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana, através de um planejamento e implementação do processo, sob a responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS, que será criado sob a orientação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

A Responsabilidade Técnica do PGRSS deverá ser assumida pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Higienização, que será o Coordenador da Comissão de

Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS, com registro ativo junto ao seu Conselho de

Classe, com apresentação de Certificado de Responsabilidade Técnica;

Atendendo a legislação vigente, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas. Os membros da citada equipe serão:

Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Higienização;

Farmacêutico Responsável pelo Serviço de Farmácia;

Médico do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

Representante da CIPA;

Representante do Posto de Coleta (Laboratório).

Caberá ao Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS a elaboração do Plano de Gerenciamento dos Resíduos – PGRSS, o qual deverá ser apresentado ao Diretor Geral até o terceiro mês após assinatura do contrato de gestão.

O PGRSS deverá atender aos seguintes tópicos:

Nome do estabelecimento

Responsável pelo estabelecimento

Caracterização do estabelecimento

Planta do estabelecimento

Comissão Responsável pelo PGRSS

Fluxograma

Manejo

Segregação e identificação

Acondicionamento

Coleta

Armazenamento temporário

Tratamento

Armazenamento externo

Coleta e transporte externos

Disposição final

Cronograma de implantação

Estudo: Unidade de saúde x resíduos gerados x quantidade

Avaliação e controle: construção de indicadores

Mapa de resíduos, incluindo o fluxo percorrido pelo resíduo

Rotinas de emergência

Cronograma de treinamento dos funcionários

Definições e Conceitos:

Resíduos: Os resíduos serão recolhidos conforme legislação vigente e o estabelecido no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás e demais exigências legais nos termos da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde. O recolhimento dos

resíduos de serviços de saúde observará as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT e legislação regente.

Manejo: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.

Segregação: Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Identificação: Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.

O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

Manuseio e Acondicionamento: Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou

reaproveitamento. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

- **Coleta Interna I:** Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Cada unidade deverá especificar o horário e dia da remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este regulamento técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Abrigo Interno: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Coleta Interna II: Consiste na remoção dos containers da sala de utilidade para o abrigo externo. É realizado conforme a necessidade do serviço. Ao termino da coleta os recipientes são lavados com água e detergente e desinfetado com hipoclorito de sódio a 1% na área externa próximo ao abrigo externo.

Abrigo Externo: Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

Coleta Externa e Tratamento: Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Embalagem: Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 – Devem constar em saco individualmente, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei 6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto; Trocar o saco plástico (embalagem) por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela Contratante; e proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Classificação dos RSS (conforme RDC 306 e CONAMA 358):

Os resíduos serão tratados atendendo os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração e fluxos são de responsabilidade da Unidade Assistencial.

Grupo A:

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Grupo A1: Resíduos que necessitam de tratamento específico como:

Culturas e estoques de microrganismos;

Descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados;

Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;

Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos;

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Conduta:

Acondicionar para tratamento em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos.

Tratamento:

Processo que garanta Nível III de Inativação Microbiana e desestruturação das características físicas;

Acondicionamento para descarte: sacos brancos leitosos.

Grupo A2:

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

Grupo A3:

Resíduos que necessitam de tratamento específico;

Produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar.

Conduta:

Acondicionar em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos identificados com o símbolo de risco biológico e a inscrição “Peça Anatômica / Produto de Fecundação” e encaminhar ao necrotério.

Comunicar o SCIH para preenchimento do formulário de autorização para encaminhamento adequado.

Grupo A4: Resíduos que não necessitam de tratamento:

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;

Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada;

Membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;

Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções;

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; Conduta:

Acondicionamento para descarte sem necessidade de tratamento: lixeiras brancas identificadas com o símbolo de risco biológico revestidas com sacos brancos leitosos.

Grupo B:

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente como os antimicrobianos, hormônios sintéticos, quimioterápicos e materiais descartáveis por eles contaminados.

Medicamentos vencidos, contaminados, interditados, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo.

Objetos perfuro cortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigoso;

Mercúrio e outros resíduos de metais pesados. Saneantes e domissanitários;

Líquidos reveladores e fixadores de filmes (centro de imagem);

Efluentes de equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;

Quaisquer resíduos do grupo D, com risco de estarem contaminados por agente químico.

Conduta:

Os resíduos do grupo B devem ser acondicionados em embalagens rígidas, com tampa rosqueada ou na própria embalagem de origem, devidamente identificadas com o símbolo de substância química e a identificação da substância nelas contidas.

Grupo C:

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radio nuclídeos e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista;

São enquadrados neste grupo, todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados com radio nuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.

Conduta:

Estes resíduos quando gerados, devem ser identificados com o símbolo internacional de substância radioativa e separados de acordo com a natureza física do material, do elemento radioativo presente e o tempo de decaimento necessário para atingir o limite de eliminação, de acordo com a NE 605 da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Devido as suas características de periculosidade, é aconselhável que os resíduos sejam manejados por pessoal capacitado.

Grupo D:

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Suas características são similares às dos resíduos domiciliares.

Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos;

Peças descartáveis de vestuário;

Resto alimentar de pacientes;

Material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises – punção;

Equipo de soro e outros similares não classificados como A1 ou A4;

Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;

Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

Resto alimentar de refeitório;

Resíduos provenientes das áreas administrativas; - Resíduos de varrição, flores, podas de jardins.

Conduta:

Os resíduos do grupo D não recicláveis e/ou orgânicos devem ser acondicionados nas lixeiras cinza devidamente identificadas, revestidas com sacos de lixo preto ou cinza.

Os resíduos recicláveis devem ser acondicionados nas lixeiras coloridas, identificadas.

Grupo E: São os materiais perfuro cortantes ou escarificantes:

Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar;

Lâminas de barbear, agulhas, escalpes brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, tubos capilares, lancetas, ampolas de vidro, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas;

Todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos, de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

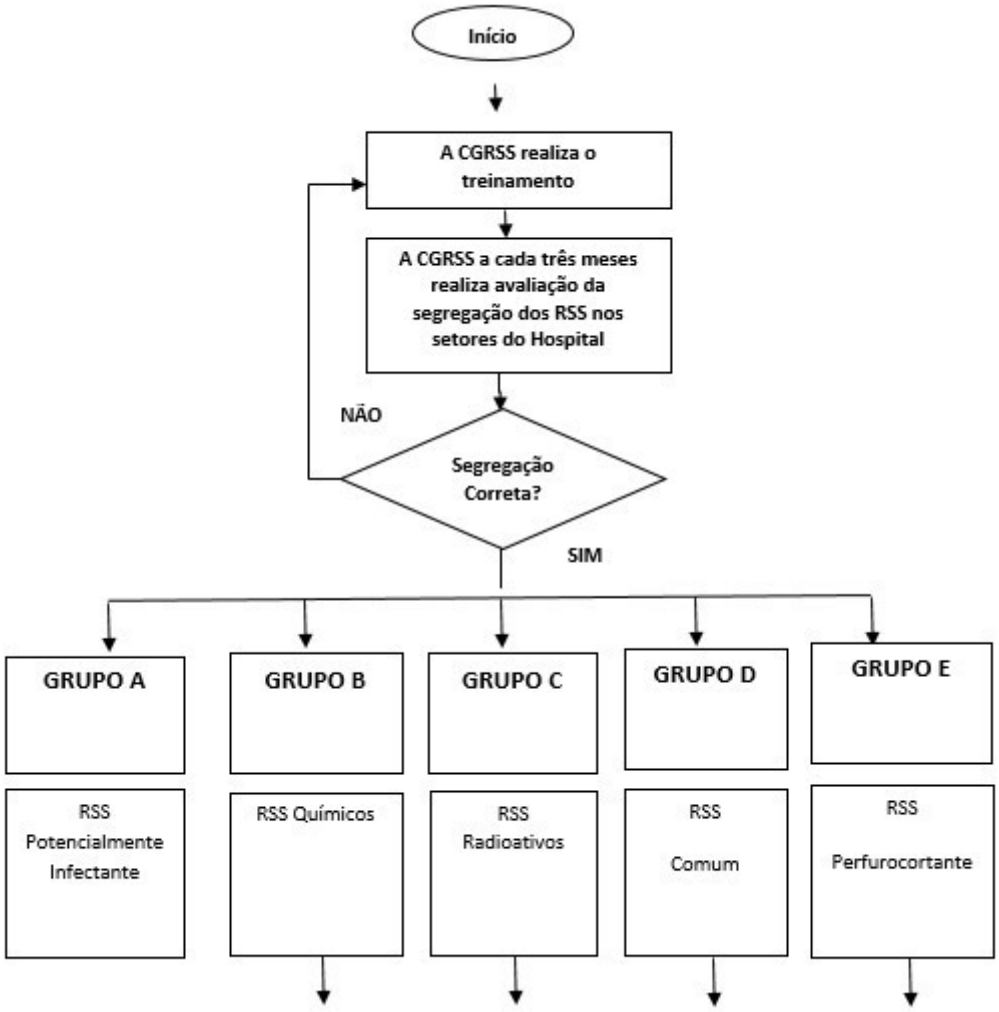
Conduta:

Devem ser descartados separadamente em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento;

Os perfuro cortantes, uma vez colocados em seus recipientes, não devem ser removidos por razão alguma;

É importante observar o limite máximo permitido para o preenchimento de cada recipiente, para evitar acidentes;

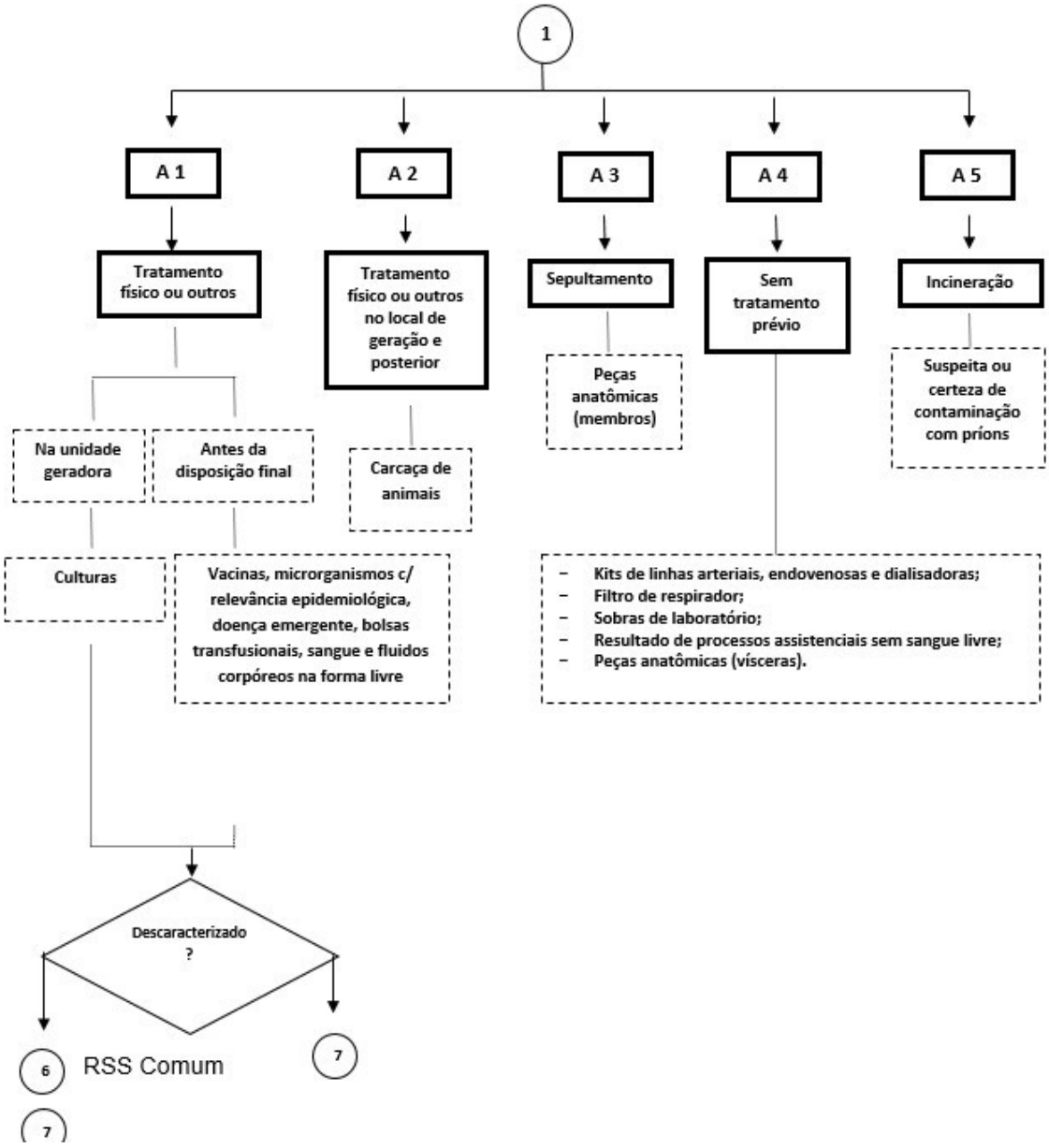
As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente" (ANVISA, 2004).



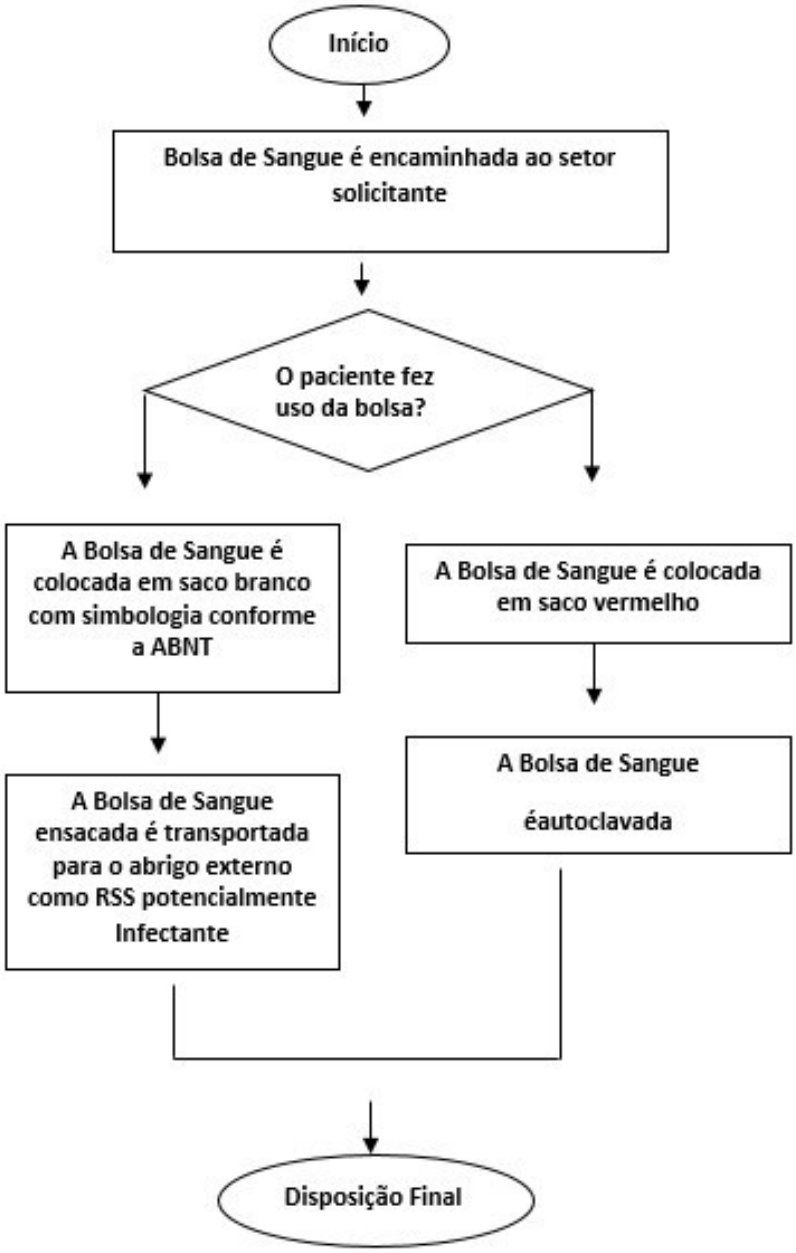
Fl

uxo Unidirecional de Resíduos de Saúde

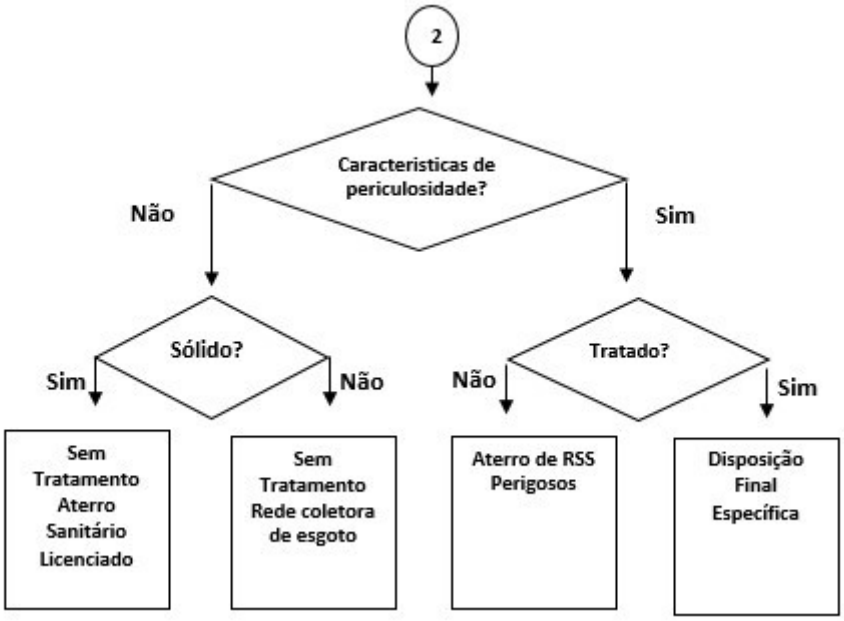
FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTE



FLUXOGRAMA DE DESCARTE DE BOLSAS DE HEMODERIVADOS



FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS QUÍMICOS



Substâncias que devem ser segregadas separadamente:

Líquidos inflamáveis;

Ácidos;

Bases;

Oxidantes;

Compostos orgânicos não halogenados;

Óleos;

Mercúrio;

Formaliona ou formaldeído;

Resíduo fotográfico;

Venenos;

Carcinogênicas, mutagênicas e teratogênicas;

Sensíveis ao choque;

Criogênicas.

OBSERVAÇÕES:

Excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos: esgoto (Sistema de Tratamento de Esgoto);

RSS de produtos hormonais e antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais: tratamento ou disposição final específicos;

Os reveladores utilizados em radiologia: processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9;

Os fixadores usados em radiologia: recuperação da prata ou Aterro de Resíduos Perigosos;

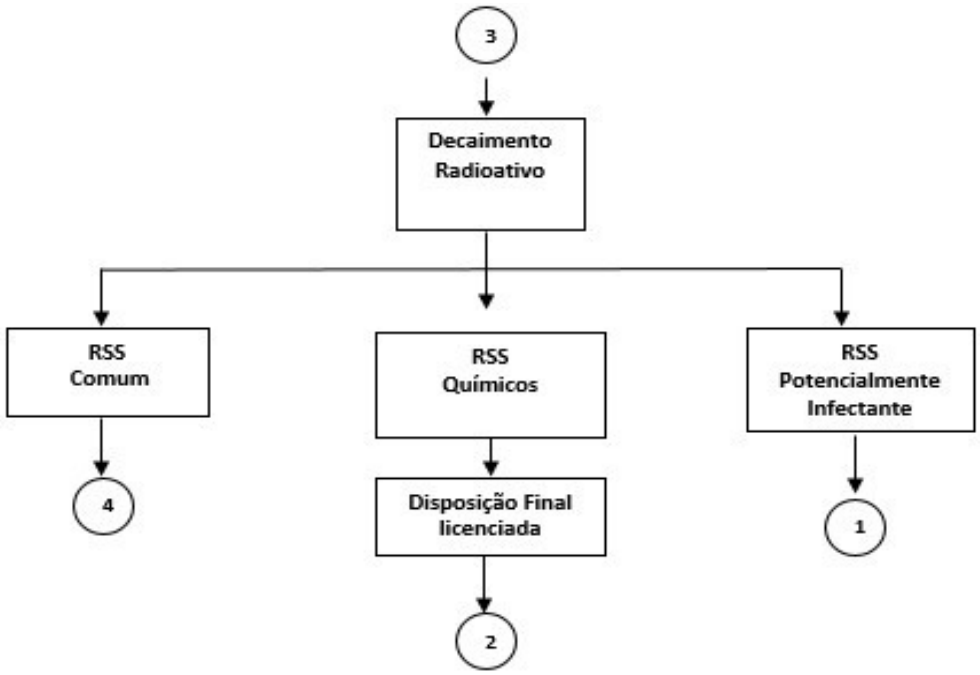
Pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg): Resolução CONAMA nº 257/1999;

RSS contendo Mercúrio (Hg): acondicionar em recipientes sob selo d'água e encaminhar para recuperação.

FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS RADIOATIVOS

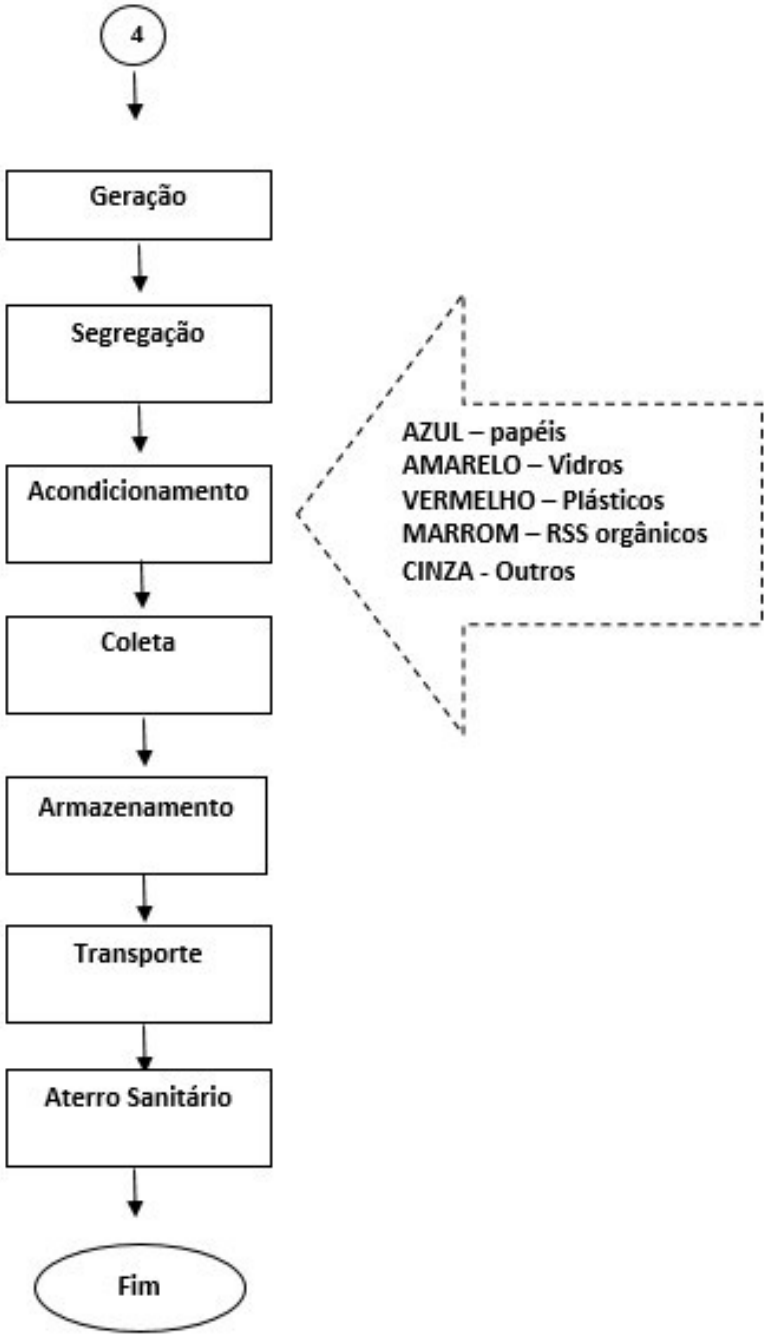
Materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em

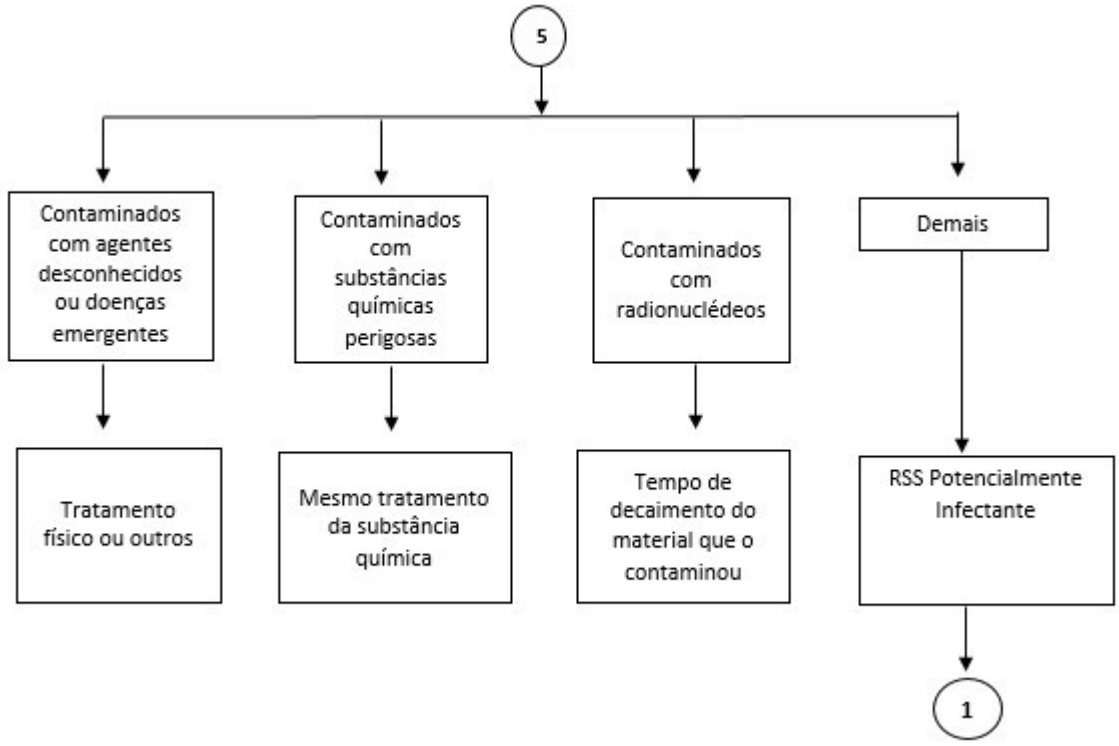
quantidades superiores aos limites de eliminação especificados na Norma CNEN-NE-6.02 e/ou todo RSS que tenha sido contaminado. RSS que tenha sido contaminado.



FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS COMUNS

São todos os resíduos semelhantes aos resíduos domésticos e que não mantiveram contato com os resíduos classificados nos grupos anteriores.





FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS PERFUROCORTANTES

Horário da Coleta dos RSS:

O horário da coleta (transporte interno na Policlínica) será definido em protocolos internos do serviço, em acordo com os respectivos coordenadores das áreas assistenciais da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

O Serviço de Gerenciamento RSS deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

INSTITUTO CEM	POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS Procedimento Operacional Padrão	Serviço/Setor: GRSS POP: (GRSS + nº de ordem) Elaborado em: / / Revisado em: / /
ROTINAS OPERACIONAIS		
Objetivo:		
Indicações:		

Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

4.1 Implantação de Logística de Suprimentos

4.1.1 Introdução

O INSTITUTO CEM, adotará para a Policlínica Regional - Unidade Goiás de uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos irá incorporar todas as ações das compras e aquisições, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.

Os procedimentos para contratações e aquisições destinar-se-ão a selecionar a proposta mais vantajosa e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação será precedida de Processo Administrativo, devidamente documentado, justificado e transparente.

Assim, para toda a aquisição de bens, insumos e contratação de serviços é utilizado um Regulamento de Compras e Contratações, que poderá ser submetido a análise e aprovação de órgãos de controle, além de adotar uma Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços, que normatiza os procedimentos adotados para avaliar e monitorar a performance das empresas contratadas, colaborando com o desenvolvimento dos fornecedores e a redução dos problemas relacionados na cadeia de suprimentos.

Destacamos que todas as compras e contratações do INSTITUTO CEM possuem ampla concorrência e divulgação, tal qual na regulamentação proposta para a Unidade.

Todas as compras e contratações terão seus avisos e resultados publicados on-line no portal de transparência do INSTITUTO CEM, visando, sobretudo, dar

transparência aos trâmites, bem como ampliar o raio de fornecedores e proporcionar maior economicidade.

As compras e contratações terão início com o recebimento da solicitação do setor solicitante, contendo a descrição, especificações técnicas, qualidade desejada, prazos, bem como, demais condições que forem necessárias para atender a demanda, onde serão tratadas conforme modalidade de compra mais apropriada, como exemplo as Compras / Contratações Diretas e os Pedidos de Cotação Presenciais, onde são disputados lances entre os concorrentes com o objetivo de se obter a melhor proposta.

Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos os interessados poderão ler e Obter os Editais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos no regulamento, podendo estes serem publicados, no site, em jornais e também no Diário Oficial, nos casos aplicáveis.

O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes considerando a idoneidade, qualidade, custo, prazo de entrega, durabilidade, garantia, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso,

sendo considerado o menor custo aquele que resulta da verificação e comparação de fatores utilizados, que além dos termos monetários, envolvem também os aspectos técnicos.

Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados as respectivas certidões negativas de débitos e, após escolhidos os fornecedores, os contratos terão prazo determinado e poderão ser prorrogados, desde que comprovada a vantajosidade, sendo que poderá ser exigida a prestação de garantia, como Caução; Fiança bancária ou Seguro-garantia. Os fornecedores que descumprirem o contrato elou com histórico de má prestação de serviços poderão perder 0 direito da compra/contratação e ficarem suspensos de licitar pelo período de até 2 anos, além da perca da garantia ofertada, e acionamento de instâncias judiciais, conforme o caso.

Para todas as compras e contratações será exigido o respectivo documento fiscal com o conteúdo detalhado, quantidades, período e identificação da unidade atendida.

Não será mantido nenhum tipo de relacionamento comercial com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, não sendo permitidos conflitos de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação.

Conforme disposições legais e princípios do INSTITUTO CEM, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado a unidade, na forma da legislação vigente.

Para fins da Gestão de Material e Patrimônio, os recebimentos destes serão realizados conforme regulamentação própria, destacando que os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão, destinar-se-ão exclusivamente às atividades ligadas ao mesmo**.**

PROPOSTA DE LOGISTICA DE SUPRIMENTOS

Gestão de Suprimentos e Logística: gerenciamento e operacionalização dos fluxos de bens, serviços, consumo e informações, com o objetivo de otimizar os recursos financeiros através da compra programada, com distribuição para as unidades de acordo com a necessidade mínima de estoque e dispensação aos usuários considerando a prescrição do profissional médico.

4.1.2 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM

INTRODUÇÃO:

Esta Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores tem a finalidade de informar os procedimentos a serem adotados para avaliar e monitorar a performance dos fornecedores e prestadores de serviços, bem como, as regras gerais de fornecimento.

Dentro da sua política de acompanhamento dos fornecedores e prestadores de serviços, designa-se a estabelecer condições comerciais adequadas e fornecer informações necessárias nos pedidos de compras de produtos e contratação de serviços.

O “Regulamento de Compras e Contratações para a Gestão de Unidades Públicas Estaduais”, disponível no sítio eletrônico do INSTITUTO CEM, opção “Transparência” / “Regulamentação de Contratação de Bens e Serviços”) faz parte indissociável desta Política.

NOSSA POLÍTICA DE RELACIONAMENTO COM OS FORNECEDORES

Nosso principal objetivo é o de prestar a assistência aos usuários/pacientes respeitando as normas técnica, qualidade e humanização.

Para atendimento desta condição, necessitamos contar com a participação de fornecedores que apresentem as melhores tecnologias, processos de produção e prestação de serviços.

SOBRE O CADASTRO DE FORNECEDORES

Através do site, os fornecedores e prestadores de serviços interessados podem ter acesso ao Regulamento de Compras, acessando o link “Transparência”; bem como se cadastrando poderão ter acesso aos instrumentos convocatórios (Edital ou Solicitação de Orçamento), acessando o link “Compras e Contratações” (“Em andamento” e/ou “Concluídas”).

Não obstante aos cadastros de fornecedores e prestadores de serviços, o INSTITUTO CEM, solicita informações complementares necessárias para a correta identificação destes nas Ordens de Compra e Contratos emitidos, haja vista a utilização de recursos públicos.

A inclusão dos fornecedores e prestadores de serviços no cadastro não implica vínculo de aquisição ou contratação, ou consultas para o fornecimento e/ou serviços.

CLASSIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

O INSTITUTO CEM classifica os fornecedores e prestadores de serviços como:

“Críticos” – fornecedores de produtos e/ou serviços cujo volume financeiro comprometa os maiores investimentos;

“Não-Críticos” - demais fornecedores de produtos e/ou serviços.

Não obstante à classificação de fornecedores, não existe nenhum tipo de prioridade ou vantagens a quaisquer fornecedores ou prestadores de serviços.

POLÍTICA DE PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Definiu-se, dentre outros, como um de seus valores institucionais a consciência ecológica. Desta forma, a instituição busca sempre atender à legislação ambiental, com

investimentos voltados a novas tecnologias que mitiguem as causas de danos ao meio ambiente.

Destaca-se a obtenção do Certificado “Green IT”, representando a destinação correta dos cabos elétricos e da rede lógica que foram substituídos.

ÉTICA PARA COM OS FORNECEDORES

Todo o processo ético visa a inspirar confiança na manutenção de uma relação transparente, sólida, duradoura e de elevado nível entre as partes, por isso buscamos oferecer um cuidado ético e humanizado, orientado por valores como respeito, comprometimento e responsabilidade individual e coletiva para a prestação de serviços e/ou fornecimento de bens / produtos com qualidade.

Parceiros e Fornecedores: Agir eticamente nas relações comerciais e de parceria, orientando-se pela qualidade, transparência, idoneidade e o respeito nas relações profissionais. Não poderão participar das compras ou contratações com o INSTITUTO CEM, dirigente ou empregado da entidade, cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, até o 3º grau.

Não será permitido o recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, sob pena da exclusão do fornecedor/prestador de serviços e punição aos profissionais envolvidos.

MODALIDADES DE COMPRAS

As modalidades de compra e contratação utilizadas pelo INSTITUTO CEM são previstas no respectivo Regulamento de Compras e Contratações.

DOCUMENTOS DE COMPRAS/CONTRATAÇÃO

Ordem de Fornecimento/Compra:

Ordem de Fornecimento/Compra é o documento que rege as disposições gerais de garantia de fornecimento, condições comerciais, requisitos da qualidade, regras de atendimento aos prazos de fornecimento e outros, autorizando aos setores competentes ao recebimento do produto ou serviço.

Contrato de Prestação de Serviço/Fornecimento Parcelado de Produtos:

Para contratação de serviços de mão de obra ou fornecimento parcelado de produtos, o INSTITUTO CEM poderá utilizar-se, conforme a complexidade do objeto, das normas e procedimentos amparados por contratos específicos e estabelecidos em comum acordo com seus fornecedores/prestadores de serviços. Esses contratos visam à garantia de todos os fornecimentos de serviços ou entrega de bens dentro das especificações estabelecidas e atendimento a todos os requisitos legais pertinentes.

ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

Os Setores que estão autorizados a enviar documentações aos fornecedores e prestadores de serviços são:

Supervisão de Compra/Setor de Contratos e Licitações: Solicitação de Compras, Contratos, Especificações Técnicas e Desenhos;

Diretoria: Relatórios de Performance de fornecedores, ofícios, notificações, autorização de compras de urgência e, ou qualquer outro tipo de documento;

Supervisão de Material e Patrimônio / Farmácia / Almoxarifado e Executores de Contrato: Programações de Entrega de Materiais e Notificações de Não-Conformidades.

Não serão reconhecidos quaisquer outros documentos que eventualmente autorizem a aquisição de materiais ou serviços emitidos por outras áreas, ficando sob responsabilidade do fornecedor/prestador de serviços qualquer entrega de bens ou prestação de serviços sem a devida aprovação.

SISTEMA DA QUALIDADE

É de inteira responsabilidade do fornecedor o atendimento aos requisitos dos produtos/serviços fornecidos. Neste, reservamo-nos no direito de inspecioná-los sempre que julgar necessário.

Nos processos de inspeção, poderão ser utilizados métodos amostrais para certificar a conformidade do produto, e outros que se julgarem pertinentes ao caso in concreto; o que não exime o fornecedor de prover um produto livre de defeitos e em conformidade com os requisitos especificados (desenhos, narrativas, especificações técnicas, etc.).

Produtos ou serviços que apresentarem características críticas, que não possam ser detectadas nos processos de manufatura ou que necessitem de inspeção contínua, podem ser auditados nas instalações do fornecedor/prestador de serviços, com ou sem aviso prévio, conforme requisitos especificados.

Visitas ao Setor de Compras / Gerência de Contratos:

A visita de fornecedores e prestadores de serviços para apresentação de produtos ou serviços ocorrerá em dias e horários previamente agendados, com o responsável pelo Setor.

GARANTIA DA QUALIDADE DE PRODUTOS E / OU MATERIAIS FORNECIDOS

Considera-se que os fornecedores e prestadores de serviços devem garantir seus produtos e serviços desde a entrega em perfeitas condições, sem quaisquer vícios ou defeitos, assim como a manutenção durante o prazo de garantia.

Se o produto ou serviço apresentar defeito ou estiver em desconformidade com as especificações acordadas, os seguintes procedimentos serão adotados:

Se a ocorrência for constatada antes da sua concretização ou utilização, esta o rejeitará e efetuará a sua devolução por conta e risco do fornecedor/prestador de serviço, devendo este ressarcir ao Contrato de Gestão pelo valor correspondente ao preço vigente do produto/serviço e demais custos logísticos ou, poderá o INSTITUTO CEM, alternativamente, a seu critério, em consenso com o fornecedor/prestador de serviço, promover a sua recuperação, arcando o contratado com os custos correspondentes;

Se a ocorrência for constatada posteriormente à instalação ou utilização, o fornecedor/ prestador de serviços, além das obrigações referidas no item 1, responderá pelos custos decorrentes da troca e/ou reparo do produto ou serviço defeituoso, bem como pelos custos agregados inerentes;

Independentemente do momento em que for detectada a ocorrência (produtos, equipamentos e/ou serviços), se esta representar risco ao paciente ou a quem vier a manusear, deverá ser notificada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a outros órgãos competentes.

AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES NA ENTREGA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

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

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

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de produtos em geral:

- Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;

- Procedimentos de faturamento realizados corretamente.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de insumos de Nutrição:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Relacionamento entre cliente-fornecedor;
- Cumprimento de normativas legais de produtos específicos.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos Almoxarifado Geral:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Os materiais e produtos estão devidamente registrados nos órgãos e ou autarquias competentes (ANVISA, MS, INMETRO);
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos da Farmácia

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Temperatura dos insumos termolábeis.
- Produtos entregues dentro do prazo de validade
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores serviço em geral

- Número de profissionais conforme contratado;
- Substituição de profissionais em caso de faltas, período de férias e atestados;
- Cumprimento do cronograma de treinamento;
- Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (validade do C.A);
- Fornecimento de uniformes e crachás;
- Apresentação ao SESMT de documentos, referentes à segurança do trabalhador;
- Apresentação de documentação fiscal (Certificados, alvarás, licenças dentre outros);
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Cumprimento do prazo de recolhimento e entrega do enxoval na rouparia e clínicas;

- Cumprimento do horário para servir as refeições;
- Prazo de atendimento para avaliação (laudo técnico);
- Prazo para apresentação dos orçamentos;
- Cumprimento dos prazos de conclusão dos serviços;
- Integridade física dos bens patrimoniais;
- Bens patrimoniais higienizado na devolução;
- Qualidade dos serviços fornecidos;
- Cumprimento das garantias dos serviços.

A avaliação de fornecedores e prestadores de serviços será definida como:

- SATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- INSATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação for inferior a 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- SATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- INSATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação for inferior a 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho.

Quanto à avaliação de critérios subjetivos que dependem de julgamento do Supervisor de Compras e/ou dos supervisores (de almoxarifado, farmácia e nutrição) ou executores dos contratos, esta, se dará através da apresentação escrita (e-mail ou ofício) dos questionamentos e da respectiva resposta do fornecedor/prestador de serviços.

Quando da ocorrência de não conformidades, o fornecedor/prestador de serviço será prontamente comunicado pelo executor do contrato, através de e-mail, para tomar ciência e providências no sentido de solucionar as falhas apontadas.

Quando a avaliação de insatisfatório se mantiver por mais de duas entregas, o fornecedor será oficiado e/ou notificado extrajudicialmente para apresentação de ações de correção da não conformidade, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses.

Em se tratando de prestação de serviços, a comunicação feita via e-mail pelo executor do contrato sobre eventuais não conformidades, será para ciência e providências imediatas, podendo ser suspensa execução das atividades até a

correção das falhas. Caso o problema persista e conforme os riscos envolvidos aos pacientes e profissionais, o prestador do serviço deverá ser oficiado e/ou notificado extrajudicialmente, devendo apresentar as ações de correção das não conformidades, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses, além das demais penalidades contratuais.

Os ofícios, notificações extrajudiciais e as comunicações de eventuais punições aos fornecedores/prestadores de serviços serão expedidas pelo INSTITUTO CEM.

QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Visitas Técnicas para Qualificação da Capacidade Técnica:

Quando da contratação e, a cada 02 (dois) anos, os fornecedores críticos receberão visitas in loco para avaliação da capacidade técnica para cumprimento das obrigações assumidas no contrato de compra e venda de produtos e/ou de prestação de serviços. Os fornecedores críticos são definidos pelos supervisores, executores de contratos, coordenadores de serviços e supervisão de compras. As visitas técnicas serão realizadas pelo executor do contrato e um profissional técnico, de acordo com a especificidade de cada setor.

No caso de fornecedores de fora do estado que forem acreditados, a visita técnica poderá ser dispensada, utilizando-se, apenas, avaliação documental.

Método de Qualificação da Capacidade Técnica

A avaliação será realizada in loco a partir da coleta de informações através de um checklist elaborado pela supervisão de cada setor. As notas variam de 0 (zero) a 10 (dez) pontos sendo:

1 Qualificado - entre 08 (oito) a 10 (dez) pontos ou entre 80% a 100%;

1 Necessita melhorias - entre 06 (seis) a 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% a 79%;

1 Não qualificado - abaixo de 06 (seis) pontos ou < 60%.

DESENVOLVIMENTO DE FORNECEDORES

O fornecedor que alcançar entre 06 (seis) e 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% e 79% será notificado, via e-mail, indicando as não conformidades e deverá apresentar plano de ação de melhorias para o cumprimento das exigências apontadas no relatório de visita técnica em até 15 (quinze) dias. O desenvolvimento das ações propostas será acompanhado pelos coordenadores dos setores e validado de acordo a metodologia de qualificação.

Ressalta-se que nos casos de fornecedores/prestadores de serviços críticos/estratégicos; ou seja, aqueles relacionados a fornecedor único (exclusividade de representação/assistência), importação e ausência de produto similar, bem como aqueles cuja ausência dos produtos ou serviços representem riscos para os pacientes e/ou profissionais e que tiverem avaliação abaixo de 6 (seis) pontos ou 60%, serão igualmente notificados e instados a apresentarem em até 15 (quinze) dias, plano de ação de melhorias para correção das não conformidades; sendo que a continuidade do fornecimento de produtos/serviços deverá ser acompanhada pelos supervisores/executores, visando a garantia da segurança dos pacientes e profissionais.

Objetivando desenvolver qualitativamente os fornecedores/prestadores de serviços que forem avaliados com pontuação inferior a 8 (oito) pontos ou 80% e fortalecer a cadeia de suprimentos, os supervisores/executores deverão:

- Dar suporte indicando a legislação aplicável a cada caso;
- Orientar sobre os critérios de avaliação utilizados;
- Apresentar as empresas com melhores desempenhos como referência para o aperfeiçoamento dos processos (benchmarking);
- Buscar novos fornecedores.

CRITÉRIOS DE DESQUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E

SERVIÇOS

As empresas contratadas poderão ser desqualificadas e impedidas de fornecer produtos e/ou serviços o INSTITUTO CEM sempre que ocorrer:

- Ausência de registro de materiais, equipamentos e medicamentos nos órgãos competentes;
- Ausência de registro da empresa nos órgãos competentes;
- Ausência de registro do responsável técnico da empresa no órgão de classe;
- Dificuldade ou impedimento de acesso às instalações do fornecedor para fins de Vistorias Técnicas;
- Pontuação abaixo de 6 (seis) na visita técnica (exceto fornecedores críticos/estratégicos);
- O não cumprimento do Plano de Ação de Melhoria apresentado;
- Descumprimento das garantias dos produtos e/ou serviços.

Nos casos de pareceres negativos emitidos pela equipe técnica da Policlínica sobre produtos e serviços, a aquisição / contratação destes será suspensa, podendo as contratadas fornecerem os demais itens de seu portfólio. O mesmo se aplica às suspensões definidas pela ANVISA.

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE ENTREGAS DE MATERIAIS

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

Esta programação será enviada aos fornecedores por meio de e-mail, com a devida antecedência.

Ao fornecedor cabe a responsabilidade de analisar criticamente o Edital – Termo de Referência – onde constará a Programação de Entregas. A não manifestação por parte do fornecedor indica a aceitação das condições estipuladas neste documento.

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

GARANTIA DE ENTREGA DOS PRODUTOS E OU SERVIÇOS

A mora do fornecedor na entrega dos produtos em conformidade com as especificações exigidas ou acordadas autorizará o INSTITUTO CEM, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, a decidir-se por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou, postergar o pagamento dos produtos/serviços na proporção da mora incorrida pelo fornecedor na sua entrega.

Se o fornecedor, contrariando a previsão da Solicitação de Compra, antecipar a entrega dos produtos/serviços, poderá o INSTITUTO CEM, a seu critério, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, optar por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou efetuar o pagamento dos produtos de acordo com as condições previstas na Ordem de Compras.

A entrega de produtos / realização de serviços deverá ser efetuada no endereço estipulado, em local específico e horário previamente / estipulado na Ordem de Compra;

Caso o fornecedor não promova a entrega/realização do produto/serviço, no prazo ora acordado, poderá ser penalizado de acordo com o previsto no Regulamento de Compras e Contratações.

SEGURANÇA E HIGIENE DO TRABALHO

São requisitos obrigatórios e indispensáveis a todos os fornecedores os cumprimentos à legislação pertinente à Segurança do Trabalho.

Quando se tratar de produtos que necessitem de transporte especial deve-se atender à legislação vigente.

Em face disso, o INSTITUTO CEM adotará rígida disciplina, coibindo atividades ou ações que exponham a riscos as pessoas ou ambientes da Unidade.

CIÊNCIA – FORNECEDORES

Os fornecedores interessados em cotar seus produtos e serviços para o INSTITUTO CEM devem ter ciência e estarem de acordo com o "REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES", bem como desta POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES.

4.1.2.1 Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços E Alienações

Capítulo I

DA FINALIDADE

Art. 1° O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo INSTITUTO CEM, com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade de Assistência à Saúde, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito do Estado de Goiás por meio do Decreto nº 9.184/18, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da Administração Pública, com observância aos princípios da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º O INSTITUTO CEM adotará procedimentos de compra, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento,

sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º Os procedimentos deste regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSTITUTO CEM, bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido INSTITUTO CEM dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. Relatório de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega,

forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se àquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se àquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se àquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3° Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSTITUTO CEM deverá:

§ 1° Manter os registros referentes às compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, de forma a permitir a operacionalização dos procedimentos, rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2° Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3° Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA/CONTRATAÇÃO, RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4° Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.

§ 5° Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6° Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4º Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .

§ 2º A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§ 3º As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito no art. 6º ou art. 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de no mínimo três propostas de preços ou PR meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM, poderão ser utilizados como valor estimado.

Art. 6º O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM, www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que foram realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

§ 1º Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§ 2º O INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço entre outros.

§ 3º Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM, as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7º Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§ 1º A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8º O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§ 1º Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelo INSTITUTO CEM, com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§ 1° O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.

§ 2° Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§ 3° O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10 Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de “Certidão Conjunta emitida pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

§ 1º A documentação que tratam os incisos II e VI deste artigo poderá ser dispensada nos casos de aquisição/contratação via ordem de compra.

§ 2º A documentação de que tratam os incisos VII a XI deste artigo poderá ser dispensada nos seguintes casos:

I. Aquisições/contratações no valor de até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

II. Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente colocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSTITUTO CEM, ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;

III. Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º Admitir-se como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras ou da comunicação interna direcionada ao Gerente Administrativo.

§ 5º O INSITITUTO INSTITUTO CEM aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNet.GO, em substituição aos documentos determinados no caput deste artigo.

§ 6º É vedada a realização de aquisição/contratação sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável a exigência dos documentos previstos nos incisos I ao VI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias especificas da contratação podem possibilitar o

cumprimento desse requisito por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.

Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observando o valor estimado para a compra/contratação.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termo do art. 6º.

§ 2º Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do art. 15 deste Regulamento.

§ 3º A observância do valor estimado para a compra/contratação de que trata a parte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realidade do mercado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM, poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12 Todas as compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

I. Nos casos de ordem de compra serão autorizadas pelo Gerente Administrativo;

II. Nos casos de contrato pelo Gerente Administrativo previamente no Relatório de Compras e pelo Gerente Geral no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM, independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Gerente Administrativo e Gerente Geral da Filial do INSTITUTO CEM .

§ 1º A autorização do Conselho de Administração poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 2º O Gerente Administrativo e Geral da Filial do INSTITUTO CEM, são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Gerente Geral a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art. 13 Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizadas no sito do INSITUTO INSTITUTO

CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM .

Art. 14 Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º Ficam os referidos Serviços, da mesma forma responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º Nos contratos celebrados pelo INSTITUTO CEM, bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no art. 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objetos do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha preço submetido a tabela controlada pelo governo, que não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, Organizações Sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerando o valor total da aquisição e/ou contratação vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Aquisição/contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não

atendimento imediato seja mais gravoso importando prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSTITUTO CEM, reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do art. 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizar dos valores registrado em Atas de Registros de preços vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1° Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2º As compras ou contratações realizadas com fundamento nos incisos VII, VIII, IX e X deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a , no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrados no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para a validação do valor contratado.

§ 3º As compras ou contratações realizadas com fundamento no inciso XI deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados, ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro

de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa Oficial.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata e facultativo nos demais casos em que o INSTITUTO CEM puder substituir por outros instrumentos hábeis.

§ 1º Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º Ficam excepcionalizados da formalização de contratos os seguintes casos de compras/contratações:

a) Aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) Aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) Aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00

§ 3º Para os casos que se tratem as alíneas “a”, “b” e “c” do § 2º, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra nos termos do inciso VIII do art. 2º deste Regulamento.

§ 4º A ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17 Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. Qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas;

VIII. Os índices de reajustes e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º Os contratos firmados com o INSTITUTO CEM terão vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º Os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo O INSTITUTO CEM, anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas estabelecidas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) meses, podendo, em casos excepcionais devidamente justificados, entender por um período não superior a 12 (doze) meses, com o objetivo de comprovar a vantagem da manutenção do contrato.

Art. 18 As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, deverão constar em termo aditivos.

Parágrafo único – Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de acréscimo que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% do valor inicial

atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50%, e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19 O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO CEM por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20 As relações contratuais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa-fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 21 Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSTITUTO CEM por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde, do Estado de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art. 22 A alienação de bens de que trata o art. 20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Gerente Administrativo, e confirmada pelo Gerente Geral e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM .

§ 1° Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2° A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverá ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23 Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSTITUTO CEM com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo

procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24 Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSTITUTO CEM por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art. 4º e parágrafo único, do art. 17, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 26 É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 27 É vedado ao INSTITUTO CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 28 O INSTITUTO CEM reserva-se o direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 29 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30 Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2019.

_____

Thadeu de Morais Grembecki

Presidente do Conselho de Administração

O almoxarifado é um importante setor das empresas, sejam públicas ou privadas, e consiste no lugar destinado à armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno. O tema é uma das principais matérias de estudo no campo da administração.

1. Histórico

O almoxarifado se constituía em um depósito, quase sempre o pior e mais inadequado local da empresa, onde os materiais eram acumulados de qualquer forma, utilizando mão-de-obra desqualificada. Com o tempo surgiram sistemas de manuseio e de armazenagem bastante sofisticados, o que acarretou aumento da produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez na obtenção das informações. O termo Almoxarifado é derivado de um vocábulo árabe que significa "depositar".

2.Conceituação

Almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionada à política geral de estoque da empresa.

3. Funções

Assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando necessário;

Impedir que exista divergência de inventário e perda de qualquer natureza;

Preservar a qualidade e as quantidades exatas;

Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

4. Eficiência no almoxarifado

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente:

Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;

Do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;

Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

5. Outros conceitos sobre almoxarifados

Analisando o organograma funcional de um almoxarifado podemos resumir as suas principais atribuições:

Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;

Entregar os materiais mediante requisições autorizadas aos usuários da empresa;

Manter atualizados os registros necessários.

Controle:

Embora não haja menção na estrutura organizacional do almoxarifado, o controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja recebimento, armazenagem e distribuição.

O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Recebimento:

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais é módula de um sistema global integrado, com as áreas de contabilidade, compras e transportes, e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

O recebimento compreende quatro fases:

1ª fase: Entrada de materiais;

2ª fase: Conferência quantitativa;

3ª fase: Conferência qualitativa;

4ª fase: Regularização.

Armazenagem:

Ao guardar materiais no almoxarifado, são necessários alguns cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

FASES DESCRIÇÃO

1ª fase Verificação das condições de recebimento do material

2ª fase Identificação do material

3ª fase Guarda na localização adotada

4ª fase Informação da localização física de guarda ao controle

5ª fase Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento

6ª fase Separação para distribuição

Distribuição: Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

Documentos Utilizados:

São utilizados os seguintes documentos no Almoxarifado para atendimento das diversas rotinas de trabalho:

Ficha de controle de estoque (para empresas ainda não informatizadas): documento destinado a controlar manualmente o estoque, por meio da anotação das quantidades de entradas e saídas, visando o seu ressuprimento;

Ficha de Localização (também para empresas ainda não informatizadas): documento utilizado para indicar as localizações, através de códigos, onde o material está guardado;

Comunicação de Irregularidades: documento utilizado para esclarecer ao fornecedor os motivos da devolução, quanto os aspectos qualitativo e quantitativo;

Relatório técnico de inspeção: documento utilizado para definir, sob o aspecto qualitativo, o aceite ou a recusa do material comprado do fornecedor;

Requisição de material: documento utilizado para a retirada de materiais do almoxarifado;

Devolução de material: documento utilizado para devolver ao estoque do almoxarifado, as quantidades de material, porventura, requisitadas além do necessário.

O profissional escolhido para cuidar das mercadorias e documentos deve possuir alto grau de sentimento de honestidade, lealdade, confiança e disciplina.

4.1.2.2 Funcionamento do Almoxarifado

O setor de almoxarifado exige o controle do estoque (quantidade, reposição, armazenagem, validade, controle do uso, etc.), mercadorias e produtos (de limpeza, de escritório, serviços, etc.), aquisição (levantamento de preços, pesquisa de fornecedores, registro das compras feitas e a fazer, arquivamento de notas) e outras tarefas afeitas ao almoxarife ou estoquista. Estas funções necessitam

observar critérios de racionalização, acondicionamento, localização, precisão, padronização, indicadores e documentação.

Na racionalização do almoxarifado deve-se ter em conta o cálculo das quantidades de produtos que se deve possuir em estoque.

No acondicionamento deve-se buscar a otimização das distâncias entre o local de estocagem e onde será usada, a adequação do espaço de guarda com o melhor uso de sua capacidade volumétrica.

Para a localização deve-se observar a facilidade em se encontrar aquilo que é procurado, através de etiquetagem, por exemplo, a fim de se evitar a entrega errônea de material, o que acarreta problemas no controle, tempo desperdiçado, etc.

Precisão de operação implica na exatidão das informações de controle com a realidade dos bens armazenados. A inexatidão dos dados provoca falhas de contabilidade, fornecimento, dentre outras.

Os materiais do almoxarifado devem ser padronizados, para fins de melhor controle das compras (fornecimento), e evitar falhas como a duplicidade de itens no registro.

O setor deve apresentar os indicadores de suas atividades, como relatórios de eficiência, a fim de proporcionar otimização do gerenciamento, controle do histórico dos itens, etc.

Documentação implica na confecção do manual técnico de almoxarifado, em que se defina de modo preciso as normas de identificação dos produtos, inventário, inclusão de novos itens, entre outros.

4.1.2.3 Logística de Materiais de Saúde: Estoque, Almoxarifado E Transporte Seguros

Na logística, é fundamental que alguns critérios sejam estabelecidos e que se tenha atenção a alguns cuidados no estoque, almoxarifado e transporte de produtos. Mas, antes de iniciar nossa conversa, vamos esclarecer alguns pontos:

O almoxarifado deve conservar os materiais de saúde e assegurar que estejam adequados, na quantidade e no local certos, quando necessário, além de também impedir que tenham divergências de inventário e perdas de qualquer natureza.

Ao colocar os materiais em um almoxarifado, o cuidado é comparado ao funcionamento de um banco, com entrada para estoque, ficha de depósito bancário, nota fiscal de compra, saída do estoque, cheque, requisição de material. A sua eficiência depende da redução das distâncias internas percorridas pela carga

e do aumento do número de viagens de ida e de volta, além do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas e da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O controle precisa fazer parte das atribuições de cada setor envolvido no organograma funcional, seja recebimento, armazenagem e distribuição, fornecendo as quantidades que estão à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

O recebimento dos materiais de saúde inicia na recepção junto ao fornecedor até os estoques, integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e funcionando como suporte entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. No recebimento, é possível observar quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

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

verificação das condições de recebimento do material

identificação do material

guarda na localização adotada

informação da localização física de guarda ao controle

verificação periódica das condições de proteção e armazenamento

separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

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

RECEBIMENTO

As atribuições para o recebimento basicamente são em quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização. Para a entrada de materiais, primeiramente a recepção dos veículos de transporte marca o início do processo de recebimento e precisa de uma triagem da documentação suporte do recebimento, além da verificação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, está autorizada pela empresa, assim como a constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual e se o número do documento de

compra consta na Nota Fiscal, cadastramento das informações referentes a compras autorizadas no sistema, e encaminhamento dos veículos para descarga.

As irregularidades e divergências constatadas em relação às condições de contrato, e sendo insanáveis, devem ser motivo de recusa do recebimento, incluindo anotações sobre as circunstâncias no verso da nota fiscal.

Para prosseguir com o recebimento dos materiais de saúde, é preciso efetuar o cadastramento dos dados atualizando os sistemas: Sistema de Administração de Materiais e gestão de estoques, Sistema de Contas a pagar e Sistema de Compras.

CONFERÊNCIAS DE MATERIAIS DE SAÚDE

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

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

A conferência Qualitativa garante a adequação do material ao seu fim, com uma análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, confrontando as condições contratadas na Autorização de Fornecimento com as consignadas na Nota Fiscal pelo Fornecedor. E para que o recebimento dos materiais seja de acordo com o contratado, são examinados os seguintes itens: características dimensionais, características específicas e restrições de especificação.

ARMAZENAGEM DE MATERIAIS DE SAÚDE

A utilização ideal do espaço disponível para armazenamento dos materiais necessita de uma análise das cargas, dos níveis de armazenamento, das estruturas para armazenagem e dos meios mecânicos que serão utilizados.

Conforme as características do material de saúde a ser armazenado, os critérios podem seguir alguns parâmetros, como: fragilidade, combustibilidade, volatilização, oxidação, explosividade, intoxicação, radiação, corrosão, inflamabilidade, volume ,peso, forma.

A disposição dos materiais não é definida por regras taxativas e por isso é preciso analisar os parâmetros acima para escolher a alternativa mais conveniente que melhor atenda ao fluxo de materiais, como: armazenamento por tamanho,

armazenamento por frequência, armazenamento especial, armazenamento em área externa, coberturas alternativas quando não é possível a expansão do almoxarifado.

Para otimizar a localização de materiais, é preciso estabelecer os meios necessários que facilitem as operações de movimentação e estocagem. Os sistemas de endereçamento ou localização dos estoques que podem ser considerados são o sistema de endereços fixos e o sistema de endereços variáveis.

Classificar e codificar os materiais facilitam o processo posteriormente, pois o acesso às informações estará mais claro e prático. E com a tecnologia, a identificação de materiais está sendo revolucionada, automatizando os processos para acelerar o seu manuseio.

ORGANIZAÇÃO INTERNA

A Unidade de Almoxarifado, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

FUNCIONAMENTO

Os horários de expediente dos Almoxarifados para fins de atendimento e liberação de materiais serão:

Entrada de Materiais

O local de recebimento físico dos itens, como regra, será sempre o depósito do Almoxarifado Geral, apenas. Em nenhuma circunstância os materiais poderão ser recebidos outros setores diferentes do descrito acima.

De acordo com a IN 205/88, o “recebimento é o ato pelo qual o material encomendado é entregue ao órgão público no local previamente designado, não implicando em aceitação. Transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor ao órgão recebedor”.

Como pode ser observado, o recebimento é o ato prévio à aceitação do material, transferindo apenas a responsabilidade pela guarda e não se confundindo com a aceitação. Temos neste caso o recebimento provisório. Para que o recebimento não ocasione problemas futuros, deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, de acordo com a supracitada IN, são documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;

Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;

Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;

Guia de Produção.

Conformidade Nota Fiscal

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes, espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros. Segundo a IN 205/88, constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

Conferência de Volumes

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues.

Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas. recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório.

Entrega de produto errado: Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

Regularização de Inconformidades

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado. Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de e-mail institucional.

Comunicação Formal de Chegada

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o setor de Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica.

Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração,

respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Recebimento definitivo

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito no certame licitatório, ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de técnico

especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressalvando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

Destinação do bem

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque da Unidade de Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o “Almoxarifado Especial”, que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

Entrada para o estoque

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado, ou seja, os itens de uso comum da Policlínica . Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Entrada com saída imediata

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

Transporte

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;

Usar veículo fechado;

Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;

Não deixar o veículo estacionado ao sol;

Manusear a carga com cautela;

Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

Itens de segurança

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais e produtos para a saúde e em suas dependências trabalham inúmeros colaboradores. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere a situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção de documento para fins de posterior encaminhamento à USOST (Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho).

Mapa de risco

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos da Unidade de Almoxarifado será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Limpeza e Conservação

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados (local específico para este fim).

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

Gestão de materiais

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando a segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Itens de alto custo/risco

Como forma de prevenção de danos ou eventuais furtos, será destinada uma sala exclusiva para o acondicionamento de itens de alto custo/risco, que por razões de alto valor ou de facilidade de danos ou furtos, terá seu acesso restrito.

O acesso às salas será restrito ao Chefe da Unidade de Almoxarifado, e nas suas ausências, por um substituto. Todo e qualquer acesso será registrado pelos seguranças patrimoniais e Atividade de suprimentos em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico “racionalização”, a responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada no Almoxarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender a Unidade de Saúde em suas atividades.

Cabe ressaltar que a Unidade de Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da Instituição. Os bens de uso e consumo para os Setores de Laboratórios, Lavanderia, Hotelaria, Nutrição (uso e consumo imediato) dentre outros, ficarão sob responsabilidade, controle e tutela dos respectivas Setores, ocasião em que a Unidade de Almoxarifado somente será responsável pela guarda dos bens para melhor utilização dos espaços físicos, quando necessário e mediante justificativa.

Mutirões de cirurgias, projetos, alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressuprimento do Almoxarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

Distribuição

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, a Unidade de Saúde ou Administrativa deverá comunicar formalmente o almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pela Unidade de Saúde ou Administrativa, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, esta deverá devolver os itens.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome da Unidade de Saúde ou Administrativa, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pela Unidade de Saúde ou Administrativa. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução

Na entrega, o servidor da Unidade de Saúde ou Administrativa, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais expedido pela Unidade de Saúde ou Administrativa, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída.

Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto à sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada na própria Unidade de Saúde ou Administrativa para eventuais conferências/fiscalizações.

Estoques de bens de consumo comum

Os bens de consumo comuns essenciais a toda comunidade de Assistência à Saúde e administrativa serão mantidos com estoques que atendam às demandas do HC, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A

lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será a Unidade de Almoxarifado e/ou o Setor de Padronização de Materiais, não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outras unidades. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Não serão mantidos estoques ou atas de registro de preços, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros, nos moldes apresentados pelo Setor de Padronização de Materiais.

Aquisições de materiais para o estoque

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de

consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsoletismo.

Manutenção dos estoques

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;

Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;

Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;

Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;

O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;

Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725-4:2009;

Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;

Materiais estranhos ao pertencente ao HC não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;

Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;

Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício. A contagem compreenderá o universo de 100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissão especialmente designada por Portaria específica para o inventário;

Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;

De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;

De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;

Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.

Objetivos dos inventários

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;

Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema

Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI);

Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;

Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;

Informar o estado de conservação dos bens e materiais;

Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

Constituição da comissão de inventário

Os inventários de almoxarifado são realizados por comissão, composta por, no mínimo, 3 (três) servidores titulares e seus respectivos suplentes, nomeados pela Superintendência desta Policlínica, preferencialmente, do quadro permanente, com conhecimentos técnicos específicos e grau de instrução adequado. Os servidores nomeados devem pertencer a unidades distintas.

Entre os membros da Comissão de Inventário, será designado um servidor, preferencialmente com experiência na área de Administração de Material, para presidir os trabalhos da Comissão.

Trabalhos da comissão de inventário

A comissão de inventário, de posse do ato de designação, comunicará, formalmente, às unidades a serem inventariadas, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, da data e hora de início de seus trabalhos.

Na comissão de inventário anual do Almoxarifado, é vedada a participação de mais de um servidor da Unidade de Almoxarifado, não podendo esse ocupar a Presidência da referida comissão.

Na realização dos inventários analíticos a comissão também deverá direcionar os seus trabalhos à verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de

forma a avaliar a gestão dos bens pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso na unidade.

Comissão permanente de avaliação, destinação e desfazimento de bens Após a realização dos trabalhos pela Comissão de Inventário, esta deverá elaborar relatório circunstanciado e fundamentado da avaliação, recomendando a destinação dos bens por meio de ata da Comissão subscrita por todos os membros.

Além disso, deverá repassar as informações para fins de que a Comissão Permanente de Avaliação e Destinação e Desfazimento de Bens possa realizar seus trabalhos no sentido de indicar a destinação para os bens que forem considerados inservíveis para a Administração.

Ademais, deverão avaliar os bens passíveis de desfazimento, classificando-os como ociosos, recuperável, antieconômico ou irrecuperável, recomendando o leilão, a cessão, a doação ou o abandono, conforme estabelece a legislação vigente.

O procedimento para o desfazimento de bens deverá ser efetuado mediante abertura de processo administrativo, devidamente autuado com anuência da Superintendência, ocasião em que cópia deste documento será arquivado na Unidade de Almoxarifado.

Publicidade dos atos

Procedida a realização de inventários, mesmo rotativos, os relatórios pertinentes ao balanço dos estoques das Unidades de Almoxarifados, e o balanço patrimonial dos itens deverão ser publicados, haja vista a necessidade de atender a publicidade aos atos administrativos e de gestão, e ao mesmo tempo possibilitar, com isso, o conhecimento e a fiscalização da legitimidade de seus atos pelos administrados.

Empréstimo

Às vezes o empréstimo entre as instituições públicas é uma solução imediata para evitar o desabastecimento ou para evitar perdas. Deve ser realizado somente após autorização da chefia imediata e mediante consulta e autorização escrita e justificada da parte envolvida. Deve-se informar o item, a quantidade, prazo para devolução, o lote e o prazo de validade do material em questão.

Deve seguir os mesmos fluxos de entrada e saída no controle de estoque, identificando a procedência. Os documentos relacionados ao empréstimo devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, identificando assim a movimentação efetuada.

Em nenhuma hipótese serão fornecidos materiais pelo almoxarifado com a finalidade de empréstimo a instituições privadas. A Unidade de Almoxarifado não

reconhecerá e tampouco autoriza empréstimos (concedidos/recebidos) realizados pelos setores assistenciais e/ou integrantes de equipes que não sejam afetos as Unidades de Almoxarifado.

Doações

A doação de material pode trazer benefício para os serviços de saúde, principalmente em situações de emergência, nas quais o abastecimento dos itens esteja prejudicado. No entanto, é preciso atentar para o fato de que em algumas situações as doações podem constituir problema para os serviços receptores. Como por exemplo, o recebimento de material médico não-padronizado no HC ou ainda em quantidade superior ao consumo do serviço até o final do prazo de validade, itens misturados ou quebrado, dentre inúmeros problemas que podem acontecer quando as doações não seguem orientações previamente estabelecidas.

O doador deve informar o receptor sobre todos os materiais que estão sendo considerados no processo de doação. A informação deve ser clara e detalhada sobre quantidades, apresentações, prazos de validade, dentre outros.

Princípios para doação

As doações devem atender a princípios que servirão de linha de julgamento para a decisão por parte do receptor sobre a aceitação ou não da doação, principalmente para as situações não previstas por estas diretrizes.

Devem ser avaliados sempre que houver oferta para a doação de produtos para a saúde. A observância dos mesmos evita que sejam aceitas doações que possam vir a configurar problemas mais sérios para os serviços de saúde.

O doador deve arcar com o custo de transporte e demais custos que por ventura surjam, até a entrega definitiva do material no local identificado pelo receptor, a menos que seja acordado o contrário.

Oferecer benefício máximo ao recebedor (as doações de itens não solicitadas devem ser desencorajadas);

O doador deve respeitar a vontade e a autoridade do recebedor;

Não deve haver nenhuma dúvida sobre o padrão de qualidade dos materiais/itens doados (se a qualidade do produto é inaceitável para que o mesmo seja comercializado, também será inaceitável para que seja utilizado pelos serviços públicos de saúde);

A comunicação entre o doador e o receptor deve ser efetiva, ou seja, as doações devem se basear na necessidade expressa do receptor e não devem ser realizadas sem o seu conhecimento.

INDICADORES DE GESTÃO -ALMOXARIFADO

A Unidade de Almoxarifado deverá procurar estabelecer um indicador de problemas apresentados e monitorá-lo ao longo do tempo, tais como:

Tempo de resposta do serviço;

Tempo de execução;

Quantidade de reclamações dos clientes;

Solicitações por cliente;

Quantidade de erros;

Entrega de material errado;

Entrega na quantidade errada;

Entrega de material sujo ou sem condições de uso;

Entrega fora do prazo especificado;

Demora na entrega;

Material entregue sem identificação;

Descortesia na entrega.

Desempenho

A falta de indicadores de desempenho, e de relatórios de apoio à gerência dificultam o controle do almoxarifado e impedem a tomada de decisão eficiente. A inexistência de relatórios de controle de movimentação impede consultas históricas sobre a utilização de cada item (kardex), dificulta a análise de consumo para estabelecer políticas de compras e impede a observação dos prazos de ressuprimento.

Acurácia

A diferença entre a quantidade de peças de um item existente no almoxarifado e àquelas registradas no sistema de gerenciamento de estoque constitui um grave problema de integridade e confiabilidade de dados.

Este fato ocorre devido à falha no registro, seja na entrada ou na saída de materiais, além de

digitação e baixa incorreta do código do material. Desta feita, a falta de acurácia no almoxarifado provoca erro no setor de escrituração, contabilidade, estoques e no custo dos setores.

ACESSO AO ALMOXARIFADO

O acesso à Unidade de Almoxarifado será restrito aos agentes públicos e colaboradores terceirizados, previamente identificados e autorizados, apenas. De igual forma, o acesso ao depósito dos bens que compõem os estoques do Almoxarifado será restrito estritamente para manutenção, guarda e acondicionamento dos mesmos, não podendo quaisquer agentes públicos ou colaboradores terceirizados adentrar no depósito, alterar a localização física, retirar ou inserir bens sem prévia autorização da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

Todas e quaisquer entradas e saídas de materiais e bens patrimoniais no depósito serão registradas, não se admitindo que outro setor, agente público ou colaborador registre a entrada ou sua saída no sistema, ou até mesmo retire o bem do depósito sem prévia anuência da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

SEGURANÇA PATRIMONIAL

O primeiro alvo da ação de invasores é, com certeza, o almoxarifado, pois é neste local que se encontram objetos de maior valor. É importante intensificar a guarda por esse ambiente com seguranças patrimoniais, câmeras de monitoramento em pontos estratégicos, além de mantê-los sempre bem fechados, seguro e com acesso restrito apenas aos funcionários autorizados.

RISCO DE INCÊNDIO

Deverá haver rotina interna estabelecida para vistorias periódicas e manutenção de equipamentos contra incêndio, verificar prazos de validade e necessidade de recarga, além de adoção de medidas que visem mitigar fragilidades que denotem riscos à proteção patrimonial.

Ademais, a utilização desses equipamentos ficará prejudicada devido ao acúmulo de materiais e ausência de ordenação do espaço físico do Almoxarifado, dificultando a circulação e acesso rápido aos itens. Tais fragilidades podem incorrer em risco à segurança dos profissionais, bem como danos aos estoques.

SEGURANÇA DOS TRABALHADORES

O uso do EPI (Equipamentos de Proteção Individual) é fundamental para garantir a saúde e a proteção do trabalhador, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. Além disso, o EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a

capacidade de trabalho e de vida dos profissionais durante e depois da fase ativa de trabalho.

Os equipamentos de proteção individual devem ser fornecidos aos funcionários que atuam nas dependências do Almoxarifado, ocasião em que se faz necessário a elaboração de um estudo dos riscos ocupacionais. Esse tipo de trabalho facilita a identificação dos perigos dentro da Unidade de Almoxarifado e ajuda o Setor à reduzi-los ou neutralizá-los.

Deverá também ser disponibilizada a FISPQ (Ficha de Informação e Segurança dos Produtos Químicos) para consulta e informação em caso de derramamento, vazamento ou contaminação.

4.1.2.4 Protocolos De Requisição De Material Ao Almoxarifado

Normas:

Requisitar em bloco de pedido ou ordem de serviço;

Discriminar o pedido;

Os pedidos podem ser feitos todos os dias, até as 09:00 horas.

Solicitações extras deverão ser encaminhadas ao almoxarifado no horário pré - estabelecido.

Ações:

Fazer solicitação de material no impresso próprio;

Discriminar o material solicitado, qualificando-o;

Datar e assinar o pedido;

Enviar o impresso com pedido ao almoxarifado até às 09:00 horas;

Solicitações extras deverão ser encaminhadas ao almoxarifado no horário de 10:00 às 11:00 horas;

Receber e conferir o pedido até às 10:00 horas;

PROTOCOLO ALMOXARIFADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº	Cópia Controlada

Almoxarifado	Data:	POP.QUA.001

1. OBJETIVO

O Almoxarifado é o local destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura da Policlínica. Sendo assim, o Almoxarifado tem como suas principais funções: Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Termo de Transferência, Termo de Empréstimo e Nota Fiscal) ou equivalentes; Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque; Registrar em Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde as notas fiscais dos materiais recebidos/adquiridos e encaminhar a Diretoria Administrativa para o envio ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento; Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras; Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados; Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados; Viabilizar o inventário semestral dos materiais estocados; Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente; Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente; Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo; Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados; Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição. Normatizar os procedimentos de entrada e saída de insumos/materiais adquiridos pela Policlínica Regional - Unidade Goiás; Garantir recebimentos dos materiais no que se refere à quantidade, qualidade e prazo de vencimento; Normatizar o acesso de pessoas no setor de almoxarifado; Assegurar de forma atualizada a quantidade e periodicidade dos materiais estocados (sistema de estoques máximos e mínimos); Garantir a integridade dos materiais armazenados, quanto à conservação, qualidade e limpeza dos produtos estocados; Suprir a demanda da Policlínica Regional - Unidade Goiás em todos os seus setores/departamentos, conforme a disponibilidade de estoque e prioridade.

2. REFERÊNCIA

A administração de Almoxarifados de órgãos públicos federais é regida pela Instrução Normativa Nº. 205 de 08 de abril de 1988 que tem como objetivo

racionalizar, com minimização de custos, o uso de material através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades. Para tal considera-se material como sendo uma designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos setores da Unidade de Assistência à Saúde – POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS.	Responsáveis Técnicos, Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde;

Sites para pesquisa de mercado;

Materiais de Papelaria e Escritório;

Computador;

Acesso a chamadas externas via telefone;

Impressora e

Sala com refrigeração.

6. DEFINIÇÕES

INSTITUTO CEM

SISTEMA DE GESTÃO CONTROLE DA UNIDADE DE SAÚDE: Sistema gerenciador administrativo e assistencial da Policlínica Regional - Unidade Goiás

ALM – ALMOXARIFADO.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES

O levantamento de necessidade de aquisição é setorizado por áreas:

* Aquisição de materiais administrativos;

* Insumos,

* Bens patrimoniais,

* Higienização e limpeza,

* Papelaria e escritório,

* Insumos radiológicos,

* Insumos químicos,

* Materiais de proteção individual,

* Produtos descartáveis,

* Insumos Hospitalares utilizados na Assistência,

* Materiais de Informática,

* Impressos,

dentre outros fornecidos pelo setor de almoxarifado, registrado no sistema, no ícone Suprimentos e utilitários.

Código 094

É feito o levantamento de necessidades de aquisição bem como a guarda e gerenciamentos dos produtos de acordo com a competência.

O levantamento é realizado a partir da consulta no Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde no módulo ESTOQUE – RELATÓRIOS- SUGESTÃO DE COMPRAS onde será aberta a janela:

1-) comprar o equivalente a, que deverá ser preenchida com: 1.6

2-) No campo Quantidade atual originário dos estoques deverá ser preenchido com o número 00094, que corresponde ao setor em questão.

3-) Logo após deverá ser clicado em CÓDIGO/PRODUTO, onde aparecerão todos os itens para fazer o filtro da relação de materiais a serem adquiridos, selecionando-os todos e clicando em OK em seguida.

4-) Clicar em imprimir, logo após o sistema gerará a relação dos itens desta área.

5-) A tela deverá ser salva em planilha no libre office/calc ou no word/excell

6-) Deve-se separar os itens por categoria:

a)- Higienização e limpeza;

b)- Descartáveis;

c)- Raios x;

d)- Informática;

e) - Impressos;

f)- Papelaria e escritório;

g)- Bem patrimonial.

7-) Por meio da média do consumo diário levantado pelo responsável pelo almoxarifado são solicitados os quantitativos necessários para a formalização do processo de aquisição;

8-) Deverão ser impressas separadamente, as telas por itens conforme descrito acima;

9-) Na tela Relatórios: Sugestão de compras do Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde modulo de ESTOQUE deve-se clicar no campo Código/Produto para gerar novamente a janela com a relação dos itens.

10-) Nesta tela, no campo inferior esquerdo deve-se clicar no campo: PESQUISAR POR CÓDIGO selecionando todos os itens desejados. Em seguida clicar em OK;

12-) Após o OK o sistema voltará para a tela RELATÓRIO; SUGESTÃO DE COMPRAS já com os itens selecionados para compra por categorias.

13-) Na mesma tela clica-se no campo GERAR SOLICITAÇÃO e será aberta uma nova janela com o nome: GERAR SOLICITAÇÃO DE COMPRA, onde aparecerá o nome do colaborador que está fazendo a solicitação de compra e o motivo da compra.

Estes motivos estão descritos em memorandos conforme solicitação de cada responsável por departamento e poderão ser diversos, conforme a necessidade e demandas dos setores.

As solicitações de compras não rotineiras deverão ser solicitadas a partir de memorando, apresentando as respectivas justificativas necessárias para uso do bem ou produto a serem adquiridos e do preenchimento de formulário constante no PORTAL na área do Módulo ALMOXARIFADO, com o nome de TERMO DE

REFERENCIA PARA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS (EXCETO MAT/MED DE ROTINA) A SER ENCAMINHADO JUNTO COM A SOLICITAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE.

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque. O Almoxarife efetua o pedido ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades dos setores requisitantes até a compra de nova remessa.

Tradicionalmente, a aquisição de materiais para o Almoxarifado se faz a cada início de mês com previsão de consumo para 1 (um) mès. Para tanto, o Almoxarife pesquisa a saída de materiais durante o período de um mês e requisita a quantidade necessária para atender por mais um mês, sempre observando o disposto no Item 2.5 da Instrução Normativa Nº. 205 de 08/04/1988 onde diz que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso, também daqueles propensos ao obsoletismo. Para a aquisição de materiais, se faz necessário o levantamento de, no mínimo, três orçamentos. Com os valores fornecidos pelas empresas, calcula-se a média e faz a requisição de compra em sistema informatizado, a qual deve ser enviada, anexa aos orçamentos, à Divisão de Compras quando necessário.

Como já descrito anteriormente após seleção dos insumos no sistema em que foi gerado uma nova listagem, esta é enviada para autorizo para o Diretor Administrativo que aprovará ou não a solicitação da compra.

Este material listado no sistema fará parte de um novo ícone no Sistema de Getão ERP, com o nome SUPRIMENTOS/UTILITÁRIOS/COMPRAS,

O sistema permite que se façam as correções, exclusões e inserções de novos itens caso tenham sido levantadas necessidades a posterior. Podendo modificar inclusive a quantidade solicitada ou solicitação de outro determinado item que por ventura tenha sido esquecido na fase de levantamento de necessidades.

O sistema não libera as quantidades dentro das medias calculadas. Caso seja necessário solicitar um item a mais do que o previsto pelo sistema ou a menos, esta solicitação deverá ser realizada diretamente no modulo COMPRAS e não passando pelo ESTOQUE/SUGESTÃO DE COMPRAS.

Ao entrar no referido ícone COMPRAS, poderão ser anexadas informações de especificação do produto a ser adquirido, também imagens, especificações

técnicas, observações, etc.

Tendo o cuidado de realizar todo o processo de uma só vez porque ao inserir os dados no sistema, a tela estará disponível automaticamente para a Diretoria Administrativa autorizar e validar o processo de compra.

Os documentos deverão ser impressos e ordenados por data. Para rastreabilidade deve ser feita pelo número do memorando na qual a solicitação é realizada. Esta solicitação então é remetida para a Diretoria administrativa e registrada no caderno de protocolo para acompanhamento e controle.

O processo de compras é realizado pelo setor de compras no Escritório/CEM em Goiânia e, acompanhado por meio do portal BIONEXO pelos responsáveis do setor de Compras. As solicitações deverão ser publicadas no Portal BIONEXO, em seguida no portal da Transparência/chamamentos no site do INSTITUTO CEM , para que as empresas tomem conhecimento da necessidade de aquisição e possíveis participação das cotações.

Apresentadas as propostas de melhor preço e exigências do Termo de Referência quando necessário, e aprovação da Superintendência do INSTITUTO CEM conforme recurso autorizado e alocado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Após autorizada e realizada a compra, o Setor de Compras da INSTITUTO CEM envia por e-mail a autorização de compras chamada “BIONEXO ou ORDEM DE COMPRA” em formato PDF, essas informações estão constantes no SISTEMA do Portal Bionexo.

O Responsável pelo almoxarifado imprimirá esse relatório do Bionexo em duas vias, sendo que na primeira via serão anotadas as alterações necessárias como alteração do telefone, endereço entre outros dados do fornecedor caso necessário. A segunda via irá para o setor financeiro para fins de pagamento da nota fiscal. É por meio deste relatório que a compra deverá ser acompanhada.

Obs.: Os produtos não poderão ser recebidos sem o Relatório de Confirmação de Compras, ou seja, sem o BIONEXO conhecido como ORDEM DE COMPRA.

MODELO DO RELATÓRIO DE CONFIRMAÇÃO DE COMPRAS

RECEBIMENTO DO PRODUTO

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado da unidade de saúde - POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas. São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos: Nota Fiscal, e Nota Fiscal/Fatura e termo ou Nota de Transferência. Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material/produto, quantidade, unidade de medida; código; data da entrega; fabricante; embalagem, se caixa, se unidade, se litros, etc.; preço unitário e preço total; quantidades entregues de acordo com a quantidade solicitada.

Observando-se que, quando o material/produto não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o responsável do Almoxarifado, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega. Na rotina para Recebimento de materiais a empresa transportadora deve aguardar sua vez para o atendimento do recebedor do almoxarifado, devendo este: Retirar a ordem de compra " BIONEXO" e conferir com a nota fiscal enviada pelo fornecedor. Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da ordem de compra "BIONEXO".

O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o responsável do Almoxarifado, indicar o local adequado para colocar material/produto. O responsável pelo Almoxarifado deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes e unidades dos produtos/itens entregues de acordo com a ordem de compra "BIONEXO" e nota fiscal.

No ato do recebimento, se o responsável pelo Almoxarifado verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso da nota fiscal: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização. Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve datar, assinar e carimbar no canhoto da nota fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almoxarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto à natureza da operação, muitas vezes caracterizada "Simples Remessa". Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.

Se constatado alguma irregularidade no material recebido durante sua conferência, o Almoxarifado deve providenciar junto ao fornecedor sua resolução, estando o responsável pelo material ciente deste processo. Em caso de devolução, o Almoxarifado deve escrever no verso da "Nota Remessa / Devolução" e justificar o motivo da devolução e providenciar, em comum acordo com o fornecedor, o meio mais eficiente para devolução do material. Toda entrega de material adquirido por um órgão público deve ser realizado no Almoxarifado, salvo quando

o mesmo não possa ou não deva ser ali estocado ou recebido, entretanto, qualquer que seja o local de recebimento, o registro de entrada do material será sempre no Almoxarifado.

A conferência da nota deverá ser rigorosa, porém caso haja não conformidades com a nota e não com o produto, este não deixa de ser recebido, para posteriormente as não conformidades da nota sejam resolvidas diretamente com fornecedor que deverá remeter nova nota fiscal corrigida ou carta de correção.

Durante a conferência do produto, se houver necessidade da avaliação de determinado setor específico como a engenharia clínica, o coordenador de enfermagem, o mesmo é convocado para validarem e atestarem o produto a serem recebido. Assim deverá se processar com todos àqueles que fizeram solicitação de compras que não estão dentro do rol de produtos rotineiros, exemplo, estetoscópios, oxímetros, etc. quando da entrega do produto que deverá ser acompanhada pelos responsáveis solicitantes dos mesmos que munidos do relatório da confirmação de compras “Bionexo”, deverão proceder com o recebimento da mercadoria.

Caso este relatório não esteja no sistema ou em mãos, é solicitado ao setor de compras/CEM via telefônica e e-mail a cópia do referido relatório. Caso o produto não esteja de acordo com o relatório Bionexo, este não poderá ser recebido. O fornecedor deverá atentar-se para as especificações da ordem de Compra cotada durante o processo no portal bionexo. Essas conferidas e validadas pelos interessados solicitantes.

É retirada cópia da nota fiscal que deverá ser atestada pelo responsável do setor solicitante datando e assinando. Esta será arquivada no caderno de controle de atesto do Almoxarifado. Procedimento valido para todos que realizou a conferência e validação no ato da entrega do produto.

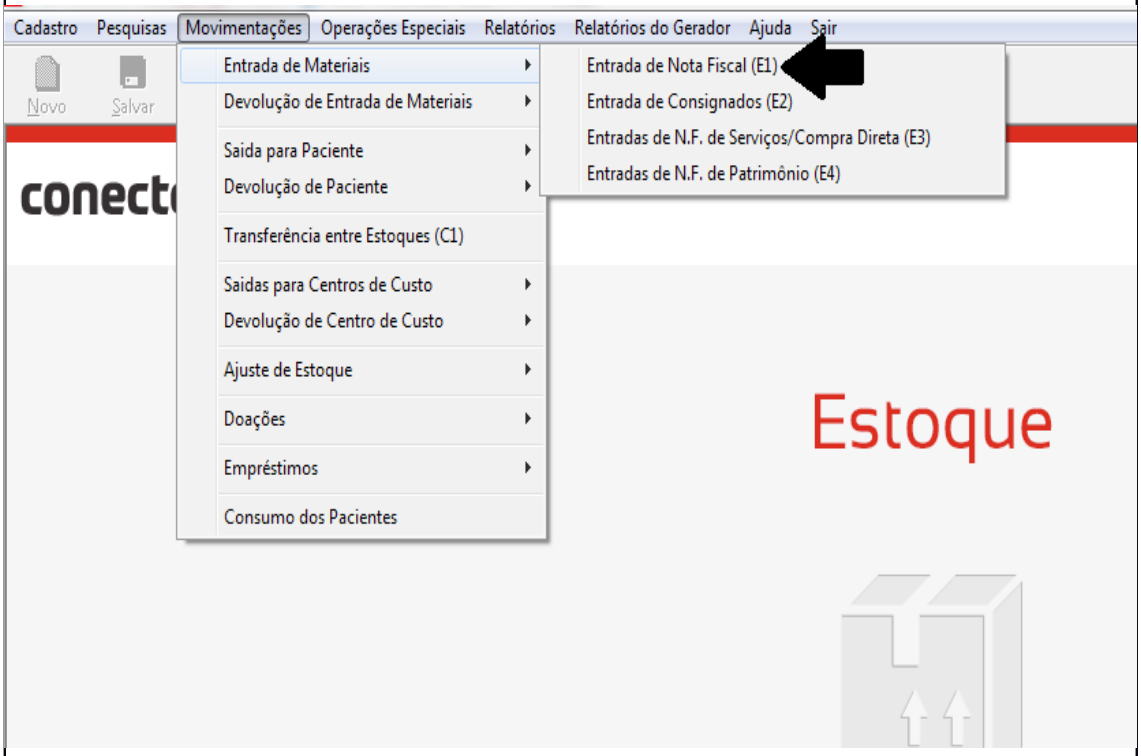
LANÇAMENTO DA NOTA FISCAL

Após a conferência do material e este estando de acordo com as especificações e quantidades adquiridas, será realizado o lançamento da Nota Fiscal em sistema informatizado SALUX de acordo com a ordem de compra e nota fiscal. Após o lançamento, o Almoxarifado valida com dois carimbos atestando a nota fiscal: Um de atesto e outro lançado no estoque dando seu acordo para pagamento e, por fim, envia ao setor competente neste caso Diretoria Administrativa.

O lançamento da nota fiscal se dá por meio do Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde, pelo modulo estoque:

Ao entrar no Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde, no modulo

estoque clica-se em movimentações, depois entrada de materiais, em seguida entrada de nota fiscal (E1).



Ao entrar na Movimentação: Entrada de nota fiscal (E1), clica-se em novo e inicia o lançamento da nota fiscal. Se o pedido já estiver no sistema, deve-se selecionar o campo pedido do sistema e prosseguir com o lançamento colocando todos os dados solicitados tais como: Código do fornecedor, para selecionar o fornecedor, código do estoque, condições de pagamentos, número da nota fiscal, número de série e data da emissão da nota fiscal e em seguida realizar a conferência dos itens já importados pelo pedido do sistema, em seguida realiza uma conferência geral para averiguar a certeza de todos dos dados, inclusive os respectivos valores unitário e valor total e, por fim, clica em salvar para concluir o lançamento da nota fiscal.

Caso, o pedido não esteja lançado no sistema pelo setor de compras deve-se seguir com o mesmo procedimento, porém não selecione o campo pedido do sistema. Prossegue selecionando o código do fornecedor, para selecionar o fornecedor, código do estoque, condições de pagamentos, número da nota fiscal, número de série e data da emissão da nota fiscal e clicar em selecionar itens, neste caso seleciona todos os itens mencionados na nota fiscal com as quantidades e os valores corretos, valores unitários e valor total uma vez que neste lançamento os itens ainda não estão disponíveis no sistema, em seguida realiza uma conferência geral para averiguar a certeza de todos os dados e, por fim, clica em salvar para

concluir o lançamento da nota fiscal.

Após o lançamento da nota fiscal, e validação da mesma através dos carimbos adequados mencionados anteriormente, o responsável pelo lançamento da nota fiscal faz um memorando encaminhando a nota fiscal para Diretoria Administrativa, para posterior envio para o departamento Financeiro/CEM para pagamento.

Todos os memorandos de envio são protocolados no caderno de protocolo para controle dos memo. enviados, para futuras rastreabilidades, caso se façam necessários.

ARMAZENAMENTO DO PRODUTO

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

Verificação das condições de recebimento do material;

Identificação do material;

Guarda na localização adotada;

Informação da localização física de guarda;

Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;

Separação para distribuição.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

Máxima utilização do espaço;

Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);

Pronto acesso a todos os itens;

Máxima proteção aos itens estocados;

Boa organização;

Satisfação das necessidades dos clientes. No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos: Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume); Corredores (facilidades de acesso); Portas de acesso

(altura, largura); Prateleiras e estruturas (altura e peso); Piso (resistência). Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma. Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais. Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

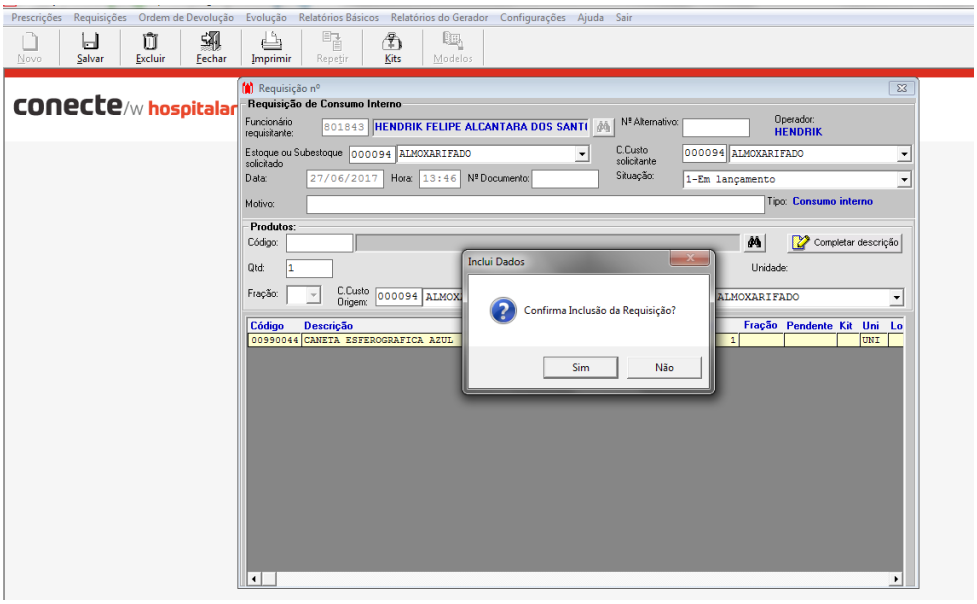
Em seguida, os produtos recebidos são alocados/estocados em seus lugares, categorias por categoria, ou seja, família por família de produtos. Sendo os produtos organizados por ordem. Os mesmos também devem ser organizados de acordo com o sistema PEPS (PEPS – Primeiro que entra, primeiro que saí), para evitar que produtos venham ter sua validade vencida no estoque por descuido.

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos de uma empresa, normalmente, se faz por meio de requisição específica - no nosso caso requisição eletrônica.

DISPENSAÇÃO DO PRODUTO

Os materiais de uso comum a diversos setores da Instituição são mantidos em estoque, sendo assim, o Almoxarifado possui atualmente mais de 150 itens em seu estoque cuja relação está disponível para consulta na internet na página da UTFPR Câmpus Medianeira. Estes materiais são entregues mediante requisição própria assinada por um servidor previamente cadastrado no sistema informatizado do Almoxarifado. Para que um servidor possa requisitar um material em estoque é necessária a sua liberação para uso do sistema, tal liberação se dá por meio do preenchimento do Cartão de Assinatura conforme Figura 3. Por meio desta solicitação, o Almoxarife inclui o servidor na lista de pessoas autorizadas a retirar os materiais em estoque.

A dispensação do produto é realizada a partir da necessidade de cada departamento da Unidade.



Cada responsável técnico, deve acompanhar diariamente o consumo dos insumos e materiais pertinentes aos seus respectivos setores.

A solicitação de matérias de consumo interno, deve ser feita no Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde na aba requisição eletrônica de acordo com o centro de custo solicitante. O requisitante após, realizar as solicitações dos insumos, deve realizar uma conferência antes de salvá-la, para ter a certeza de que os itens solicitados são e estão devidamente corretos.

O Departamento de Almoxarifado em suas atividades habituais realiza a conferência como também o controle das requisições de consumo interno.

O assistente do almoxarifado realiza a impressão de todas as requisições pendentes no sistema no período matutino, onde as mesmas passam por uma nova conferência pelo Responsável Técnico do Almoxarifado, justamente para

melhor controle dos insumos e materiais disponíveis no departamento.

Havendo necessidades de modificação na requisição analisada pelo responsável técnico do almoxarifado, é informado ao solicitante, para que corrija de acordo com as orientações do Almoxarifado, claro ambas as partes utilizando o bom senso. Isso apenas para um melhor controle no estoque dos produtos – conhecido como gestão do estoque. Após a adequação/edição da requisição a mesma estando habilitada de acordo com os padrões, poderá ser entregue.

Os horários de solicitações de requisição de consumo interno para o Almoxarifado da Unidade – POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS é das 08h:00 as 10h:00 de segunda a sexta para setores que não podem estocar produtos como centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica médica, administração dentre outros; podendo os mesmos retirarem seus produtos ou aguardar a disponibilidade do almoxarifado para realizar dentro do cronograma de atividades diárias as entregas. Já para os setores que podem estocar materiais e insumos como pronto socorro, farmácia, etc. Esses terão todas as terças-feiras de cada semana para requisitarem via Sistema de Gestão Controle da Unidade de Saúde seus respectivos produtos para consumo semanal e os receberão todas as sextas de cada semana.

É importante ressaltar que o Almoxarifado, não atende aos finais de semana e tampouco aos feriados, portanto todos os departamentos devem se programarem para não faltarem produtos em seus setores, mas devem solicitar de acordo com as demandas de uso para suprir as necessidades pertinentes a esse fim.

O assistente administrativo do Almoxarifado tendo a requisição impressa adequada, realiza a separação dos itens solicitados e faz as entregas aos departamentos da Unidade. No ato do recebimento dos itens, o recebedor deve assinar a requisição comprovando que recebeu os materiais e insumos. A impressão assinada tanto pelo entregador, quanto pelo recebedor é utilizada para dar baixa no sistema para comprovar a retirada do produto e para liberar do estoque no sistema e em seguida a mesma é arquivada para futuras auditorias e controle das dispensações.

CONTROLE DE ESTOQUE (INVENTÁRIO)

Com o objetivo de conferir e compatibilizar o saldo das contas dos materiais disponíveis no estoque do Almoxarifado com os registros contábeis, no início de cada semestre, o Almoxarifado providencia junto ao departamento de TI (Tecnologia da Informação) e Diretoria Administrativa a solicitação da abertura do Inventário no período designado para os responsáveis pelo Inventário no INSTITUTO CEM .

O responsável pelo Almoxarifado da Policlínica Regional - Unidade Goiás, envia um

e-mail para todo corpo de Diretoria e toda comissão de Inventario do INSTITUTO CEM, solicitando a abertura do inventário para a data definida. Após a confirmação por e-mail da comissão de Inventário do INSTITUTO CEM, é que o Almoxarifado local inicia a contagem dos itens.

Antes de realizar as contagens dos produtos do Almoxarifado prepara para a realização do Inventário, realizando a organização e separação dos produtos os deixando ao ponto de contagem, se for o caso separe até por lote. Em seguida o responsável pelo almoxarifado, imprime as listagens do inventário em duas vias: Sendo essas a relação dos itens a serem inventariados.

Será impressa em duas vias, pois a contagem será feita duas vezes por colaboradores distintos, para ter a certeza de que a contagem esteja realmente correta. Após as duas contagens são confrontadas as listas para verificar se em algum item houve divergência, se houver, esse item deve ser conferido/contado novamente, agora por uma terceira pessoa, ou seja, não será contado por nenhum dos colaboradores que já havia cotado o item. Caso não tenha nenhuma divergência/discrepância, segue com Inventário.

Em seguida o responsável pelo almoxarifado faz uma impressão de uma listagem de posição de estoque onde são transferidos os dados apurados através de todas as contagens para uma única lista, tendo divergências ou não; mas após a conferências realizadas pelo terceiro colaborador feito os confrontos com as duas listagens anteriores.

Ao transcrever os dados para nova listagem de posição de estoque, é observado nesse momento todas as divergências para mais ou para menos, havendo quaisquer uma dessas citadas o responsável pelo almoxarifado grifa em pincel amarelo para correção.

Após toda conferência na lista e grifadas as divergências, caso haja, a mesma é escaneada e enviada por e-mail para comissão de Inventário do INSTITUTO CEM, para as futuras correções e finalização do Inventário.

O responsável pelo Almoxarifado deve atentar por alguns detalhes:

* Antes de iniciar o Inventário, deve abastecer todos os departamentos da Unidade, para que evite faltar materiais e insumos aos departamentos;

* Deve-se enviar um e-mail para todos os responsáveis dos departamentos informando sobre a data e horário do Inventario, para que os mesmos também se programem com suas equipes, para evitar maiores transtornos;

* Deve-se anexar em murais um informativo sobre a realização do Inventário e

sobre o cronograma de atendimento no setor;

* Ao iniciar o Inventário é terminantemente proibido a movimentação no sistema de quaisquer espécies, salvo ações relacionados ao Inventário; sendo autorizado a movimentação no sistema após a finalização do mesmo.

* Deve-se aguardar um e-mail da comissão de Inventário do INSTITUTO CEM, validando o Inventario e finalizando o mesmo.

Após seguir atentamente todas as orientações acima, e finalizado o Inventário, o Almoxarifado, poderá voltar as atividades normais.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais
Não se aplica.
8. INDICADORES
Não se aplica.
9. DOCUMENTOS DE APOIO
Não se aplica.
10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Assistente Administrativo – Chefe Seção		
Revisão		Qualidade		
Revisão		Scih		
Aprovação		Diretor Administrativo		

Aprovação		Diretor-Geral		

Revisão Nº	Motivo	Data da Revisão

4.1.2.5 Política Ambiental

A proposta de uma efetiva Política Ambiental a ser implantada na Policlínica Regional - Unidade Goiás, voltada a partir de uma metodologia de controle de atividades, processos e ações. São evidenciados temas como: resíduos sólidos, hospitalares, energia elétrica; águas residuárias; consumo de água, reciclagem de materiais. O ambiente educacional e institucional propicia que as atividades na Policlínica Regional - Unidade Goiás possam ser certificadas, em busca da excelência nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Ao assumir a Policlínica Regional - Unidade Goiás, o INSTITUTO CEM efetuará um diagnóstico e uma avaliação da situação ambiental, a fim de promover a sustentabilidade .

DEFINIÇÕES

A auditoria ambiental, regida pelas Normas ISO 14000 — Sistema de Gestão Ambiental - SGA, visa à minimização dos efeitos nocivos ao ambiente proveniente de atividades industriais e similares. A Norma avalia as consequências ambientais das atividades, produtos e serviços da instituição que atendem à demanda dos usuários.

Neste contexto, a Policlínica Regional - Unidade Goiás deverá seguir uma política ambiental de tal modo que demonstrem estar comprometidas e que se estabeleça um fluxo de informações entre funcionários e os usuários. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS devera buscar a melhoria contínua de seus serviços e criar objetivos e metas que devem refletir os aspectos ambientais.

Neste panorama, será possível evidenciar o quanto a Política Ambiental congregada ao sistema de gestão ambiental é importante para a instituição, pois atesta a conformidade de seus fluxos e processo perante os serviços a serem prestados. Vale ressaltar que quando se trata de saúde é imprescindível buscar a excelência nos serviços prestados.

A presente Política Ambiental aborda a avaliação das atividades ambientais a serem efetuadas na Policlínica Regional - Unidade Goiás e a consolidação da política no aspecto institucional.

Objetivos

Diagnosticar o andamento das ações implementadas, com ênfase nas estratégias adotadas

Propor modelagem para continuidade da atuação da Política Ambiental visando obter a certificação das atividades.

Diretrizes

Avançar no desenvolvimento de planos, projetos e ações voltadas para a melhoria contínua da sustentabilidade ambiental;

Atender as legislações vigentes direcionadas a Gestão Ambiental;

Reduzir a geração de resíduos, o consumo de energia, água, papel e plástico.

Prevenir a poluição, executar projetos de reforma, implantação e operação, visando sempre à proteção do meio ambiente.

Incentivar por meio do Setor de Compras, para que os fornecedores de produtos e serviços possuam certificação e que representem menor impacto a modelagem dos sistemas ambientais agregados.

Manter diálogo permanente com funcionários, comunidades vizinhas, órgãos de controle ambiental e o público em geral, com o objetivo de abertura nas discussões para a adoção das melhores práticas de sustentabilidade.

4.1.2.6 Sistema de Gestão Ambiental —ISO 14000

A Gestão Ambiental consiste em um conjunto de medidas e procedimentos definidos e adequadamente aplicados que visam reduzir e controlar impactos introduzidos por um empreendimento sobre o meio ambiente. A Gestão Ambiental tem, como premissa básica, um comprometimento da alta direção da instituição com 0 estabelecimento de uma política ambiental clara e definida que irá nortear as atividades da organização com relação ao meio ambiente, assumindo compromisso formal com a sociedade, definindo suas intenções e princípios com relação ao seu desempenho ambiental.

Para cumprir sua missão institucional, na Policlínica Regional - Unidade Goiás, estabeleceremos como um de seus valores a responsabilidade com o meio ambiente

Um sistema de Gestão Ambiental (SGA) proporciona ordem e coerência aos esforços de uma instituição por considerar as preocupações ambientais, mediante a destinação de recursos, designação de responsabilidades e da avaliação contínua de práticas, procedimentos e processos.

A política ambiental adotada oferece diretrizes para o desenvolvimento e implementação de princípios e sistemas de gestão ambiental, bem como sua coordenação com outros sistemas gerenciais.

É necessário considerar que a integração da gestão ambiental nas distintas atividades requereu e gerou ao mesmo tempo uma enorme quantidade de informações, das quais os profissionais têm necessidade para executar suas tarefas. Entretanto, as informações geradas em uma área de competência podem ser de utilidade para os profissionais de outra área. Para que não haja duplicação de esforços, as informações e os conhecimentos gerados quando se incorpora a gestão ambiental nas distintas áreas de competência de uma organização não podem permanecer isolados, dentro dessas respectivas áreas, mas circular entre elas, de modo a serem partilhados pelos profissionais na instituição.

Salienta-se que os benefícios de uma Política Ambiental bem como 0 Sistema de Gestão Ambiental - SGA são muitos e, entre eles destacam-se as economias pelo melhoramento da produtividade e da redução no consumo de energia, água e materiais de expediente; o estabelecimento das conformidades com a legislação ambiental reduzindo, assim, os riscos de incorrer penalidades ou gerar passivos ambientais; a evidência de práticas responsáveis e melhora na imagem externa da instituição e a geração de oportunidades de pesquisa

No caso da Policlínica Regional - Unidade Goiás, a Política Ambiental bem como o Sistema de Gestão Ambiental - SGA passa a ser peça importantíssima na administração, pois traz consigo vantagens imensuráveis, como a melhoria da imagem da instituição perante os usuários e a própria melhoria do clima organizacional. O SGA contribui na redução do desperdício, na redução do índice de Infecção Hospitalar e na melhoria da qualidade.

Metodologia

A metodologia utilizada foi desenvolvida através dos dados setoriais e do diagnóstico / laudo efetuado no início da gestão, o que serviu de instrumento para nortear a ações a serem empreendidas. Sendo capitaneada pelas boas práticas já empreendidas no INSTITUTO CEM.

Ações Ambientais e Resultados

INFORMAÇÕES

Considerando 0 exposto sobre a Política Ambiental instituída e a possibilidade futura de pleitear a Certificação Ambiental, o primeiro aspecto a ser avaliado diz respeito ao fluxo de informações e a gestão ambiental estratégica a nível institucional. No caso específico em avaliação, a ações a serem evidenciadas, 0 que se observara na sobreposição de ações oportunas para que seja dado arranjo

específico via criação de uma comissão que tenha dedicação exclusiva para lidar com as questões voltadas para a Política Ambiental da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CONSIDERAÇÕES

É possível ter a imagem voltada para os aspectos ambientais. Dentro da Política Ambiental, na Policlínica Regional - Unidade Goiás sobe a gestão do INSTITUTO CEM, poderá ser uma chave para um grande passo no sentido de praticar o desenvolvimento sustentável em virtude de ser composto por especialistas em diversos assuntos os quais muitos tangem o meio ambiente.

Pequenas atitudes como a arrecadação do papel para reciclagem, promover campanhas do uso consciente de água e energia, uma vez que este influi diretamente a todos, estes ligados

A implantação de um sistema e modelagens ambientais mostrara-se bastante efetivo, uma vez que aumenta a vida útil da estrutura predial e diminui as indexações a passivos e ativos ambientais.

Neste sentido, a Política Ambiental Institucional pode criar melhores condições de trabalho para os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e profissionais, com ambiente diferenciado, tendo como princípios, a sustentabilidade, a prevenção, a precaução, a integração, a transversalidade do planejamento e execução, frente a interação das ações de educação ambiental e o acesso livre às informações.

4.1.3 Da Implantação De Logística De Suprimentos

Um dos maiores desafios da gestão pública, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, é ofertar à população serviços de saúde com qualidade, segurança e no tempo certo demandado pelo cidadão. Suprir as unidades de saúde atendendo aos princípios da legalidade, qualidade, economicidade e rapidez, na hora certa e na quantidade certa, para efetivamente salvar vidas, é o grande desafio.

Os cenários que envolvem as organizações estão voltados para custos cada vez mais elevados, demandam cada vez mais por maior qualidade, bons serviços e pressão por produtividade, ou seja, é preciso prestar o melhor atendimento possível a um número cada vez maior de usuários com os recursos disponíveis.

Na área da Saúde Pública os processos logísticos, devido às suas características muito específicas, precisam ser encarados com uma abordagem orientada não só para a racionalização de custos, mas também como elemento fundamental de apoio à prestação de cuidados de saúde aos pacientes.

Para tanto, é necessário que haja um eficiente esquema de planejamento das atividades de compras, armazenagem e gerenciamento de materiais em estoque, bem como na distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares, uma vez que a falta de um mecanismo eficiente de controle impede a apuração das reais necessidades de abastecimento.

A falta de gestão dos fluxos de materiais dentro das unidades hospitalares gera desperdício. Geralmente, a distribuição do material para as unidades é feita por critérios empíricos e sem controle real do consumo, causando excesso de disponibilidade de materiais e migração de produtos entre as áreas, o que causa a perda da rastreabilidade destes, não só dentro das unidades, mas também no sistema de saúde como um todo.

Para atender a um número maior de cidadãos, adequando maior produtividade com menor custo, torna-se imprescindível conhecer a composição dos custos como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à saúde financeira das unidades hospitalares.

Objetivo:

O Projeto tem como grande objetivo uma gestão eficiente da logística do fluxo dos materiais e medicamentos hospitalares da Policlínica Regional - Unidade Goiás, envolvendo compras, armazenagem, manuseio, movimentação e distribuição no âmbito da rede pública de saúde, visando o fim do desperdício, a redução de custos e a excelência no atendimento ao usuário-cidadão.

Objetivos Específicos:

- Um fluxo mais dinâmico, racional e eficiente dos materiais e medicamentos no âmbito das áreas e Unidades da rede pública de saúde;
- A interface dos Sistemas de Internação e Logística, que permite a precisão dos investimentos, considerado pelo profissional da logística como um centro de custos;
- Rastreabilidade dos materiais e medicamentos para um controle real do consumo;
- Racionalização de recursos;
- Redução de custos;
- Eliminação do desperdício de materiais e medicamentos;
- Níveis satisfatórios de estoque para o abastecimento regular da rede de Serviços;

Unidades de saúde melhor assistidas, com estoques bem gerenciados, melhor controlados, mais eficientes e seguros;

Padronização de custos, materiais e medicamentos.

Dessa forma, para se ter a garantia daquilo a que se propõe, o Prestador dos Serviços deverá, necessariamente, desenvolver as atividades de recebimento e distribuição dos materiais e medicamentos, com os devidos controles e dentro das especificações e quantidades licitadas e contratadas pelo CONTRATANTE, com fornecimento da infraestrutura de armazenagem e distribuição, equipamentos de automação e manutenção, sistema operacional de gerenciamento de estoques e mão-de-obra especializada, bem como o desenvolvimento do projeto integral de implementação necessário, considerando todos os *layouts*, fluxos, adaptações e instalações, visando à obtenção dos níveis de serviço adequados, garantindo a integridade das informações e seu devido armazenamento.

Nesse contexto, deverão ser adotados os seguintes procedimentos e ações pela Policlínica Regional - Unidade Goiás:

Apoio ao Órgão Gestor Central no levantamento das necessidades de compras de materiais e medicamentos dos hospitais da rede pública de saúde.

Recebimento

Recebimento e controle dos materiais comprados e consignados, conferindo com as Ordens de Compra e Nota de Empenho emitidas e aprovadas, incluindo controle específico para cada modalidade de compra;

Conferência dos produtos recebidos a fim de garantir quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens, especificações técnicas dos produtos e validade; 2.3 Etiquetagem dos produtos para controle de movimentação, incluindo lote e validade, via código de barras;

Entrada, no sistema operacional de gerenciamento de estoques, dos produtos recebidos via leitores de código de barras ou equipamentos conectados on-line com o sistema, disponibilizando o material de forma segura para uso imediato ou solicitação imediata das unidades componentes da rede pública de saúde;

Devolução ao fornecedor, registrada em sistema, de produtos em não-conformidade;

Controle de pendências e prazos de entrega, seguindo os critérios definidos pelo Órgão Gestor Central no ato da compra;

Subsidiar a gestão com a avaliação da capacidade dos fornecedores no que diz respeito ao fornecimento de produtos, de acordo com os requisitos de segurança,

prazos de entrega, acuracidade e integridade dos produtos, por meio de relatórios ou consultas via sistema; 2.8 Oferecer relatórios de consumo e pesquisas com informações necessárias aos setores responsáveis pelas aquisições e abastecimentos das Unidades de Saúde;

Armazenagem

Armazenagem e controle, com uso de tecnologia homologada, segura e de ponta e em condições de conformidade com as exigências das autoridades competentes, dos produtos adquiridos ou consignados, gerando visibilidade de todos os estoques;

Controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade para caixas, unidades, doses (drágeas e líquidos), kits, produtos ré esterilizados e outros;

Administração e guarda dos estoques próprios ou consignados;

Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;

Alocação dinâmica de estoque, baseada nas características físico-química dos produtos para otimização das áreas e atendimento das exigências dos órgãos competentes;

Controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo;

Identificação total do volume de estoques distribuídos por toda a rede, com rastreabilidade total dos mesmos;

Ressarcimento das diferenças de estoque por inventário físico, seguindo o seguinte critério: a partir de inventário físico total, executado com acompanhamento e critérios aprovados pelo Órgão Gestor Central;

A contagem de inventário poderá ser solicitada a qualquer momento aa Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Separação

Apontamento no “sistema operacional de gerenciamento de estoques” e etiquetagem com código de barras das unidades de produtos a serem dispensados;

Controle de produtos em unitarização com armazenagem parcial nas unidades de saúde;

Padronização e criação de catálogos de produtos por área ou programas;

Manutenção constante dos catálogos de produto referentes a mudanças e valores de produtos;

Separação dos materiais pelos sistemas de dispensação coletiva, para abastecimento da área de dispensação nas unidades, com controle de lote, validade e rastreabilidade.

Distribuição

Cronograma de distribuição para área de dispensação nos postos, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados e definidos pela administração;

Controle de atendimento de requisição de produtos para respectiva dispensação e distribuição;

Transferência de material em emergência para unidades hospitalares, assim como internamente nos hospitais em prazo acordado;

Recuperação do material não utilizado na Unidade, computando, através de rotina do

Sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque;

Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato;

Relatórios assinados de recebimento dos produtos, quando da entrega;

Gerenciamento de Estoque

Captura da demanda dos produtos na área de dispensação, gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo;

Legenda na requisição de produtos que sinalizem, para o usuário que está fazendo a requisição, se determinado produto existe no estoque ou não;

Contagem física semanal dos itens rotativos indicados e randômicos;

Requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas;

Visualização de todo o material, com rastreabilidade de lote e validade, do recebimento até a dispensação ou utilização do paciente;

Manutenção dos níveis de serviço acordados e medidos nos indicadores de performance;

Geração de informação para o Órgão Gestor Central dos itens que se encontrarem abaixo do estoque mínimo para compra;

Controle do giro do estoque;

Apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo;

Otimização dos estoques máximos e ideais;

Padronização dos materiais, para minimizar estoque e processos de compra através do sistema operacional de gerenciamento de estoques;

Desenvolvimento de “kits” para processos cirúrgicos, procedimentos de emergência e dispensação ao paciente;

Inventário mensal de todos os itens ou inventários cíclicos, por produto ou por área, com registros no sistema de todos os controles e divergências encontradas;

Elaboração de relatórios gerenciais e de custos de consumo, por unidade, por área, por tipo de programa, por paciente ou centro de custos;

Elaboração de relatórios de valorização de estoque em conjunto com o setor responsável;

Manutenção do histórico de informações;

Auditoria dos processos de trabalho e rotinas;

Controles de acesso no sistema no nível do usuário;

Rastreabilidade no nível do usuário de qualquer inclusão, alteração ou exclusão realizada no sistema;

Fornecimento de relatório para o Órgão Gestor Central dos produtos a vencer.

Auxiliares de Logística (Almoxarifado e Farmácia): Profissionais técnico operacionais para atuarem nas Unidades Hospitalares e Almoxarifados, além de outras unidades, a fim de executar todos os processos logísticos de recebimento, armazenagem, separação, movimentação, expedição, distribuição, produção de kits, exceto dispensação de produtos a pacientes;

Instrutor de Treinamento e Implantação Logística: Profissional de Logística com capacitação para o uso de equipamentos específicos destinados à movimentação de material, controle de estoque e captura de demanda das áreas, tecnologia e gestão de materiais, que corresponderá diretamente pelo treinamento continuado

de todas as pessoas envolvidas nos processos do fluxo de materiais para manter a qualidade do serviço, visando sempre o aumento da produtividade e aprendizado constante, além de ser o coordenador técnico de todas as atividades referentes ao período de implantação dos serviços;

Supervisores / Operadores de Logística e Planejamento: Pessoal especializado em processos logísticos e operações de planejamento de sistemas de saúde que estará locado nas unidades centrais de abastecimento e nas unidades de saúde. Esses profissionais terão a responsabilidade de supervisionar a execução de todos os processos logísticos de recebimento, armazenagem, separação, movimentação, expedição, distribuição, produção de "kits", incluindo o fornecimento de informações necessárias à elaboração dos processos de compras, programação de insumos e suprimentos de almoxarifado;

Administrador de Rede: Terá a responsabilidade de coordenar as atividades ligadas à manutenção de toda a rede lógica, do processo de integração física entre o sistema operacional de gerenciamento de estoques e os sistemas de gestão do Órgão Gestor Central, além de ser o responsável por manter alto nível de acessibilidade e disponibilidade de links e sistema aos usuários. Deverá manter todos os planos necessários de contingenciamento das operações críticas de hardware e software;

Analista de Suporte: Será responsável pelo suporte aos usuários do Sistema Operacional de Gerenciamento de Estoques, sendo desta função a obrigação de criar as condições de acessibilidade e manutenção da mesma, definição de hierarquia de acesso por função e gerenciamento de chamadas da unidade onde estará locado;

Gerente de Planejamento e Logística: Será responsável por planejar toda a atividade necessária para manutenção dos serviços, desde o recebimento dos produtos até a utilização pelos pacientes, incluindo as operações de transporte, armazenagem, separação e expedição de produtos.

4.2 Proposta para Regimento Interno da Policlínica

APRESENTAÇÃO

Este Regimento Interno, situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência médico- ambulatorial e área administrativa.

O Regimento Interno da Policlínica Regional - Unidade Goiás tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional aprovada pela Assembleia do *INSTITUTO CEM*.

O Regimento Interno consta de 06 (seis) Capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem a Policlínica Regional - Unidade Goiás .

Esperamos que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento da Unidade, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à Administração do contrato de gestão entre a SES e o *INSTITUTO CEM.*

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento Interno, visando o ordenamento da gestão da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DAS FINALIDADES

Art. 1 – A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS é uma Unidade de Assistência à saúde geral, Ensino e Pesquisa, tendo por finalidade a prestação da assistência como prioridade a urgência/emergência clínica e obstétrica, trauma/ortopédica, especializado em Baixa e Média Complexidade em Clínica Obstétrica, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, com qualidade e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS.

I. Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde no âmbito das especialidades que lhe compete;

II. Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das especialidades que lhe compete;

III. Realizar exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade obedecendo as especialidades que lhe compete;

IV. Atender aos pacientes do perfil epidemiológico da Policlínica e que necessitam permanecer na Policlínica para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas, em regime de hospital dia;

V. Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete;

CAPITULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2 – A Policlínica Regional - Unidade Goiás tem a seguinte estrutura:

- Diretoria Executiva (Organização Social)

- Diretoria Geral
- Secretaria
- Assessoria Juridica / Compliance
- Ouvidoria
- Comissões
    - Diretoria Técnica-Assistencial
        - Gerência do Ambulatório Integrado
            - Coordenação do Ambulatório
            - Coordenação Diagnóstico Imagem
            - Coordenação Laboratório A. Clínicas
            - Coordenação Hemodiálise
            - Coordenação CMA
            - Coordenação UTI Movel
            - Coordenação Telemedicina
            - Coordenação SAE/GRUPO 12
        - Gerência de Enfermagem
            - Coordenação do Ambulatório
            - Coordenação da CME
            - Coordenação do Lab. Análises Clínicas
            - Coordenação Carreta
            - Coordenação Hemodiálise
            - Coordenação da Unidade Movel
        - Gerência Multiprofissional
            - Coordenação Serviço Social
            - Coordenação Fisioterapia
            - Coordenação Nutrição e Dietética

- CoordenaçãoTerapia Ocupacional
- Coordenação Psicologia
- Coordenação Odontologia
- Coordenação PIC
- Coordenação Saude Mental Ament
- Coordenação de SAE grupo 12
- Coordenação Ostomias

- Diretoria Administrativa
  - Gerência Administrativa
    - Coordenação Assistência Farmacêutica
    - Coordenação Almoxarifado e Patrimônio
    - Coordenação Tecnologia da Informação
    - Coordenação Same/Faturamento
  - Gerência Operacional
    - Coordenação Manutenção Predial
    - Coordenação Engenharia Clínica
    - Coordenação Resíduos de Serv. de Saúde
    - Coordenação Transporte
    - Coordenação Higienização e Limpeza
  - Gerência de Recursos Humanos
    - Coordenação Recrutamento e Seleção
    - Coordenação do Núcleo de Ensino, NEPE
    - Coordenação Departamento Pessoal
    - Coordenação Avaliação de Desempenho
- Diretoria Financeira
  - Gerência Financeira

        - Coordenação Prestação de Contas
        - Coordenação Compras e suprimentos
    - Gerência Contábil
        - Coordenação de Auditoria Int / Externa
    - Gerência Planejamento e Orçamento
        - Coordenação Metas
    - Gerência de Custos
        - Coordenação de Prestação de Contas

Art. 3º – A Diretoria Geral é o órgão executivo de direção superior da Policlínica Regional - Unidade Goiás., com função normativa e deliberada e será exercida, em comissão, reconhecida capacidade administrativa, indicado pelo Conselho de Administração do Instituto CEM.

§ 1º – A Diretoria Geral contará com as seguintes Assessorias: Secretaria, Assessoria de Planejamento, Assessoria Jurídica/compliance, Ouvidoria, Comissões.

§ 2º – A Secretaria, Assessoria Jurídica/Compliance, Ouvidoria, serão indicadas e nomeadas pelo Diretor.

§ 3º – As seguintes Comissões serão:

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Comissão de Documentação Médica e Estatística;

Comissão de Ética em Enfermagem;

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;

Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;

Comissão de Proteção Radiológica;

Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Biossegurança;

Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

Comissão de Verificação de Óbitos;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Comissão Interna de Qualidade;

Comitê de Compliance;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

Núcleo Interno de Regulação (NIR);

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

Comitê Transfusional;

Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);

Comissão de Residência Médica (COREME);

Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC).

Da Vigilância em Saúde

Art. 3 – As demais Diretorias e Gerência constituem a compartimentação da Policlínica para fins assistenciais e administrativos, cada uma abrangendo atividades afins no contexto da Policlínica.

Art. 4 – As Coordenações e Supervisões da Policlínica estão subordinadas administrativamente e tecnicamente aos respectivos Diretores e Gerentes, estes subordinados ao Diretor Geral, que está subordinado diretamente a Diretoria Executiva do Instituto CEM e Conselho de Administração.

Art. 5 – As funções de Diretor Técnico Assistencial, Diretor Administrativo e Diretor Financeiro, Gerências e Coordenações serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral.

Art. 6 – A função de Supervisor será preenchida por profissional com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral.

CAPITULO III -DA COMPETÊNCIA

SEÇÃO I - DA DIRETORIA GERAL

ART. 7 – À DIRETORIA GERAL COMPETE:

coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para a Policlínica;

coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria do Serviço de Pronto Socorro, Diretoria do Ambulatório Integrado e Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;

coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos:

- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes –CIHDOTT;
- Comitê de Compliance;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comitê de investigação do óbito materno e infantil;

- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC).
- Da Vigilância em Saúde

coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Planejamento, Jurídica e Unidade de Controle Interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar.

ART. 8 – À SECRETARIA COMPETE:

prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;

recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for o caso;

recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;

redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

ART. 9 – À OUVIDORIA COMPETE:

Receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos

interessados; acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;

Propor à diretoria geral e técnica medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento da Policlínica, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo; e encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria e ao setor da qualidade da gestora do contrato para a devida análise e divulgação.

Manter registro das atividades atualizadas e informar via sistema ouvidor SUS;

Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da ouvidoria da Policlínica, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho e ética da ouvidoria

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

As atividades da ouvidoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

As atividades da Supervisão de Formalização de Pessoal serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de ouvidor SUS deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC e ter capacitação de OUVIDORIA DO SUS.

§2 - As atividades de ouvidor SUS serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ART. 10 – À ASSESSORIA JURÍDICA/COMPLIANCE COMPETE:

prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades voltadas para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente a área hospitalar;

prestar assessoria à Comissão Permanente de Licitação, através da emissão de pareceres a respeito da legislação pertinente (Lei nº 8.666/93 – Lei de Licitações e Contratos);

manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

ART. 11 – AS COMISSÕES E SUAS COMPETÊNCIAS:

À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR COMPETE:

estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;

sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;

auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.

verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na Policlínica;

capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO INTERNA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS COMPETE:

propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;

zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;

promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;

sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;

capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA COMPETE:

propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;

supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;

avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica na Policlínica;

supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários na Policlínica;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA COMPETE:

estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;

elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos na Policlínica;

estabelecer condutas terapêuticas;

fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

desenvolver programas de farmacovigilância;

estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;

capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA COMPETE:

colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;

fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;

atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na Policlínica representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

orientar o público usuário da Policlínica sobre questões referentes à Ética Médica;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM COMPETE:

colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;

divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;

assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;

analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem na Policlínica, sempre que necessário;

orientar o público usuário da Policlínica sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA COMPETE:

identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;

elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;

controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;

realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

participar das discussões promovidas pela Policlínica para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

requerer a policlínica a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS COMPETE:

auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade da Policlínica;

sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE SUPORTE NUTRICIONAL, ENTERAL E PARENTERAL COMPETE:

estabelecer as diretrizes técnicas administrativas que devem nortear as atividades da Comissão e suas relações com a Policlínica;

criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão;

assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e enteral, visando obter os benefícios máximos dos procedimentos, evitando riscos;

capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional parenteral e enteral;

analisar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e/ou enteral;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

À COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB) COMPETE:

- Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;

- Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes;

- Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

- Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho;

- Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;

- Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;

- Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

- Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes

A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes, a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

À COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA COMPETE:

Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

À COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE COMPETE:

I Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos na unidade;

Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da unidade, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na Policlínica;

Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados na unidade, para os casos excepcionais;

Divulgar na Policlínica as atualizações da padronização;

Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

Recomendar a diretoria técnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da unidade (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para a unidade);

Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

Receber assessoria jurídica da unidade, sempre que necessário, para consultas e orientações;

Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde da unidade;

Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";

Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde na unidade;

Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades da unidade, através de análise para melhor assistência ao paciente;

Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados;

À COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA COMPETE:

II Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

Reduzir os custos hospitalares.

Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.

Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

À COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU) COMPETE:

reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;

Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRM’s nas diferentes áreas;

supervisionar a. execução dos PRM’s;

propor a criação, extinção ou modificações do PRM;

propor a substituição de supervisor de PRM;

propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;

deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;

apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;

discutir temas e documentos relacionados com a RM e:

elaborar relatório anual.

À COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) COMPETE:

Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;

deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;

transcrever e disponibilizar em ata a pauta das reuniões;

coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência da Policlínica.

acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;

definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;

manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;

deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente

À COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPETE:

- Elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

- Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

- Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

- Desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

- Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

- Colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

- Trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

- Auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

- Auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

- Auxiliar os diversos setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;

- 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;

- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás, o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

À COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE COMPETE:

I - Cumprir o Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade; III - Realizar a avaliação interna no HUJB;

IV - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaqualis;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade na Policlínica.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

À COMITÊ DE COMPLIANCE COMPETE:

a) Promover uma cultura de integridade na Policlínica, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

b) Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da Unidade;

c) Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;

d) Capacitar os gestores e equipes da Unidade para que conduzam os negócios sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos da Unidade;

e) Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;

f) Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento, conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;

g) Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;

h) Realizar apontamentos ao Comitê de Auditoria e Risco e/ou ao Conselho sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito à lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;

i) Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.

j) Definir os nomes dos profissionais com os quais a unidade celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.

À COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) COMPETE:

Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Policlínica e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas.

Manter atualizadas as normas de funcionamento.

Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas.

Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos.

Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS n 196/96.

Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares.

Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.

O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo.

Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEP não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

À NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP), COMPETE:

Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais , estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pela Policlínica Regional - Unidade Goiás;

Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

Divulgar via on-line as alterações realizadas no âmbito Hospitalar sempre que correrem, aos Serviços;

Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não-conformidade na entrega de materiais;

Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

À NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR COMPETE:

I - estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade da unidade, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II - assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;

III - incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV - assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V - orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:

a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

À NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) COMPETE:

Apoiar as equipes da unidade no correto fluxo do paciente no complexo da unidade;

Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico hospitalar/ambulatorial;

Auditar a regulação das consultas, Inter consultas, medicamentos, procedimentos clínicos e cirúrgicos e do SADT seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida da Unidade.

Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de vagas, utilizar critério de admissão por risco e demandas reprimidas;

Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;

Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;

Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;

Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;

Participar da criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;

Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);

Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.

À SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO COMPETE:

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho: (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

a) aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

b) determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;

c) colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos Este texto não substitui o publicado no DOU trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas, devendo o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho; (Alterado pela Portaria MTE n.º 2.018, de 23 de dezembro de 2014)

j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos; l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente prevencionistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

AO COMITÊ TRANSFUSIONAL COMPETE:

1. Desenvolver programas educacionais na área de medicina Transfusional;

2. Padronizar (protocolos) critérios de indicação de hemocomponentes;

3. Orientar o correto preenchimento das solicitações de transfusão (APAC);

4. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela unidade;

5. Investigar os incidentes transfusionais e notificar à Gerência de Risco através dos Formulários de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais (FIT);

6. Criar e monitorar indicadores da eficácia das padronizações propostas;

7. Analisar estatísticas e gerar relatórios relacionados com o consumo de sangue e hemocomponentes;

8. Criar mecanismos de auditoria clínica Transfusional.

À COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE (CPPS) COMPETE:

Normatizar e implementar na Policlínica o processo de padronização dos produtos para saúde e deverão estar vinculadas à Diretoria técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

À COMISSÃO REGIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (CR SINC) COMPETE:

Articular junto ao Estado e regional do Sistema Nacional de Informação de Câncer (SISCAN) e acompanhamento do paciente oncológico do seu diagnóstico ao primeiro tratamento na Policlínica.

SEÇÃO II - DA DIRETORIA TÉCNICO-ASSISTENCIAL

ART. 12 – À DIRETORIA TÉCNICO-ASSISTENCIAL COMPETE:

cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

- Gerência Assistencial
    - Coordenação do Centro Cirúrgico
        - Central OPME
    - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva

- Coordenação do Pronto Socorro
- Coordenação Internação/Enfermaria
  - Clinica Médica
  - Clinica Cirúrgica
  - Obstetricia
  - Pediatria
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)

- Gerência do Ambulatório Integrado
  - Coordenação do Ambulatório
  - Coordenação Diagnóstico Imagem
  - Coordenação Laboratório A. Clínicas
  - Coordenação Hospital Dia
  - Coordenação Ag Transfusional
- Gerência de Enfermagem
  - Coordenação do Ambulatório
  - Coordenação do Centro Cirúrgico
  - Coordenação da CME
  - Coordenação do Laboratório de Análises Clínicas
  - Coordenação do Serviço de Pronto Socorro
  - Coordenação Internação/Enfermarias
  - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
- Gerência Multiprofissional
  - Coordenação Serviço Social
  - Coordenação Fisioterapia
  - Coordenação Nutrição e Dietética
  - CoordenaçãoTerapia Ocupacional

- Coordenação Psicologia
- Coordenação Especialidades Médicas
    - Trauma/Ortopedia
    - Ginecologia /Obstetricia
    - Pediatria
    - Clínica Médica
    - Clínica Cirúrgica
    - Otorrinolaringologia
    - Urologia

coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;

coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;

estabelecer, junto aos Coordenadores e Supervisores, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços da Policlínica que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa;

estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

manter contato com a Direção Geral da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina, Conselho Federal e Regional de Nutrição; Conselho Federal e Regional de Farmácia e Bioquímica e Conselho Federal e Regional de Serviço Social.

Parágrafo Único – a função de Diretor Técnico-Assistencial deverá ser exercida por médico de reconhecida qualificação e experiência profissional.

SUB-SEÇÃO I

ART. 13 - À GERÊNCIA DO AMBULATÓRIO INTEGRADO E SUAS COMPETÊNCAS:

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção Geral da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações : Coordenação do Ambulatório, Coordenação Diagnóstico Imagem, Coordenação Laboratório Análises. Clínicas, Coordenação Hospital Dia e Coordenação Agência Transfusional

estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção Geral da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação de Odontologia, Coordenação Multidisciplinar, Coordenação de Fisioterapia (Supervisão de Fisioterapia Hospitalar) e Supervisão Administrativa;

proporcionar ao SAME, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística, jurídicos e outros;

desenvolver ações de saúde pública e colaborar com programas de medicina comunitária;

colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

manter contato com a Direção Geral da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo único : A Gerência do Ambulatório Integrado será subordinada à Diretoria Técnico - Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica na Policlínica. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

Coordenação do Ambulatório

Coordenação Diagnóstico Imagem

Coordenação Laboratório A. Clínicas

Coordenação Hospital Dia

Coordenação Agência Transfusional

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENADOR DO AMBULATÓRIO COMPETE:

Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados, de ambulatório e visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica;

Emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

Fazer registro diário dos serviços prestados;

Manter contato com a Diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros das clínicas de especialidades ofertadas na Policlínica hospitalar (cardiologia/risco cirúrgico; Dermatologia/Oncológica; Gastroenterologista/Oncológica; Ginecologia; Hematologia; Infectologia; Mastologia; Oncologia; Otorrino; Urologia/Oncológica/Geral; Pediatria/Alto Risco; Angiologia; Psiquiatria);

Solicitar e manter atualizado no CNES os respectivos nomes dos especialistas da unidade hospitalar;

Solicitar e manter atualizados os registros de RT’s de especialidades medicas e não medicas sob sua responsabilidade junto aos conselhos de classe;

Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1 - a função de Diretor da Clínica Médica deverá ser exercida por Medico qualificado com graduação em escola de medicina reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Diretoria da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO DIAGNÓSTICO IMAGEM COMPETE:

supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;

observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;

integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

fazer registro diário dos serviços prestados;

manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Diagnóstico por Imagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO LABORATÓRIO ANÁLISES CLÍNICAS COMPETE:

supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais da Policlínica;

integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

fazer registro diário dos serviços prestados;

manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À CLINICA MÉDICA COMPETE:

Observar e seguir o presente Regimento e o Regulamento do Corpo Clínico;

participar de Comissões para as quais foram escolhidos;

Zelar pela perfeita ordem e preencher com letra legível os prontuários dos pacientes, bem como os impressos exigidos pela legislação vigente e as normas da Policlínica, prescrevendo e assinando pessoalmente, não se admitindo prescrições por telefone;

Seguir a padronização de materiais e medicamentos existente na Policlínica;

Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional, as funções administrativas e as atribuições das chefias fixadas neste Regimento;

Manter atualizado seu registro no conselho de classe;

Fazer cumprir com o código de ética médica.

À CLÍNICA CIRÚRGICA, COMPETE:

coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos oriundos da Emergência, nas especialidades de cirurgia geral, plástica, vascular, torácica, buco-maxilo-facial e urológica, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica;

emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do Serviço de Pronto Socorro;

coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

fazer registro diário dos serviços prestados;

manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial e do Serviço de Pronto Socorro da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cirúrgica do Pronto Socorro serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) COMPETE:

Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial; Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pela Policlínica através do instrumento formal de contratualização;

Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos na Policlínica;

Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da instituição e outros que venham ser determinados;

Executar outras tarefas correlatas à área;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1 - a função de coordenador da Coordenador da NIR hospitalar deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do coordenador da Coordenador NIR hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO II

ART. 14 - À GERÊNCIA DE ENFERMAGEM COMPETE:

Cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Diretoria Técnica-Assistencial da Policlínica;

Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Internação; UTI's; Unidade de Urgência e Emergência; Unidade Ambulatorial/SADT; Centro Cirúrgico; Agencia Transfusional/banco de sangue; Qualidade e Segurança do Paciente.

Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;

Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;

Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;

Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade da Policlínica;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro/técnico de enfermagem;

Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;

Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;

Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;

Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Manter contato com a Direção Geral e diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem;

Representar a instituição hospitalar junto ás órgãos competentes sempre que lhe for solicitado pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica;

Responder aos serviços de comunicação, interna e externa, sempre em questões relativas a assistência da enfermagem da Policlínica;

Exercer outras atribuições que lhe forem solicitada pela SES e/ou gestor do contrato sempre em observância da lei vigente.

Parágrafo Único - a função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO COMPETE:

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando- lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

atender os pacientes para marcação de consultas e encaminha-los para ao Serviço de Internação e Alta;

orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;

notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Ambulatório serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. compete:

Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática hospitalar;

Estimular a segurança aos usuários através do Gerenciamento de Riscos;

Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;

Contribuir na avaliação das ocorrências (não conformidades, eventos sentinela, reclamações, sugestões, elogios e outros);

Desenvolver atividades delegadas pela chefia imediata;

Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;

Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;

Auxiliar e acompanhar na adesão dos planos terapêuticos;

Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;

Gerenciar a auditoria clinica;

Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de iteração de processos, políticas da Policlínica/unidade e outros que venham ser determinados;

Participar de comissões da Policlínica/unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição;

Executar outras tarefas correlatas à área.

Supervisionar equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Manter os prontuários médicos atualizados.

Atuar no controle e prevenção de infecções hospitalares.

Preparar os pacientes para a realização de exames.

Preparar instrumentos e auxiliar a equipe técnica em procedimentos como intubação, desfibrilação, aspiração e monitoramento cardíaco.

Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área da enfermagem, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

Fazer registro diário dos serviços prestados;

Manter contato com a Diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor;

Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1 - a função de Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. deverá ser exercida por enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO COMPETE:

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva e Tratamento de Queimados, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;

preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;

proceder ao controle de entrada e saída de material;

formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;

notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS COMPETE:

supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais da Policlínica;

integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;

estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;

fazer registro diário dos serviços prestados;

manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE UNIDADE MÓVEL COMPETE:

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando à adequada média de permanência dos pacientes na Policlínica;

prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

executar e supervisionar a prescrição médica;

registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO HEMODIALISE COMPETE:

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação: Ortopédica, , Cirúrgica, Urológica, Ginecológica, Médica, Otorrinolaringológica e Traumatológica, visando à adequada média de permanência dos pacientes na Policlínica;

prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando- lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

executar e supervisionar a prescrição médica;

registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO DA UNIDADE MÓVEL COMPETE:

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando a adequada média de permanência dos pacientes na Policlínica;

prestar assistência de enfermagem intensiva aos pacientes internados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

executar e supervisionar a prescrição médica;

registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO IV

ART. 15 - À GERÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMPETE:

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência;

prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;

fazer registro diário dos serviços prestados;

organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;

preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;

manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENAÇÃO SERVIÇO SOCIAL COMPETE:

realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;

planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;

fazer registro diário dos serviços prestados;

defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais na Policlínica;

democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis na Policlínica e na rede;

atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos na Policlínica;

trabalhar a situação sócio-econômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;

colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;

participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover a participação do paciente na assistência hospitalar;

promover educação em saúde na Policlínica;

manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO FISIOTERAPIA COMPETE:

§1 - Fisioterapia Ambulatorial

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia no Ambulatório Integrado, U.T.I., Unidades de Internação e SPS, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica;

prestar assistência fisioterápica aos pacientes ambulatoriais e internados;

zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

fazer registro diário dos serviços prestados;

preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;

promover a interação da equipe de fisioterapeutas e destas com os demais profissionais da Policlínica;

colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fisioterapia;

desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Fisioterapia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§ 2 - Fisioterapia Hospitalar compete:

planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia na U.T.I., Unidades de Internação e SPS, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica;

prestar assistência fisioterápica aos pacientes internados;

zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

fazer registro diário dos serviços prestados;

preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;

colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fisioterapia;

desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

manter contato com a Coordenação de Fisioterapia objetivando a eficiência administrativa do serviço;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Fisioterapia Hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO NUTRIÇÃO E DIETÉTICA COMPETE:

planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;

realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;

fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;

colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - À Supervisão de Produção compete:

planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;

providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;

fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;

supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;

colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;

manter contato com a Supervisão de Dietética e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

§2 - À Supervisão de Dietética compete:

definir, planejar, analisar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes;

fazer registro diário dos serviços prestados;

colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;

incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares sadios, promovendo educação alimentar aos mesmos;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;

manter contato com a Supervisão de Produção e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço.

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

À COORDENAÇÃOTERAPIA OCUPACIONAL COMPETE:

I. Prestar assistência de terapia ocupacional aos pacientes da Policlínica;

II. Habilitar ou reabilitar o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária.

III. Zelar para que as visitas de terapia ocupacional aos pacientes hospitalizados;

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

V. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

VII. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

À COORDENAÇÃO PSICOLOGIA COMPETE:

O Serviço de Psicologia da Unidade Assistencial de Saúde está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados no CRP, com qualificações pertinentes e autonomia profissional, e tem conjunto de normas a serem seguidas pelo psicólogo que são:

Valorizar os princípios fundamentais como grandes eixos que devem orientar a relação do psicólogo com a sociedade, a profissão, as entidades profissionais e a ciência, pois esses eixos atravessam todas as práticas e estas demandam uma contínua reflexão sobre o contexto social e institucional.

Abrir espaço para a discussão, pelo psicólogo, dos limites e interseções relativos aos direitos individuais e coletivos, questão crucial para as relações que estabelece com a sociedade, os colegas de profissão e os usuários ou beneficiários dos seus serviços.

Contemplar a diversidade que configura o exercício da profissão e a crescente inserção do psicólogo em contextos institucionais e em equipes multiprofissionais.

Estimular reflexões que considerem a profissão como um todo e não em suas práticas particulares, uma vez que os principais dilemas éticos não se restringem a práticas específicas e surgem em quaisquer contextos de atuação.

O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao controle dos sintomas que comprometem bem-estar do paciente. Ainda segundo esse mesmo autor existem seis tarefas básicas do psicólogo hospitalar:

A função de coordenação, relacionadas às atividades com os funcionários da instituição.

A função de auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado.

A função de Inter consulta: Auxiliando outros profissionais a lidarem com o paciente.

A função de enlace, de intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes.

Assistência direta: Atua diretamente com o paciente;

SEÇÃO III - DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ART. 16 - À GERÊNCIA ADMINISTRATIVA COMPETE

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção administrativa da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

Coordenação Assistência Farmacêutica

Coordenação Almoxarifado

Coordenação Tecnologia da Informação

Coordenação Same/Faturamento

Parágrafo Único – A função de Gerente Administrativo deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENAÇÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMPETE

planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;

coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;

fazer registro diário dos serviços prestados;

manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da Policlínica;

elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa da Policlínica;

receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;

controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;

emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;

elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;

desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;

manipular e preparar soluções desinfetantes e anti-sépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;

controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na Policlínica;

manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO COMPETE

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;

receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;

efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria da Policlínica permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;

manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;

fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria da Policlínica;

obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria da Policlínica;

manter o estoque dos materiais padronizados na Policlínica em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;

atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pela Policlínica, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;

providenciar o tombamento dos bens patrimoniais da Policlínica, conforme orientação da Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;

controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;

efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da Policlínica, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMPETE

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

fazer registro diário dos serviços prestados;

gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet da Policlínica;

emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados da Policlínica;

manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;

efetuar o processamento de dados relacionados à folha de pagamento e produção médica;

proporcionar aos demais setores da Policlínica os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção da Policlínica;

manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO SAME/FATURAMENTO

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;

fazer registro diário dos serviços prestados;

classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;

classificar as contas por médico e por especialidade médica;

calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;

calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;

promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;

enviar documentação de faturamento a SESAPI;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Supervisão de Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO II

ART. 17 - À GERÊNCIA OPERACIONAL COMPETE

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção administrativa da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Manutenção Predial

b. Coordenação Engenharia Clínica

c. Coordenação Resíduos de Serv. de Saúde

d. Coordenação Lavanderia

e. Coordenação Higienização e Limpeza

Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos profissionais;

Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;

Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

Requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

Analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais da Policlínica e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

Elaborar planos, programas e projetos de trabalho da Policlínica;

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Manter contato com a Diretoria Aministrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

As atividades da Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de Gerente de Operações deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Parágrafo Único – A função de Gerênte Operacional deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENAÇÃO MANUTENÇÃO PREDIAL COMPETE

planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

fazer registro diário dos serviços prestados;

operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos da Policlínica, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;

proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis da Policlínica, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;

manter plantão de atendimento de emergência nas 24 (vinte e quatro) horas para os serviços elétricos e hidráulicos;

realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;

manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Manutenção Predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO ENGENHARIA CLÍNICA COMPETE

Elaborar, em consonância com a unidade, o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico da Policlínica;

Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;

Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos; Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues na Policlínica, bem com as instalações nas suas unidades;

Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas pela Policlínica;

Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades da Policlínica;

Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos na Policlínica;

Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos na Policlínica.

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

As atividades da Supervisão de Gestão de Pessoas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

As atividades da Supervisão de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de Supervisão de Engenharia Clínica deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Supervisão de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

fazer registro diário dos serviços prestados;

executar a limpeza, visando higiene, nas dependências da Policlínica, nos móveis e equipamentos em uso;

limpar as áreas externas e de circulação da Policlínica;

promover o combate a insetos e roedores nas dependências da Policlínica, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;

controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;

efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;

realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

manter contato com a Coordenação Operacional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

As atividades da Supervisão de Higienização e Limpeza serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPETE

planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;

elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde

- RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;

gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos

trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO LAVANDERIA COMPETE

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

coletar nas diversas dependências da Policlínica roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;

proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;

elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

manter contato com a Coordenação Operacional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

SUB-SEÇÃO III

ART. 18 - À GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS COMPETE

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade;

elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;

promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção administrativa da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

f. Coordenação Recrutamento e Seleção

g. Coordenação Treinamento e Educação Permanente

h. Coordenação Departamento Pessoal

i. Coordenação Avaliação de Desempenho

programar e avaliar os estágios desenvolvidos por área da Policlínica;

desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da Policlínica, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;

propor e implementar políticas de benefícios sociais;

zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Supervisão de Gestão de Pessoas;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único – A função de Gerencia de Recursos Humanos deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENAÇÃO RECRUTAMENTO E SELEÇÃO COMPETE

Organizar e executar o processo de recrutamento e seleção dos perfis mais aderentes às funções;

Proporcionar treinamento e desenvolvimento do profissional durante toda a sua permanência na empresa;

Realizar avaliações de desempenho;

Organizar o plano de carreira;

Realizar e manter atualizada toda comunicação interna;

Adotar e monitorar medidas para que todos estejam engajados com a cultura realizar organizar o processo organizacional, motivados e, consequentemente, produtivos.

As atividades da Analista de RH serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

Paragráfo Único: a função de recrutamento e seleção deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Analista de RH serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO TREINAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE COMPETE

Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais da unidade que executam atividades de ensino (estagio, internatos residências)

Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino no âmbito da Policlínica; Representar o Setor junto à diretoria técnica e RH, ouvindo seus pares;

Promover, apoiar e coordenar programas de educação continuada;

Coordenar e apoiar os programas de estágios de nível médio da Policlínica.

Monitorar e avaliar o desempenho das linhas de cuidado;

Participar da elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;

Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou renovação de tecnologias afetas às linhas de cuidado;

Integrar os processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;

Implantar a alta responsável do ambiente hospitalar – ambulatorial e de internação – em articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde;

Implantar visita ampliada;

Instituir protocolo unificado;

Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde.

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

§1 - a função Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão- NEPE deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão- NEPE serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO DEPARTAMENTO PESSOAL COMPETE

Realizar a admissão;

Manter o controle de frequência;

Acompanhar e monitorar a inclusão e manutenção dos benefícios oferecidos pela companhia;

Organizar as férias;

Planejar e executar a FOLHA DE PAGAMENTO e seus impostos;

Realizar a demissão.

Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;

Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Departamento Pessoal, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

À COORDENAÇÃO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMPETE

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Unidade de Recursos Humanos;

realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da Policlínica;

manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores da Policlínica;

fazer registro diário dos serviços prestados;

controlar a concessão de férias e licenças dos servidores, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;

controlar e apurar a freqüência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;

informar ao Coordenador ou Supervisor imediato o afastamento do servidor por gala, nojo e serviços obrigatórios por lei;

receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na Policlínica;

informar regularmente à Diretoria de Gestão de Pessoas da SESAPI notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores para fins de elaboração de folha de pagamento e registro na ficha funcional;

elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

SEÇÃO IV - DA DIRETORIA FINANCEIRA

ART. 19 - À DIRETORIA FINANCEIRA COMPETE

A Diretoria Financeira será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará os profissionais de apoio ao planejaemento execução financeira e contabil stencial e logístico operacional na Policlínica. Será assessorado por:

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção Geral da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

j. Gerência Financeira

    j.i. Coordenação Prestação de Contas/control interno

    j.ii. Coordenação Compras/suprimentos

k. Gerência Contábil

l. Gerência Planejamento/Orçamento/Custos

examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;

estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços hospitalares;

proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades,

condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;

fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Direção Geral da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – a função de Diretor Financeiro deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência.

ART. 18 - À GERÊNCIA FINANCEIRA COMPETE

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção Financeira da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

Coordenação Prestação de Contas/control interno

Coordenação Compras/suprimentos

Tesouraria

planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

fazer registro diário dos serviços prestados;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – A função de Gerência Financiera deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§ COMPETENCIAS DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

À COORDENAÇÃO PRESTAÇÃO DE CONTAS/CONTROLE INTERNO COMPETE

O Serviço de Prestação de Contas é um órgão de apoio da Gerência Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais de contas, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos da Policlínica.

prestar assessoria ao Diretor Geral em assuntos relacionados com as atividades de controles internos;

elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes;

realizar revisão de todos os processos administrativos de despesas com pessoal, de compras e serviços, seja na isenção ou por procedimento licitatório;

emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais da Policlínica;

apurar os resultados de metas contratuais sobre resultado de produção;

emitir relatorio portifolio de indicadores de produção e metas de desempenho, submeter aprovação do Conselho de Administração do Instituto CEM;

publicar no site SIGOs os arquivos mensais de Portifoilio de Indicadores de Produção, Indicadores de Qualidade, Indicadores de Rh, absenteismos e turnover, Pesuisa de Satisfação, relatorio de atividades, relatorios da ouvidoria, Atas e listas de presenças das Reuniões das comissoes internas;

produzir os relatorios mensais, trimestrais, quadrimestrais e semestreais para apuração dos resultados

realizar auditorias periódicas, observando o estoque, a fim de garantir a obediência das normas e a lisura na contagem e no registro dos mesmos;

avaliar periodicamente o sistema de controle interno da Policlínica, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – O Serviço da Prestação de Contas é exercido, preferencialmente, por profissional com comprovada experiencia para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica.

À COORDENAÇÃO COMPRAS E SUPRIMENTOS COMPETE

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Compras;

planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado e Coordenação de Assistência Farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades da Policlínica, identificando no mercado as melhores condições;

fazer registro diário dos serviços prestados;

buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;

manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;

certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;

manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;

catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Compras e Suprimentos serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 102 - À Gerência Contábil compete

planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gerência Contábil;

fazer registro diário dos serviços prestados;

elaborar a proposta orçamentária da Policlínica;

solicitar a SES , empenho dos recursos recebidos;

emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade, mantendo atualizado seu controle;

elaborar os registros contábeis;

manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIPEF;

enviar a prestação de conta mensal a SES;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Gerência Contabil serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À COORDENAÇÃO AUDITORIA INTERNA E EXTERNA COMPETE

O Serviço de Auditoria é um órgão de apoio da Gerência Contábil com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas organizacionais dos prontuários de forma a possibilitar a consecução dos objetivos da Policlínica composta por :

Auditoria Externa:

auditoria externa é executada empresa de auditoria independente, e não possui nenhum tipo de vínculo com a organização a ser auditada;

finalidade o exame das demonstrações contábeis para emissão de um parecer, opinião ou laudo sobre a posição das mesmas.

Objetivo: assegurar que as demonstrações reflitam verdadeiramente a posição financeira e patrimonial da organização.

Auditoria Interna:

O processo de auditoria interna é realizado por profissionais da própria empresa auditada

a auditoria interna reporta-se aos gestores e à presidência, sendo tratado como área de assessoramento;

A auditoria interna colabora para que a alta gestão da empresa tenha sempre uma visão ampla da eficiência dos seus controles.

Cabe também a este setor que avalie continuamente a aderência dos setores e colaboradores, ao seguimento dos controles e o cumprimento das normas e instruções estabelecidas no sistema de controle interno implantado.

Objetivo: servir como aliada para a administração da empresa, sendo a base da certificação do cumprimento das normas, regimentos e políticas, provenientes dos controles internos.

A auditoria interna pretende medir o nível de segurança dos controles internos existentes na empresa e, na constatação da ineficiência destes, sugerir melhorias ou indicar inconformidades

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Auditoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica.b

ART. 19 - À GERÊNCIA PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO COMPETE

cumprir e fazer cumprir o regimento da Policlínica e as determinações da Direção Financeira da Policlínica;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de Custos

prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação da Policlínica;

analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais da Policlínica e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

elaborar planos, programas e projetos de trabalho da Policlínica;

avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo (Planisa);

controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos da Policlínica, que servem para:

determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços da Policlínica;

auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento dasatividades; e a tomada de decisões.

avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços da Policlínica, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

ART. 20 – À GERÊNCIA DE CUSTOS COMPETE:

estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo;

controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos da Policlínica, que servem para:

determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços da Policlínica;

auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento dasatividades; e a tomada de decisões.

avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços da Policlínica, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

CAPÍTULO IV -DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

ART. 21 – SÃO ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR GERAL:

dirigir a Policlínica, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;

participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pela Policlínica;

submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária da Policlínica;

fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;

designar os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Revisão de Prontuários, de Serviço de Documentação Médica e Estatística, de Farmácia e Terapêutica, de Análise de Óbitos e Biópsias, de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, de Serviço de Apropriação de Custos, Intra-hospitalar de Transplantes e de Residência Médica, Interna de Prevenção de Acidentes e de Ética em Pesquisa, salvo aqueles que, por disposição regimental, são natos;

garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;

autorizar a divulgação dos trabalhos técnicos da Policlínica;

baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;

indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;

assinar com o Tesoureiro os cheques;

assinar os empenhos e as ordens bancárias;

programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;

homologar, revogar ou anular, conforme o caso, as licitações realizadas pela Policlínica;

elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos servidores da Policlínica;

submeter anualmente ao Secretário Estadual de Saúde o relatório das atividades realizadas.

ART. 22 – SÃO ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR TÉCNICO-ASSISTENCIAL:

dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

despachar com o Diretor Geral;

baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;

participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 23 – SÃO ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR ADMINISTRATIVO:

dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;

despachar com o Diretor Geral;

baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 24 – SÃO ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR FINANCEIRO:

dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;

despachar com o Diretor Geral;

baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 25 – SÃO ATRIBUIÇÕES DAS GERÊNCIAS

dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Gerências, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

despachar com seu Diretor imediato;

baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;

assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerência;

proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à sua Diretoria imediata;

requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 26 – SÃO ATRIBUIÇÕES DOS COORDENADORES E SUPERVISORES:

coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção da Policlínica;

distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos servidores;

propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;

propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos servidores subordinados;

participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 27 – SÃO DEVERES DO SERVIDOR DE QUALQUER CATEGORIA:

I. cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;

II. manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;

III. executar as tarefas que lhe forem determinadas;

IV. tratar com humanidade pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem a Policlínica, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;

V. zelar pelo patrimônio da Policlínica;

VI. comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;

VII. obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional;

VIII. participar de comissões;

IX. aguardar em serviço a chegada do substituto;

X. evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;

XI. participar de reuniões, quando convocado;

XII. executar as atribuições delegadas.

CAPÍTULO V -DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I DO PESSOAL

Art. 28 – A Policlínica Regional - Unidade Goiás terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos e consoante composição e regime jurídico determinado pelo Poder Executivo.

Art. 29 – Os funcionários da Policlínica estarão submetidos ao Regimento de Recursos Humanos do Instituto Cem.

Art. 30 – O afastamento, as disposições e requisições de servidores da Policlínica Regional - Unidade Goiás, para serventia em outros órgãos, somente poderão ser atendidos sem ônus para a Policlínica, exceto para o exercício de funções de confiança, respeitada a necessidade do Serviço e após previa anuência da Direção Geral da Policlínica.

SEÇÃO II DO HORÁRIO

Art. 31 – O horário de trabalho em todo a Policlínica é fixado pela Direção Geral da Policlínica, respeitada a legislação vigente.

Art. 32 – Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral da Policlínica, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

Art. 33 – O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

SEÇÃO III - DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 34 – O Diretor Geral da Policlínica, será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico Assistencial.

Art. 35 – Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por Supervisor indicado pelo Diretor Geral da Policlínica;

Art. 36 – O titular de qualquer Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por colaborador indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor Geral da Policlínica.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 37 – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Gerência de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação do Diretor Geral da Policlínica.

Art. 38 – É obrigatório o registro de “ponto” de todo o pessoal da Policlínica.

§ 1º – São dispensados do “ponto” os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores da Policlínica, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho;

§ 2º – O registro de “ponto” do pessoal de nível superior será feito por meio de ponto eletrônico..

Art. 39 – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados da Policlínica mediante autorização expressa do Diretor Técnico -Assistencial.

Art. 40 – Caberá ao Diretor Geral da Policlínica estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços da Policlínica, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 41 – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito da Policlínica só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

Art. 42 – O Diretor Geral da Policlínica, tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 43 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção da Policlínica, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 44 – Este Regimento, aprovado Diretor Geral, entrará em vigor na data de sua publicação.

4.3 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem da Policlínica Regional - Unidade Goiás e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1º – O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

- Prestar atendimento de enfermagem, utilizando-se de método assistencial.
- Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e saúde com as quais a Policlínica for conveniado;
- Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
- Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
- Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
- Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
- Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art.4º - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

- Ambulatório Geral, Diagnóstico e Hemodinâmica
- Bloco Cirurgico (CMA)
- Lavanderia e Higienização
- Central de Material e Esterilização – CME
- Controle de Infecção Hospitalar- SCIRAS

Art. 5º - O quadro funcional para andamento do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

Gerência de Enfermagem

Coordenação do Ambulatório

Coordenação da CME

Coordenação do Lab. Análises Clínicas

Coordenação Carreta

Coordenação Hemodiálise

Coordenação da Unidade Movel

Coordenador de Setor

Enfermeiros Assistenciais

Técnicos de Enfermagem

Estagiários de Enfermagem

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem da Policlínica .

Art. 7º - O Gerente Geral de Enfermagem será o representante do Serviço de Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º - A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínima de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Gerente Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superior a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria Técnica, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 11º - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 12º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

- Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais da Policlínica , do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados.

- Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço.

- Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

- Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

- Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14º - Compete à Central de Materiais e Esterilização - CME:

- Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado, roupas cirúrgicas e instrumentais utilizados em todos os setores da Policlínica .

- Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores.

- Realizar testes de segurança de esterilização.

- Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.

- Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem.

- Preparar as caixas de instrumental para as cirurgias de acordo com as listas atualizadas, seguindo as orientações do enfermeiro supervisor

Art. 15º - Compete ao Setor de Higienização:

- Preparar o ambiente para suas atividades.

- Manter a ordem do ambiente.

- Conservar equipamentos e instalações.

- Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.

- Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.

- Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de - Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.

- Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.

- Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.

- Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 16º - Compete à Ambulatorial Geral

- Assistir ao paciente atendendo-o nas necessidades básicas e especificas de acordo com a sua patologia.
- Colaborar com equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente
- Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para bom funcionamento da unidade

Art. 17º - Ao serviço de Controle e Infecção Hospitalar, compete:

- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos.
- Participar da equipe de padronização de medicamentos

Art. 18º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN – 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde.
- Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem.
- Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade.
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 19º - Classificação das categorias profissionais:

- Enfermeiro RT /Gerente de Enfermagem
- Enfermeiros Coordenadores de Setor
- Enfermeiros Assistenciais
- Técnico de Enfermagem

- Estagiários de enfermagem

Art. 20º - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no CORENGO como enfermeiro; Estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.

- Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar em dia com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor.

- Enfermeiros Assistenciais: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar em dia com o Órgão de Classe, Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.

- Técnico de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como técnico de enfermagem; Estar regularizado com o Órgão de Classe; Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.

- Estagiário de Enfermagem

- Nível Médio: Comprovação de aprovação na disciplina Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. Declaração da Escola Técnica constando a previsão de conclusão do curso.

- Nível Superior: Comprovação de conclusão do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem. Declaração da Universidade constando a previsão de conclusão do curso.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 21º – São atribuições do pessoal:

Enfermeiro RT/ Gerente do Serviço de Enfermagem:

- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem.

- Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade.

- Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas vinte e quatro horas.
- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade.
- Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias.
- Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, a saber:
    - Ambulatório
    - Central de Material e Esterilização - CME
    - Higienização
    - Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros).
    - Autorizar trocas de plantões na área de sua responsabilidade que exceda uma carga horária normatizada.
    - Aprovar e/ou elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade.
    - Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua.
    - Prever com os Enfermeiros Coordenadores de Setor materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas áreas sob sua responsabilidade.
    - Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médica Hospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados.
    - Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas.
    - Realizar com os Enfermeiros Coordenadores a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem.

- Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade.
- Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade.
- Analisar a avaliação de desempenho semestral.
- Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.
- Participar das reuniões da CCIH e do CTGRSS.
- Zelar pelo patrimônio e imagem da Policlínica.
- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.
- Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.
- Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.
- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.
- Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.
- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe.
- Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;
- Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

Enfermeiro Coordenador de Setor:

1. Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:

- Evolução clínica dos pacientes
- Medicações pendentes (observar as justificativas)
- Materiais em falta
- Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros)
- Supervisionar o horário da passagem do CME
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.
- Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Técnicos (Assinar e registrar o número do COREN).
- Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.
- Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.
- Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.
- Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias.
- Supervisionar a realização da evolução dos pacientes, pela (o) enfermeira (o) assistencial.
- Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.
- Verificar a validade do material em estoque do CME.
- Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.
- Elaborar distribuição dos técnicos no período da tarde.
- Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.
- Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.
- Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).

- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.
- Controlar entorpecentes e carro de emergência.
- Observar os encaminhamentos de: exames, cirurgias, retornos.
- Realizar reposição dos impressos.
- Dirigir-se a sala do (a) Gerente Geral de Enfermagem:
- Passar o plantão
- Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim
- Realizar treinamento em serviço.
- Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e posterior aprovação.

PARAGRÁFO ÚNICO: São atribuições do enfermeiro Coordenador do Setor de Lavanderia / Higienização:

- Distribuir diariamente as tarefas a serem realizadas.
- Observar problemas administrativos diversos.
- Autorizar trocas de plantões no serviço de higienização.
- Realizar rondas nos diversos setores da unidade.
- Realizar auditoria do serviço de higienização, utilizando para este fim impresso apropriado.
- Planejar e programar atividades diárias, semanais, quinzenais e mensais do serviço.
- Programar, providenciar e controlar os materiais, equipamentos e saneantes utilizados no serviço.
- Provisionar, controlar e orientar sobre o uso dos EPI's.
- Dimensionar recursos humanos necessários para o serviço.
- Dimensionar área física da Policlínica e enxoval.
- Dimensionar equipamentos e materiais utilizados no serviço de higienização e na lavanderia.

- Elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) do serviço de higienização.
- Enviar relatórios administrativos mensalmente à liderança de enfermagem contendo: atividades realizadas, movimentação de pessoal, sugestões de compra de materiais e equipamentos, áreas que devem ser reparadas, e número atualizado de funcionários do serviço.
- Realizar programação anual da capacitação para as equipes da higienização.
- Realizar treinamento da equipe de higienização.
- Colaborar com o CGRSS e com o serviço de Recursos humanos na capacitação de profissionais da unidade no que diz respeito a higienização.
- Realizar controle mensal de: custo com material de limpeza por m^2, média mensal de bombonas de resíduos infectantes geradas, índice de acertos, percentual de colaboradores que participou do programa de treinamento, volume de roupa processada, custo por o quilo de roupa processada.
- Lançar no Sistema os indicadores citados no item 17.
- Participar diretamente do processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção.
- Realizar avaliação de desempenho semestral.
- Participar das reuniões da CCIH quando o assunto pertinente for higienização.
- Participar das reuniões do CGRSS.
- Participar do processo de padronização dos saneantes.
- Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

Enfermeiro Assistencial:

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Evoluir os pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.

- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Realizar visita aos pacientes, conferindo a permanência dos mesmos, com o censo eletrônico impresso pela enfermeira do SN.
- Passar para o próximo enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.
- Realizar curativos de grande extensão.
- No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.
- No final do período, participar da passagem de plantão;
- Emitir novo censo da unidade.

Técnico de Enfermagem:

- Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
- Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.
- Prestar assistência de enfermagem sob a supervisão da enfermeira.
- Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

Estagiário de Enfermagem - Nível Superior

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro da unidade que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do CORENGO de um Enfermeiro.

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Fazer diagnóstico de enfermagem.

- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes.
- Evoluir os pacientes.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes acompanhados por um Enfermeiro.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Passar para o Enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.
- No final do período participar da passagem de plantão.

Estagiário de Enfermagem - Nível Médio

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível médio deverão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro.

- Orientar os pacientes na unidade.
- Executar os cuidados de enfermagem planejados.
- Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
- Preparar os pacientes para exames complementares.
- Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
- Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

CAPÍTULO VI - Do Horário de trabalho

Art.22º - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (quatro), sem autorização escrita do Gerente Geral de Enfermagem.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhadas para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

PARÁGRAFO QUARTO - Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Coordenador Geral de Enfermagem.

PARÁGRAFO QUINTO - As faltas representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

PARÁGRAFO SEXTO - As faltas nos feriados sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

PARÁGRAFO SÉTIMO: O ambulatório tem suas atividades de segunda a sexta , sendo 12 horas por dia.

CAPÍTULO VII - Das Disposições Gerais

Art.20º - Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.21º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.22º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.23º – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica da Policlínica e pelo Gerente Geral de Enfermagem.

4.3.1 SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem representa a base científica para a organização da assistência prestada aos pacientes e, por isso, deverá ser embasada em uma teoria de enfermagem que dará sustentação a sua prática. A Teoria de

Enfermagem a ser implantada no Serviço de Enfermagem da Policlínica terá como base legal a Resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e como base científica os referenciais teóricos de Wanda de Aguiar Horta, por conter elementos conceituais que se identificam com a prática do cuidar nesta unidade assistencial, uma vez que define como razão de ser da enfermagem o uso da ciência e da arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, visando o resgate de sua capacidade para auto cuidar-se, em colaboração com outros profissionais da equipe multiprofissional.

O Processo de Enfermagem a ser implantado constará das seguintes fases:

– Coleta de dados de Enfermagem (anamnese e exame físico) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas (técnicas propedêuticas: observação, palpação, percussão e ausculta), que tem por finalidade a obtenção de informações sobre o indivíduo e sobre suas respostas ao processo saúde e doença. Deverá subsidiar a análise de sinais e sintomas físicos, social, psicológicos e culturais para a definição dos Diagnóstico de Enfermagem.

– Diagnóstico de Enfermagem – é o julgamento das reações do indivíduo a problemas reais ou potenciais de saúde. É um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os problemas de enfermagem que requerem intervenções de enfermagem. Deverá utilizar como base o sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I.

– Planejamento de Enfermagem – É a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas visando a obtenção dos resultados esperados.

– Implementação – É a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de

Planejamento de Enfermagem. Traduz-se, na prática, pelas definição dos itens da Prescrição de Enfermagem, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade.

– Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo sobre as ações ou intervenções de enfermagem e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem, com vista a obtenção dos resultados esperados.

A SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, uma vez que os registros dos profissionais de enfermagem são fontes de informações relevantes e imprescindíveis para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança da assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem no prontuário do paciente serão estruturados a partir de um padrão previamente estabelecido, dentro das normas requeridas pela legislação, utilizando terminologias de enfermagem, de modo a contribuir com a construção de indicadores de qualidade para uma maior segurança dos cuidados prestados. São registros de Enfermagem:

- Evolução de Enfermagem: Registro privativo do enfermeiro, feito após avaliação do estado geral do paciente, a cada 24 horas ou após intercorrências. São de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de permanência do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e nº COREN-GO.

- Anotação de Enfermagem: Visa fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações. Deve conter assinatura e COREN-GO do profissional que efetuou o registro.

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais de enfermagem para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

4.3.2 Modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão

<table>
<tr><td rowspan="2">INSTITUTO CEM</td><td rowspan="2">POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

Procedimento Operacional Padrão</td><td>Serviço/Setor: Enfermagem

POP: (ENF + nº de ordem)</td></tr>
<tr><td>Elaborado em: / /

Revisado em: / /</td></tr>
<tr><td colspan="3">SETOR:</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROCEDIMENTO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">LOCAL DE EXECUÇÃO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">EXECUTANTE:</td></tr>
</table>

RESULTADOS ESPERADOS:		
MATERIAL NECESSÁRIO:		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:		
CUIDADOS ESPECIAIS:		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

4.4 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

4.4.1 Modelo De Gestão Da Informação

O INSTITUTO CEM implementará um conjunto de Sistemas de Tecnologia da Informação que executará a gestão das informações geradas em todos os setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás de forma integrada e que atendam aos seguintes princípios:

Sistema de Gestão da Qualidade.

Sistema de Gestão Hospitalar.

Sistema de Prontuários Eletrônicos (PEP).

Portal da Transparência - Gestão Transparente e Integrada do ponto de vista administrativo-financeiro da Instituição junto à comunidade e entes públicos.

Gestão integrada de Pessoas, Processos e Prazos

Gestão Integrada dos protocolos das áreas técnicas (equipe médica e multidisciplinar).

4.4.2 Projeto De Tecnologia Da Informação

A Tecnologia, definida como um conjunto ordenado de conhecimentos científicos, técnicos, empíricos e intuitivos, empregados no desenvolvimento, na produção, na comercialização e na utilização de bens ou serviços, normalmente inseridos numa rede de apoio de relações físicas, informacionais e organizacionais, já foi observada no fim da década de 90 pelo consagrado físico e matemático Freeman Dyson, como apenas uma das forças que impulsionam a humanidade, juntamente com as forças políticas, econômicas e a religião.

A princípio, diante dos grandes avanços tecnológicos, pode-se deduzir que tanto as pessoas quanto as organizações da área da Saúde desfrutam de uma grande evolução e transformação. A realidade, no entanto, poderá se mostrar contrária a esta dedução. A evolução e transformação esperadas estão vindo para as organizações que tiverem a capacidade de gerenciar com competência e eficiência suas tecnologias e o ciclo de vida, externos e internos das mesmas, garantindo desta forma, vantagem competitiva e conquista de mercado.

O fato é que os avanços tecnológicos em especial na Tecnologia da Informação, nos mais diversos setores, exigem um alto grau de investimento, têm um custo operacional e de manutenção altos e tornam-se obsoletos rapidamente, além de em sua grande parte causar impacto operacional no momento da implantação negativo, mesmo que a posteriori os próprios usuários entendam que o processo veio para modernizar e melhorar o fluxo laboral. É por isso que uma gestão competente, que compreenda a dinâmica deste cenário e que tome decisões assertivas alinhadas às estratégias de curto e longo prazo da organização, que saiba entender e compreender e alinhar a visão técnica com a de usuários, é fundamental.

Neste cenário a gestão da Tecnologia da Informação nas organizações, inclusive hospitalares, tem papel determinante, uma vez que a TI é hoje o foco das maiores inovações, permeia toda a organização e vai além, estabelecendo uma nova dinâmica de relacionamento com todos os participantes deste mercado.

Juntamente com sua importância a Gestão da Tecnologia da Informação no ambiente hospitalar traz também suas dificuldades e complexidades. A boa notícia é que outros setores que já vivenciaram estas dificuldades compartilham com outros mercados os resultados de seus estudos, esforços, implantações e modelagens através de guias de melhores práticas. Algumas destas melhores práticas para a Gestão de TI são mostradas a seguir:

4.4.2.1 Governança de TI

A Governança de TI é um grande arcabouço de metodologias que se prezam a auxiliar na gestão das Tecnologias de Informação.

"A governança de TI é um sistema pelo qual TI é dirigida e controlada na instituição. A estrutura de governança de TI especifica a distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da instituição como, por exemplo, a diretoria, os supervisores de negócio e de TI e dita as regras e procedimentos para a tomada de decisão nesta área. Desta forma a governança de TI fornece a estrutura necessária para estabelecer os objetivos de TI e os meios para manter estes objetivos e o monitoramento do desempenho." (Organization of Economic Cooperation and Development)

Através da governança de TI asseguramos que TI está adequadamente alinhada aos processos do negócio e é organizada e controlada corretamente. Ela fornece a estrutura que liga os processos, as informações e recursos de TI às estratégias e objetivos da Instituição.

Ela integra e institucionaliza as melhores práticas de planejamento, organização, aquisição, implementação, entrega, suporte, monitoramento e avaliação de desempenho de TI, para garantir que as informações da instituição e tecnologias associadas suportam os objetivos do negócio.

A governança de TI possibilita que a instituição aproveite todas as vantagens que a informação pode prover, maximiza os benefícios e capitaliza as oportunidades e assim alavanca a vantagem competitiva.

A governança de TI pode ser definida como conjunto de práticas e objetivos que visam o gerenciamento, o controle e a qualidade dos processos e atividades da tecnologia da informação na organização, tendo como foco, a adição de valor ao negócio.

Com sua utilização é possível formular estratégias e metas que irão gerar vantagens competitivas, fazendo com que a organização seja produtiva e proativa, sempre monitorando e antecipando as possíveis futuras falhas e problemas, para fornecer sempre um serviço 100% disponível e confiável.

CICLO DE VIDA DA TI

Identificar quais são as forças que promovem as alterações e evoluções no ambiente de TI da organização é fundamental para que as ações oriundas do BSC sejam conduzidas de forma adequada.

Sob a ótica do ciclo de vida pode-se realizar a perfeita fusão entre os conceitos e metodologias de Governança de TI e os objetivos estratégicos das organizações.

Segundo a ISO/IEC N21846, as fases básicas de TI normalmente são:

Requisitos;

Projeto;

Construção;

Distribuição;

Operação e manutenção;

Melhoria

Descontinuidade.

Para cada uma destas fases pode-se adotar uma fonte de Governança de TI diferente para gestão.

IMPLANTAÇÃO DE ITIL

Information Technology Infrastructure Library (ITIL) é um conjunto de boas práticas a serem aplicadas na infraestrutura, operação e manutenção de serviços de tecnologia da informação (TI). Foi desenvolvido no final dos anos 1980 pela CCTA (*Central Computer and Telecommunications Agency*) e atualmente está sob custódia da OGC (*Office for Government Commerce*) da Inglaterra.

A ITIL busca promover a gestão com foco no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologia da informação (TI).

A ITIL lida com estruturas de processos para a gestão de uma organização de TI apresentando um conjunto abrangente de processos e procedimentos gerenciais, organizados em disciplinas, com os quais uma organização pode fazer sua gestão tática e operacional em vista de alcançar o alinhamento estratégico com os negócios.

ITIL dá uma descrição detalhada sobre importantes práticas de IT com checklists, tarefas e procedimentos que uma organização de Tecnologia da Informação pode customizar para suas necessidades.

Para implementação na unidade serão capacitados todos os profissionais da área de Tecnologia da Informação e áreas correlatadas na última versão do ITIL.

SERVIÇOS

Serviço é uma forma de entregar valor ao cliente facilitando o resultado almejado por eles sem a necessidade de arcar com custos específicos e riscos. O valor do serviço é medido pela sua utilidade e garantia. Utilidade é servir um propósito, melhorando o desempenho médio. Garantia é servir para uso, reduzindo variações de desempenho. Juntos, utilidade e garantia, representam o valor do serviço. O ITIL – Information Technology Infrastructure Libray – é reconhecido mundialmente como um padrão para gerenciamento de serviço e tem como foco principal a operação e a gestão do conjunto de melhores práticas para gerenciamento de processos de TI. A utilização dos processos da ITIL para a implementação da Governança de TI é adotada após o estabelecimento de uma visão conjunta das áreas demandantes com a TI que descreva o objetivo de implementar um Programa de Melhoria Contínua de Serviços e que a organização possua uma resposta clara do que ocorrerá se nada mudar. Os processos do ITIL podem ser subdivididos em: Gerenciamento de Aplicações, Gerenciamento de Serviços e Gerenciamento de Infraestrutura de TI. De modo sucinto o Gerenciamento de Serviço por ser o que contém a maior parte dos processos do ITIL. O principal objetivo do Gerenciamento de Serviços é certificar-se que os serviços de TI estão alinhados com as necessidades do negócio da empresa e seus processos estão subdivididos em dois grupos:

Entrega de Serviço (Gerenciamento de Níveis de Serviço, Gerenciamento de Capacidade, Gerenciamento de Finanças, Gerenciamento de Disponibilidade e Continuidade do Serviço);

Suporte de Serviços. (*Service Desk*, Gerenciamento de Incidentes, Gerenciamento de Problemas, Gerenciamento de Configuração, Gerenciamento de Mudanças e Gerenciamento de Versões);

Em razão de sua flexibilidade, a adoção do ITIL traz grandes benefícios, uma vez que não define os processos a serem implementados, mas sim demonstra as melhores práticas que podem ser utilizadas. De forma objetiva, podemos apontar alguns resultados decorrentes de sua implementação, tais como: definição dos ciclos de vida dos processos, análise e classificação dos erros, aumenta o grau de segurança do usuário, organiza métodos de trabalho, gera melhorias contínuas e referências para novos usuários, contribui como facilitador e integrador entre as áreas de trabalho, disponibiliza recursos tecnológicos em tempo integral, restaura a operação normal do serviço (incidentes), avaliação de impactos de mudança, obtenção e uso de indicadores, entre outros.

FERRAMENTAS DE GESTÃO A SEREM IMPLANTADAS

Toda organização que possui um modelo de gestão, zela por suas ações de curto e longo prazo e se utilizam de mecanismos sistemáticos e estratégicos para o

controle e a evolução da organização. Nestas organizações ferramentas como Plano de Ação – “PA” e Balance Score Cards – “BSC” são adotadas por todos os setores e garantem um alinhamento estratégico das ações. São estas ferramentas que norteiam as ações de TI na organização.

Para isso este INSTITUTO CEM propõe a implantação de um Sistema de Gerenciamento de Saúde, distribuído em duas direções conforme expostas abaixo, que podem ou não sofrer alterações no momento de sua implantação, após o levantamento inicial da realidade da Policlínica.

Para essa implantação se fará necessária toda a estruturação da rede de computadores da Policlínica, inclusive com a aquisição de servidores para implementação de Active Directory, Servidor de Arquivos, Firewall e Proxy e também para o sistema a ser implantado, bem como desktops para trabalho.

ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA – FINANCEIRA E GERAL

MÓDULO: FATURAMENTO SUS

O módulo de Faturamento SUS foi idealizado para substituir os sistemas fornecidos pelo DATASUS, facilitando e agilizando o processo de faturamento. Totalmente integrado com os outros módulos do sistema e sempre atualizado com as últimas novidades do DATASUS, permite faturamento sem perdas e glosas ajudando o aumento da receita hospitalar.

MÓDULO: ESTOQUE, FARMÁCIA E NUTRIÇÃO

O módulo de Estoque permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/sub grupo farmacológico, princípio ativo, nome comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com total rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

MÓDULO: COMPRAS

O módulo de compras funciona integrado com o Módulo de Estoque/Farmácia, recebendo a requisição gerada por ele e permitindo a montagem de planilhas de cotação, geração de ficha para cotação do fornecedor (via fax ou e-mail) ou a digitação direta pelo fornecedor (em site de internet), geração da ordem de compra e acompanhamento das entregas. Serve tanto para instituições privadas como públicas, já quem também conta com todo o processo licitatório de acordo com as leis atuais.

MÓDULO: GERENCIAL / BI / PORTAL

O módulo Gerencial foi concebido visando a informação imediata e integrada de diversas informações alimentadas em todo sistema.

A ideia é proporcionar consultas, relatórios e gráficos com “um clique” para rápida tomada de decisão dos gestores.

A sua implantação é sempre acompanhada de uma parametrização para adequar as informações às necessidades administrativas de cada instituição e permitir a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) acessar via Internet (WEB) o mesmo.

MÓDULO: FINANCEIRO

O módulo Financeiro foi desenvolvido totalmente integrado com os demais módulos. A partir dele é possível controlar, além do tradicional contas a pagar e receber, fluxo de caixa e contas correntes, os recebimentos de glosas e recursos do faturamento, os atrasos de entrega de NF dos estoques, previsão orçamentária, custos e demais itens inerentes à uma gestão financeira.

MÓDULO: CUSTOS

O módulo de Custos permite a avaliação dos custos por centro de custo, permitindo análise de rentabilidade de cada um deles e gerando informações para visualização dos custos por paciente, procedimento, médico, especialidade, etc.

Toda a parametrização é feita pelo usuário que têm liberdade de utilizar os critérios de acordo com as decisões da administração.

MÓDULO: MANUTENÇÃO

O módulo de Manutenção permite controlar as ações realizadas pelo Departamento de Manutençãa Hospitalar, seja através de alertas sobre manutenções preventivas (integrado com o módulo de Patrimônio) seja pelo acompanhamento das ordens de serviço (internas e externas) da manutenção.

MÓDULO: PATRIMÔNIO

O módulo de Patrimônio auxilia no controle de cadastramento, localização, inventário e depreciação patrimonial. Além disso, integrado com o módulo de Manutenção, permite o controle dos gastos, manutenções preventivas e corretivas realizadas no bem.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

MÓDULO: ATENDIMENTO

O módulo de Pronto Socorro permite registro rápido dos pacientes que utilizam este setor, gerando fichas de internação e a conta hospitalar para o faturamento de taxas, procedimentos e materiais/medicamentos em tempo real. Engloba ainda a parte relativa aos totens de emissão e chamamento de senha, Controle de Salas, Gestão do Fluxo de Atendimentos, Classificação de Riscos, Pronto Socorro, Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamentos, Ambulatório e Internação.

MÓDULO: CENTRO CIRÚRGICO

O módulo de Centro Cirúrgico auxilia em todo o gerenciamento do setor, desde o agendamento da cirurgia, geração do mapa cirúrgico, controle de horários, kits de cirurgias até o encerramento com controle de RPA, relatório cirúrgico, folha de gastos e faturamento integrado.

MÓDULO: PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PEP

O módulo de prescrição eletrônica e prontuário eletrônico do paciente foi desenvolvido com o objetivo de agilizar o atendimento médico e diminuir a utilização de papel. Com ele é possível fazer todos os pedidos de procedimentos e prescrição, registrar as evoluções dos pacientes, visualizar laudos, e várias outras atividades necessárias para melhorar a qualidade no atendimento ao paciente.

As interfaces foram desenvolvidas a partir de diversas experiências de implantações bem sucedidas em diversas instituições, levando em conta as diferenças culturais existentes mas também provendo uma padronização de conceitos que além de agilizar o registro médico, permite maior clareza nas informações, redução de glosas e rapidez na tramitação de documentos o que gera diminuição do tempo de resposta dos setores de apoio.

MÓDULO: DIAGNÓSTICO E TERAPIA

O módulo de Laboratório permite gerenciamento total do setor, desde o registro do pedido até a entrega do laudo, passando por coleta, digitação dos laudos e controle de impressão. Além disso, com o interfaceamento dos equipamentos para obtenção dos resultados (que são transferidos diretamente para os laudos), ajuda a reduzir o tempo de resposta dos exames sensivelmente. Outra vantagem é que os exames confirmados são automaticamente lançados na conta do paciente.

MÓDULO: PROGRAMAS AUXILIARES E DE APOIO

Higienização e Limpeza

SAME

Lavanderia e Rouparia

Central de Material Esterilizado

Sistema de Atenção ao Cliente

Nutrição e Dietética

Movimentação de Documentos

Banco de Sangue

Serviço Social

GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM SIA/SUS E SIH/SUS

No tocante ao gerenciamento e alimentação das informações para o SIH –Sistema de Informações Hospitalares e SIA – Sistema de Informações, do Ministério da Saúde, estas serão geradas eletronicamente pelos softwares que se pretende adotar para a unidade, com todas as informações necessárias para faturamento, com a apresentação de atendimentos de forma eletrônica, as quais serão apresentadas mensalmente de acordo com o calendário proposto pelo Gestor Estadual.

GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS

O uso de tecnologias está cada vez mais fazendo parte da vida das pessoas e instituições, gerando assim transformações nos processos de comunicação, armazenamento, organização e disseminação de informações. Assim, diversos são os setores que vivenciam este processo acelerado de desenvolvimento e inclusão tecnológica, que prometem trazer “soluções” para a vida das pessoas e das empresas, promovendo uma verdadeira enxurrada de aparatos tecnológicos inundando a chamada “sociedade da informação”. Dentre os diversos setores que mais têm sido afetados pelos avanços tecnológicos destacam-se aqueles cuja ênfase recai sobre a criação, processamento e disseminação da informação.

Na área da saúde não é diferente, pois ao inserir equipamentos tecnológicos e tecnologias, procuramos dentre outros objetivos, suprir nossas necessidades de administração do grande número de informações médicas.

Contudo, apesar de algumas instituições brasileiras vivenciarem experiências com o PEP, ainda são muitas as pessoas que encontram resistência frente ao uso e implantação desta ferramenta, seja no sentido de não dominarem tais aparatos tecnológicos, seja por não confiarem no armazenamento destas informações. Por outro, lado tais resistências acabam por suscitarem iniciativas por parte das instituições, cujo objetivo é tornar mais prático o gerenciamento das informações.

A quantidade exagerada de prontuários médicos, e a escassez de espaços físicos, bem como a falta de um acondicionamento adequado, configura-se hoje em intensos problemas que precisam de análises e ações urgentes.

Ao serem implantadas tecnologias de informação em unidades de saúde, os profissionais envolvidos nesta área em parceria com Bibliotecários tendem a desenvolver modelos de sistemas que promovam a guarda e o armazenamento desses documentos, como também possibilitar a comunicação entre diversos sistemas articulando assim à área administrativa com a assistência médica.

DEFINIÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O prontuário tradicional vem sendo utilizado ao longo do tempo pelas unidades de saúde, no sentido de fazer o registro das informações sobre o estado de saúde do paciente. De acordo com Roger e Gaunt (1994, p.194), apud Pinto (2006, p. 36), "o prontuário do paciente individual e coletiva, é uma memória escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, ás vezes individual e coletiva, constantemente atualizado":

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração da Policlínica e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, p.11, 2006)

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Legislação Arquivística Brasileira, no uso de suas atribuições criaram resoluções que definem o prontuário médico e normaliza a criação do prontuário eletrônico. Neste âmbito o CFM, define o prontuário do paciente como sendo um:

Documento único constituído por 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, utilizados para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, CFM, 2002).

Neste sentido fica claro que a responsabilidade pelo prontuário do paciente inclui o envolvimento e a participação de uma variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros. Por ser um tipo de documento corrente, estes profissionais compartilham de informações diferentes, dentro de suas respectivas áreas e é por essa multidisciplinaridade de profissionais que surge uma variedade de informações. É neste cenário que o Bibliotecário atua no sentido

de organizar as informações, realizando processos de recuperação com o uso de metadados, atuar nos processos de classificação e indexação dos termos utilizados nos POP´S.

Vale ressaltar que o conceito de prontuário médico permanece, a novidade é que passa a ser visto não somente como documento em papel, passando, porém a ser registrado também em suporte eletrônico. Neste sentido, com a proliferação das Tecnologias de informação e comunicação (TICs) no âmbito da saúde, observa-se que o prontuário tradicional passa por transformações no que tange ao formato, tratamento, organização e gerenciamento das informações.

Diante destas definições compreende-se que Prontuário eletrônico é um meio físico de repositório das informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo. Observa-se também que o mesmo pela sua característica, traz consigo inúmeros benefícios obtidos deste formato de armazenamento. Dentre os quais podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento cientifico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão e de acordo com Gremy (1987) apud Pinto (2006, p. 38), funciona como fonte de informação para pesquisas clínicas, epidemiológicas; fonte de informação para identificar grupos de pacientes específicos, além de funcionar como mecanismo para a preservação documental.

No entanto algumas considerações devem ser feitas, pois ao mesmo tempo em que o PEP apresenta algumas vantagens em relação ao prontuário em papel, encontra-se de acordo com estudos feito por Sabatini (1999), Van Ginneken; Moorman (1997), algumas desvantagens, dais quais pode-se destacar: a necessidade de grande investimento em hardware, software e treinamento; resistência a mudanças; demora na sua implantação e falha na tecnologia.

Diante desta problemática das vantagens e desvantagens da implantação e uso do PEP, observa-se de acordo com estudos recentes sobre prontuários eletrônicos as instituições de saúde, principalmente quando olhada para organizações particulares estão investindo nesta nova ferramenta de armazenamento de informações, visto que esta funciona como ferramenta que facilita a qualidade, no que tange á recuperação das informações em pouco tempo.

A APLICAÇÃO DO PEP NA POLICLÍNICA :

As Recomendações do CFM

Até aqui nosso olhar voltou-se para a discussão do PEP, no qual fizemos um levantamento de literatura quanto às definições da referida ferramenta. Nesta seção abordaremos os requisitos necessários para o uso de sistemas informatizados em unidades de saúde. Tomemos como base a resolução CFM nº

1.639/ 2002, revogada pela Resolução CFM n. 1821/ 2007, que aprova as "*Normas Técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico*", dispondo sobre tempo de guarda dos prontuários e estabelecendo critérios para certificação dos sistemas de informação.

Os modernos sistemas de gerenciamento e armazenamento de informações em saúde devem ser elaborados de forma que apoiem o processo local de atendimento, fornecendo, portanto, comunicação dentro e fora da instituição, tendo uma estrutura comum.

Com os avanços da tecnologia da informação, que vem oferecendo novos métodos de armazenamento e de transformações de dados, as instituições de saúde vêm paulatinamente inserindo estes "equipamentos" em seu ambiente de trabalho. É, pois, através da introdução das TIC'S que o CFM em parceria com a Legislação arquivista brasileira, atendendo as necessidades destas instituições estabelece normas para a criação do PEP, com o objetivo de uniformizar a estrutura, acesso e confiabilidade.

Obedecendo a resolução do conselho federal de Medicina nº 1.639/2002, onde dispõe sobre "*normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário Médico*"; e da legislação arquivista brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT e o decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a lei de arquivos nº 8.159/91), a criação de um prontuário eletrônico deve-se acima de tudo manter a integridade das informações; bem como a privacidade e confidencialidade. Neste sentido o sistema de informação o fará tais controles, através de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme consta na norma ISO/IEC 15.408, para segurança dos processos de sistema.

Com a criação de um prontuário eletrônico, as informações médicas têm a garantia de se manter permanente a guarda destas informações; por meios magnéticos ou ópticos e microfilmados e no caso da digitalização dos prontuários, o CFM e a Sociedade de Informática em Saúde (SBIS), autoriza a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida no anexo da resolução proposta pelo CFM e após ser analisados pela comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Neste sentido com o uso suporte das tecnologias da informação e com a implantação de sistemas informatizados na área da saúde, ocorrerá a inserção de profissionais da saúde que ainda se sentem parcialmente ou totalmente excluídos dessas tecnologias, vindo então possibilitar agilidade e qualidade no atendimento

ao paciente. Os profissionais da informação não ficam fora deste contexto, uma vez que podem exercer atividades relacionadas com o uso e disponibilidade de informações, dentre as quais pode-se citar a organização, sintetização, representação e disseminação da informação. Segundo Davidoff, apud Leite e Galvão (p. 02).

[.] podem também ter um papel crucial na recuperação da informação, na criação de sistemas de recuperação da informação, avaliando quais informações são importantes tanto para clínicos, como para pacientes e suas famílias, selecionando a informação adequada a cada um deles.

Para o desenvolvimento de sistemas para a implantação do PEP, o mesmo deverá manter a integridade das informações através do controle de vulnerabilidades, controle de acesso e métodos fortes de autenticação; bem como utilizar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, processos de back-up, sistemas de auditoria, compartilhamento dos dados, criação de senhas individuais e digitalização dos prontuários. Quanto a certificação dos sistemas informatizados, o mesmo será reconhecido pelo AC (autoridade certificadora) credenciada pelo ITI (Instituto Nacional de Tecnologia da Informação) que é responsável pela AC, afim de garantir a identidade do sistema. Após a identificação do software o CFM e a SBIS emitiram um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema.

Deve-se ressaltar que além da criação de um arquivamento eletrônico, o prontuário tradicional deverá permanecer no prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro.

É, pois, a partir das recomendações supracitadas que as entidades criadoras podem distribuir os sistemas para as unidades de saúde, qualquer falta de um desses processos o sistema não poderá ser utilizado. Neste sentido as organizações de saúde devem verificar se os mesmos estão de acordo com as normas do CFM/ e certificado pela SBIS.

O PROFISSIONAL NO GERENCIAMENTO DO PEP:

Habilidades e Competências

Muito se têm discutido sobre as competências e habilidades dos profissionais da informação e suas áreas de atuação. A presente seção retoma a estas questões, porém buscando compreender o perfil deste profissional na área da saúde. A princípio, partimos da hipótese de que a área da saúde possui particularidades necessitando, porém de profissionais com formação específica, para que possa atuar na organização, representação e disseminação da informação. Neste contexto vale destacar o enumerado de situações no qual o bibliotecário precisa

gerenciar segundo Leite e Galvão (2006) em seu artigo "*Os profissionais da informação em saúde: perfis e campos de atuação*":

Número crescente de informações geradas diariamente e alta probabilidade de dispersão;

Abrangência e características das tipologias de informação requeridas pelos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde;

Precisão, relevância e confiabilidade das informações a serem usadas no campo da saúde;

Tempo limitado para acesso, leitura e compreensão das informações, seja por parte do profissional da informação, seja por parte dos usuários da informação no campo da saúde. *(LEITE, GALVÃO, 2006, p. 02)*

A partir dessas colocações, faz-se necessário pensar em um profissional que além da sua formação, tenha habilidade diante das tecnologias. O processo acelerado da inclusão digital cria a necessidade de adaptações dessas tecnologias para atender as demandas de cada área específica. A área de saúde entra nessa nova globalização, procurando suprir suas necessidades de administração do crescente número de informações médicas.

A literatura da área biblioteconômica resgata trabalhos como os de Silva (2005) que discute o bibliotecário médico, um profissional que trabalha diretamente com os profissionais da área de saúde para a realização de pesquisas. "*A sua parceria com outros profissionais qualifica o atendimento aos pacientes e agrega muito valor na obtenção de resultados mais eficazes para os atendimentos clínicos, estudos acadêmicos e desenvolvimento científico*".

O bibliotecário que atua junto à organização do PEP, não se difere muito desse perfil, já que cabe a ele também a organização das informações, em muito relevantes para a pesquisa cientifica e manutenção do histórico de saúde dos pacientes. Neste sentido, a Ciência da Informação possui uma visão ampla das questões e problemas relacionados ao fluxo de informação e gerenciamento desses sistemas, que pode contribuir consideravelmente para o bom andamento das atividades na área médica. A parceria do profissional médico com o profissional da informação tende a desenvolver modelos de sistemas de informação que otimizem a demanda, a guarda e o armazenamento desses documentos, onde prevaleçam os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o estudo, pesquisa e prática médica.

Muitas bases de dados na área de saúde são desenvolvidas a partir de avançados sistemas de informação. Com a implantação de prontuários eletrônicos inicialmente por sistemas internos e futuramente interligados em rede, ocorrera a

inclusão de uma notável parcela de profissionais de saúde que ainda se sente excluídos dessas novas tecnologias, possibilitando assim, qualidade e agilidade no atendimento ao paciente.

A criação desse ecossistema de informação permitirá avanços em escala para a cidadania, a gestão pública e governabilidade estatal, com ganhos sociais para todos. Principalmente para os profissionais de saúde que terão a possibilidade de ampliar o número de ferramentas de trabalho e recursos disponíveis, em uma rede de cooperação que desonera o fluxo de informação, permitindo assim que o profissional se atenha ao processo de tomadas de decisão e avaliação atendendo as demandas de suas práticas diárias. Para isso a informação deve ser colocada em um ambiente colaborativo de comunicação, seguro, em rede integrada, aberta e modular, que atenda as condições de veracidade, confiabilidade e usabilidade. (MOTA; BABÊTTO, 2004, p. 5).

Nesse ínterim, é possível identificar que o profissional deve estar preparado para gerenciar eletronicamente as informações implantadas; avaliar as informações acompanhando os procedimentos; participar diretamente na implantação do programa garantindo qualidade no arquivamento, eficiência e agilidade na organização e recuperação das informações, além de obedecer à legislação vigente e criar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com sua função no processo assistencial.

O SISTEMA DE PEP

Conforme descrito nesta Proposta de Trabalho, no Módulo: Prontuário Eletrônico, o sistema a ser instalado na Policlínica deverá seguir as recomendações de arquivamento, segurança e aplicabilidade do Conselho Federal de Medicina.

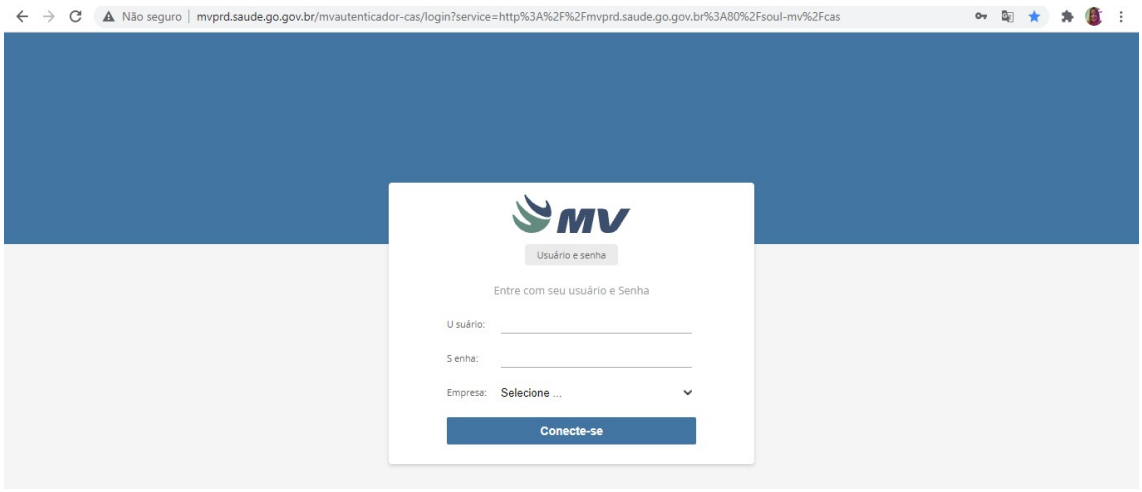
Seguirá ainda as boas práticas de Segurança da Informação (Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade) praticando para isso a redundância de Bases de Dados e distribuição de Sistemas na unidade de saúde. Backups e replicação de dados deverão fazer parte integrante de todo o sistema, e não apenas do PEP, de forma a garantir que em casos de catástrofe tecnológica o tempo de paralisação seja o menor possível para os usuários de sistema.

Ainda seguindo as recomendações do Conselho Federal de Medicina, apesar de não mandatório, após implantação poderá ser estudado a viabilidade de uma possível certificação para a estrutura e sistemas instalados.

4.4.3 SOUL MV– SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR

Sistema de gestão hospitalar com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

Sistema para o trabalho dos profissionais da saúde com processos automatizados e aumente a produtividade em larga escala com segurança, acessibilidade e mais satisfação.



Global Health

Plataforma de inovação com foco na administração de informações da saúde pública e privada, colaborando com avanços no cuidado individual e hábitos saudáveis.

Otimize processos e obtenha melhores resultados

Contribua para a melhoria de performance de todos os departamentos com soluções que permitem a integração plena dos processos intersetoriais, motivando toda a equipe.

4.4.3.1 PEP

O prontuário eletrônico é o primeiro passo para se tornar uma Policlínica digital.

Assistencialidade

Assegura as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e garante a qualidade na assistência ao paciente.

Integração

Integra todos os setores da Policlínica, garantindo padronização e eficiência dos processos.

Satisfação

Colabora com a satisfação dos pacientes por meio da agilidade no ate

Além do registro de dados

Reúna as informações clínicas e assistenciais de todo o histórico do paciente, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia a dia de todos os profissionais.

Governança clínica

Integrado com sistemas de apoio à decisão clínica, e-learning e BI clínico.

Validação de prescrição

Possibilita o controle de interações medicamentosas e traz mais segurança na administração de medicamentos.

Certificação digital

Possui certificação CFM/SBIS.

Alertas inteligentes

Mantém o usuário advertido sobre possíveis intercorrências que interfiram no tratamento do paciente.

Aplicativo móvel

Disponível em diferentes dispositivos, resultando num fluxo de checagem mais eficiente.

Armazenamento digital

Viabiliza a substituição do SAME por um processo 100% digital, maximizando a segurança das informações.

SAE automatizado

Reúne todos os processos NANDA-I, NIC e NOC dentro do prontuário eletrônico.

Personalização

Possui configurações e formulários customizáveis de acordo com as necessidades da instituição.

Protocolos assistenciais automatizados

Garante suporte a decisões clínicas baseadas em evidências e bases de conhecimento farmacêutico.

Gestão à vista

Viabiliza a gestão de indicadores assistenciais, administrativos e financeiros, para acompanhamento e controle dos resultados da instituição.

Excelência e acreditação

Facilita a conquista da acreditação e certificação da instituição.

Padronização de processos

Simplifica o acompanhamento da produtividade em tempo real e possibilita um controle maior dos processos.

Prontuário eletrônico do paciente

Reúne todas as informações e histórico do paciente em um prontuário eletrônico único, eleito o Melhor da América Latina.

Controle de glosas

Possibilita a auditoria de contas hospitalares com o controle de glosas.

Personalização

Permite configurações e customização dos formulários de acordo com as necessidades da instituição.

Alertas inteligentes

Mantém o usuário advertido sobre possíveis intercorrências que interfiram no tratamento do paciente.

Integração

Integra todos os setores da Policlínica, facilitando o fluxo de trabalho dos profissionais.

Segurança

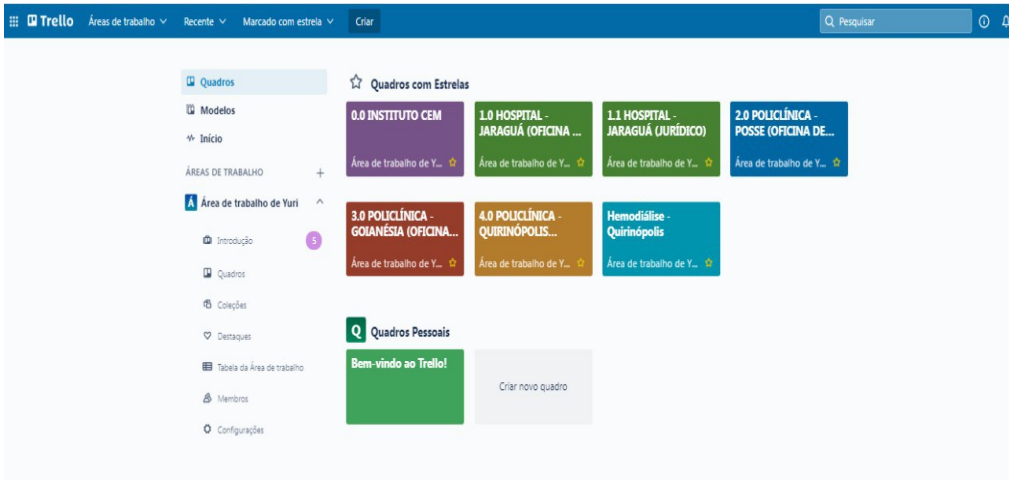
Maximiza a segurança das informações e mantém protocolos de confidencialidade.

4.4.4 TRELLO -APLICATIVO DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS

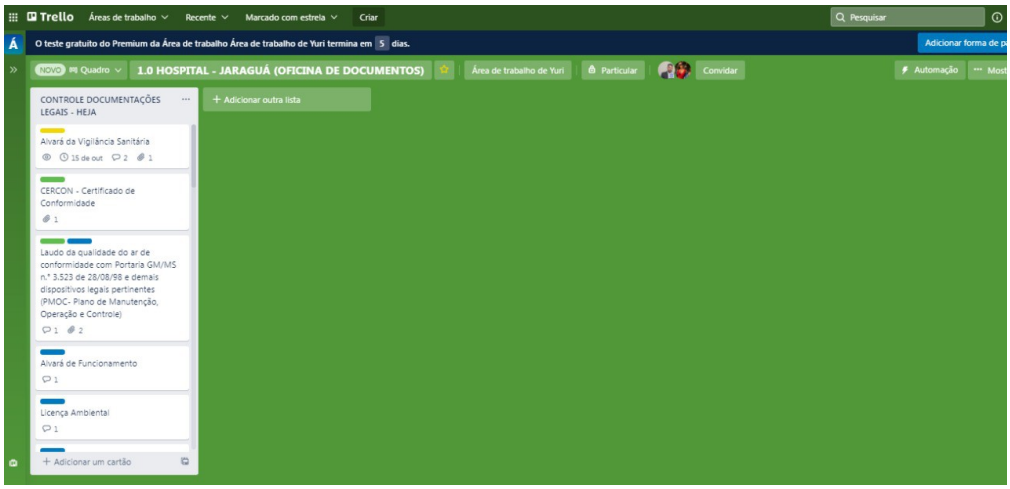
O Trello é uma ferramenta de gerenciamento de projetos. Disponível para desktop e também para celulares Android e iPhone (iOS), se apresenta como uma ferramenta extremamente versátil que pode ser usada para organizar projetos que envolvem equipes numerosas como em grandes hospitais por exemplo.

O Trello organiza projetos em quadros (boards), em que são inseridas listas de tarefas a serem seguidas individualmente ou em equipe. Cada lista recebe cartões (cards) com descrições, prazos determinados e objetivos a serem concluídos.

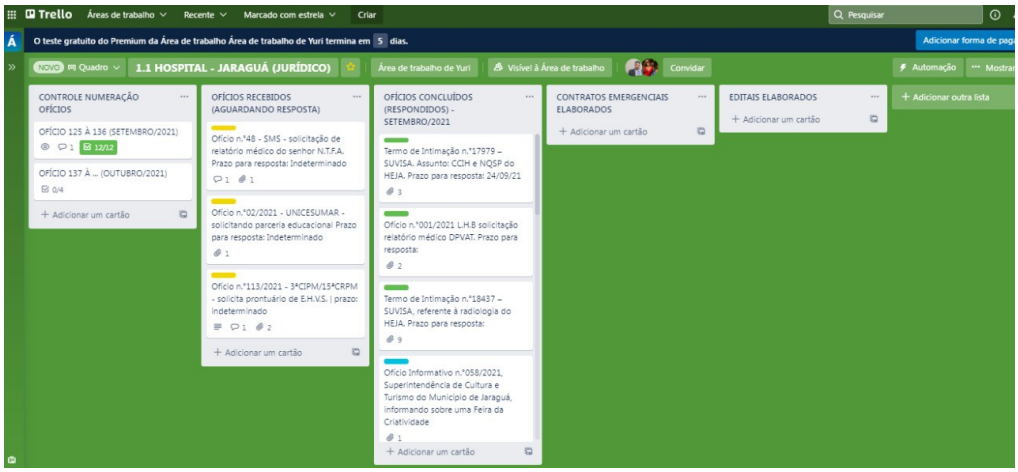
Os boards podem ser compartilhados com qualquer pessoa com cadastro no Trello, e é possível adicionar múltiplos usuários aos cartões. Marcar alguém em um card não só significa determinar que aquele membro da equipe esteja responsável pela tarefa em questão, como também faz com que todas as demais pessoas do quadro estejam cientes do que cada um está trabalhando no momento.



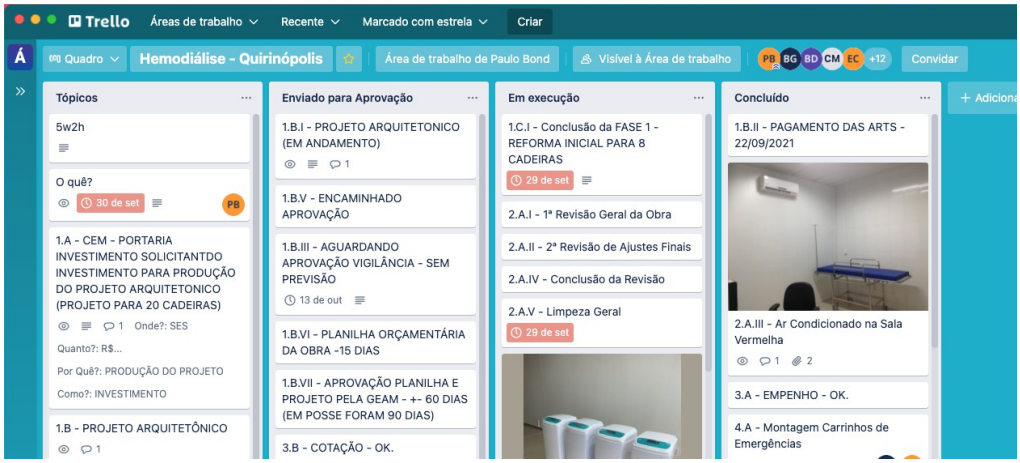
Com uma interface intuitiva e recursos como checklists, upload de arquivos multimídia e etiquetas coloridas, o Trello pode ser um aliado útil no planejamento de gerenciamento de cada unidade se saúde hospitalar, bem como na confecção dos mais variados tipos de documentos.



A titulo de ilustração, a seguir destacamos como funciona o Trello e utilizamos a ferramenta para melhorar a produtividade do gerenciamento das unidades de saúde gerenciadas pelo Instituto CEM especificamente em um quadro denominado de JURÍDICO, onde é feito o controle de recebimento, envio e numeração de ofícios, bem como o controle de editais e contratos com prestadores de serviços.

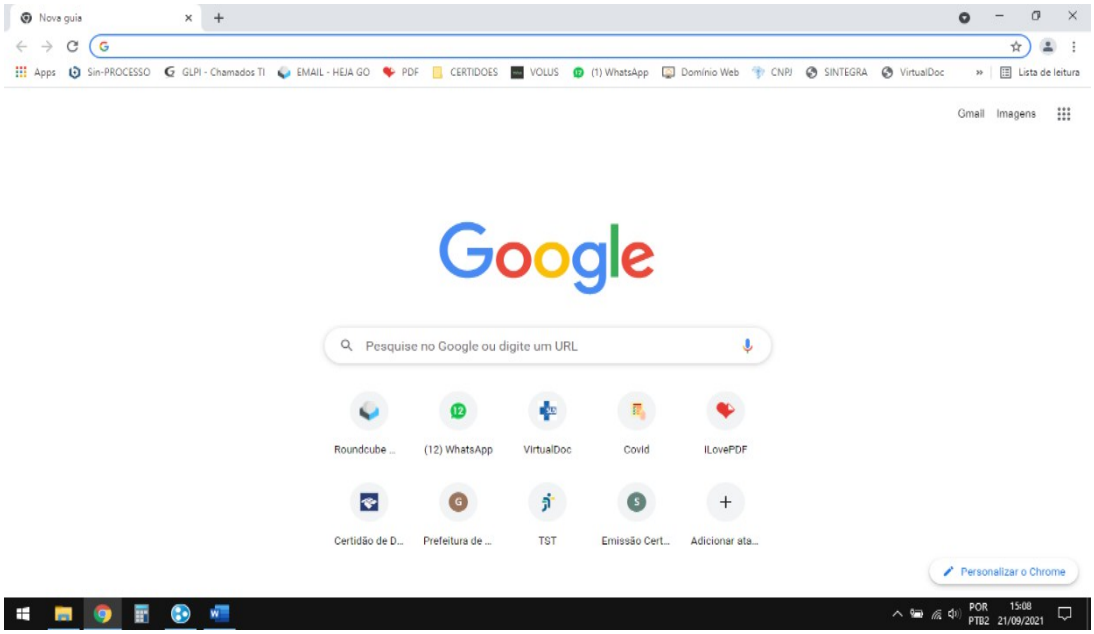


Utilizamos também um quadro para gerenciamento e operação das ações com relação a implantação da Hemodiálise na Policlínica Estadual de Quirinópolis, onde é feito todo o controle de autorizações, aquisições e conclusão das tarefas relacionadas a sua implantação.

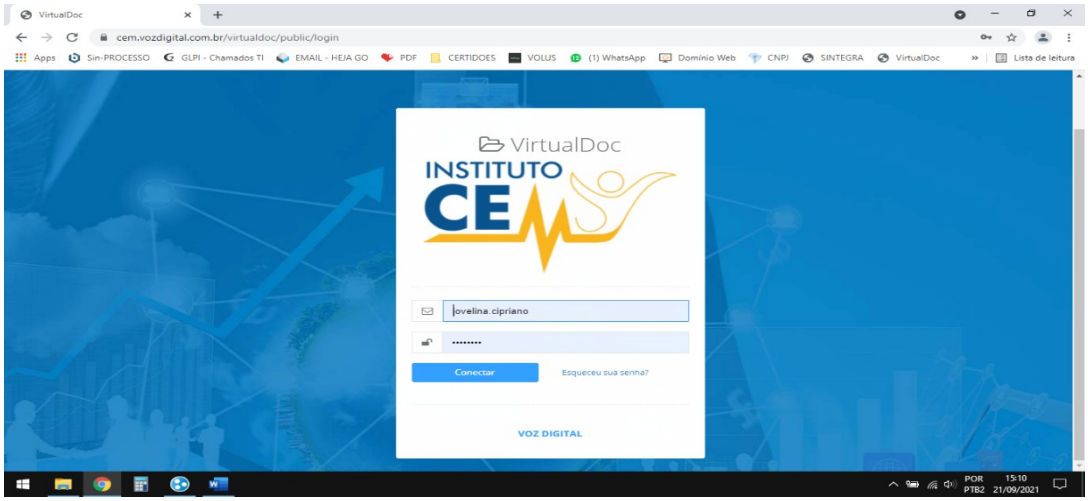


4.4.5 SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE PROCESSOS DOC CEM.

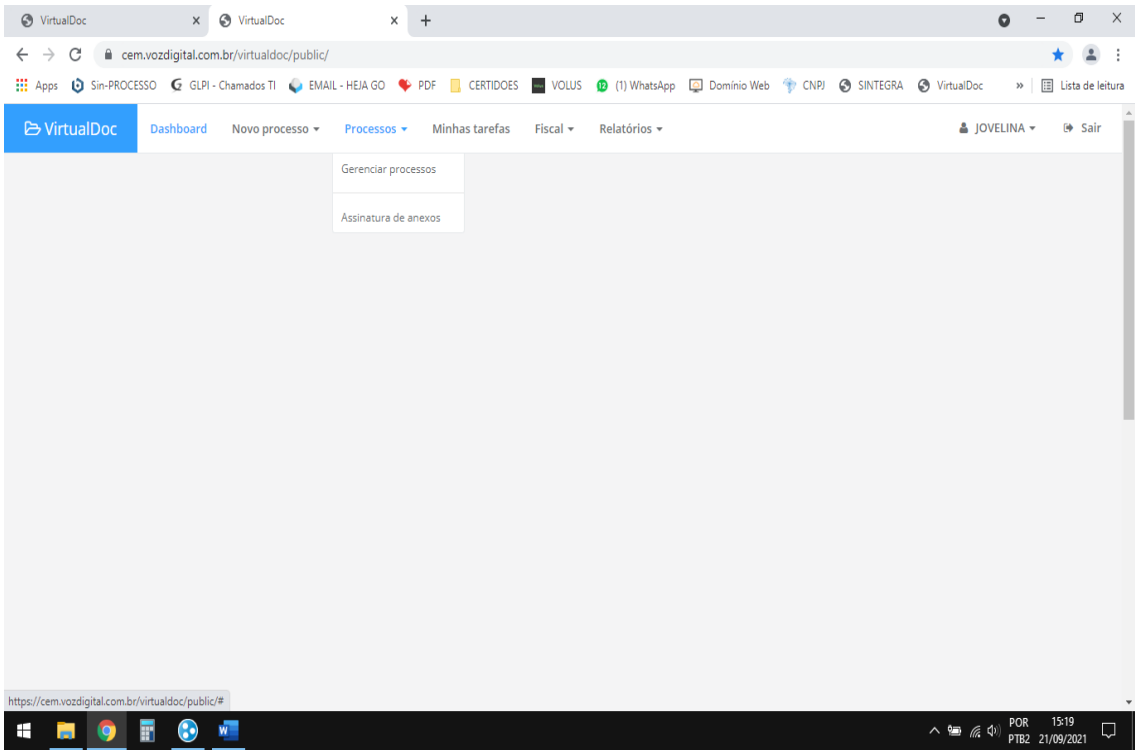
Página inicial, clicar **VirtualDoc**



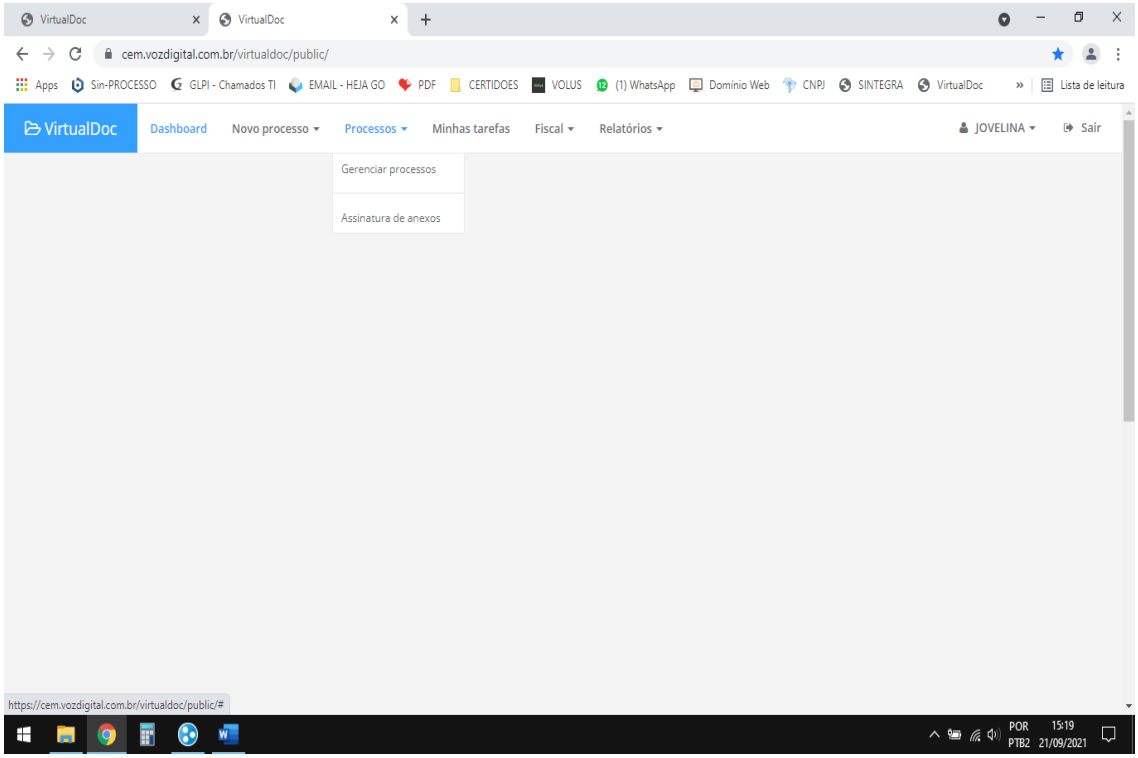
Inserir senha



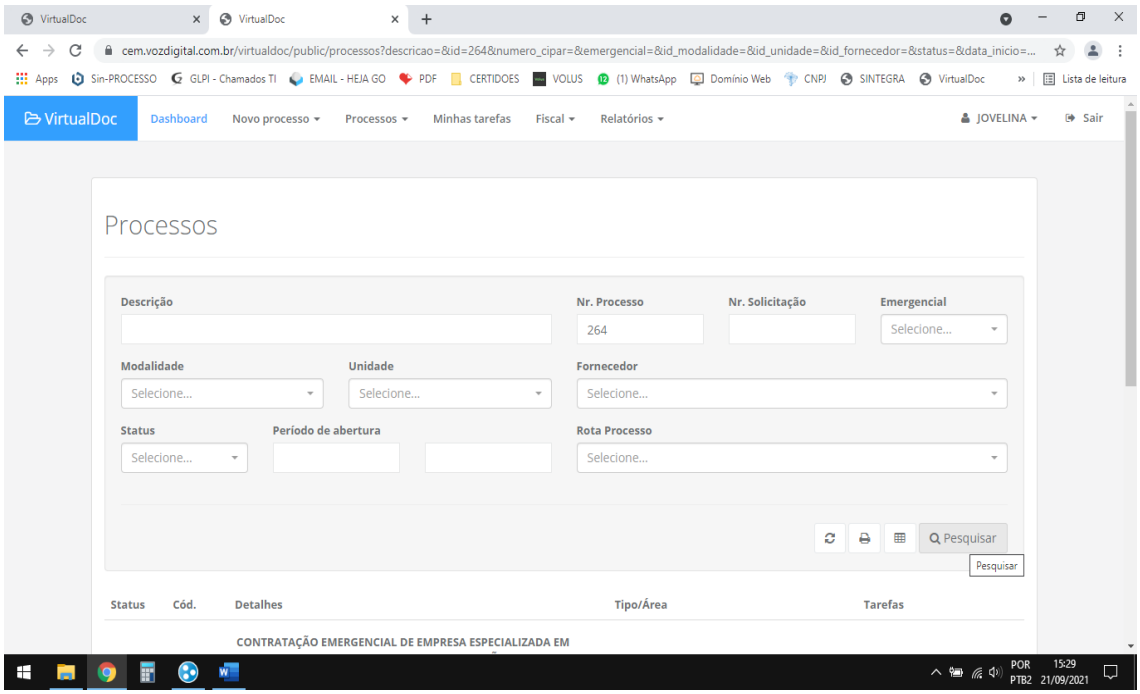
Clicar em processos



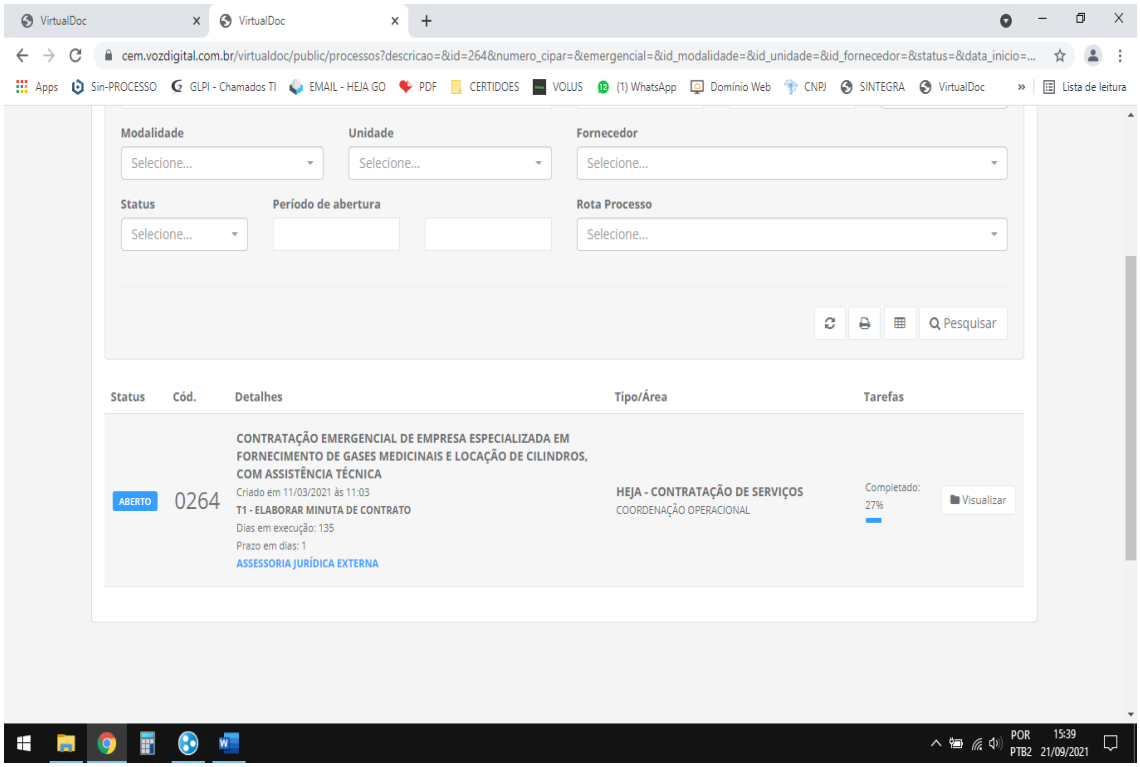
Gerenciar processos.



Número do processo Ex: 264 - pesquisar

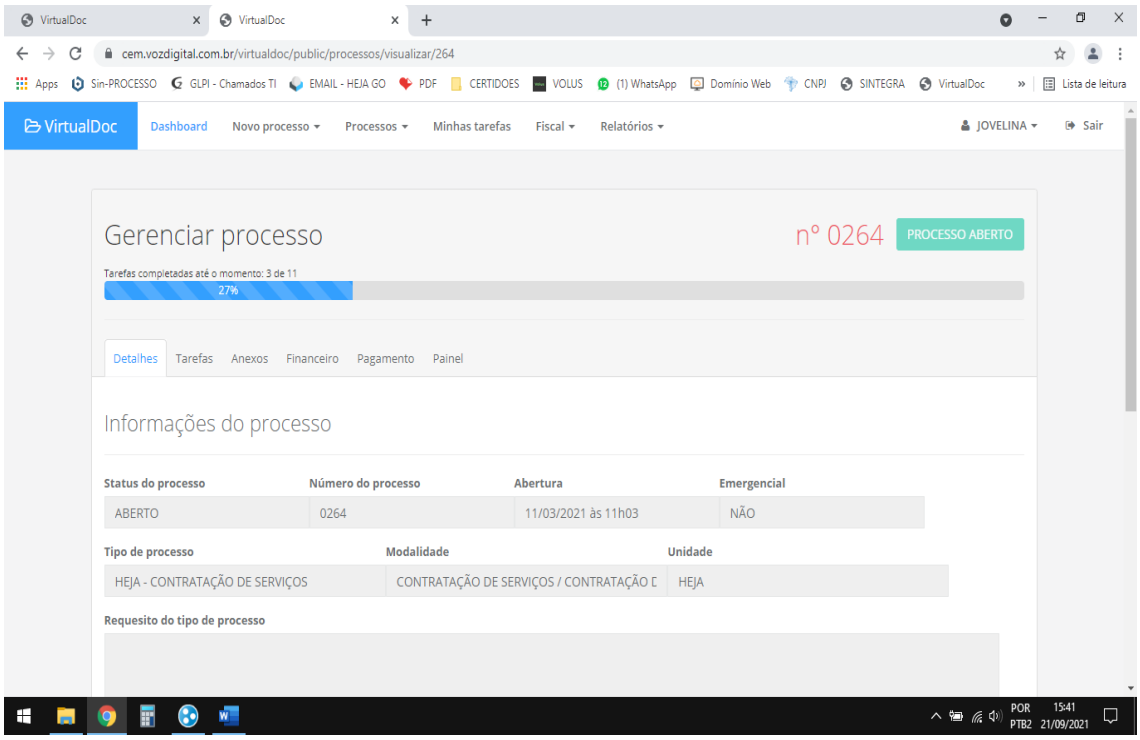


opção pesquisada

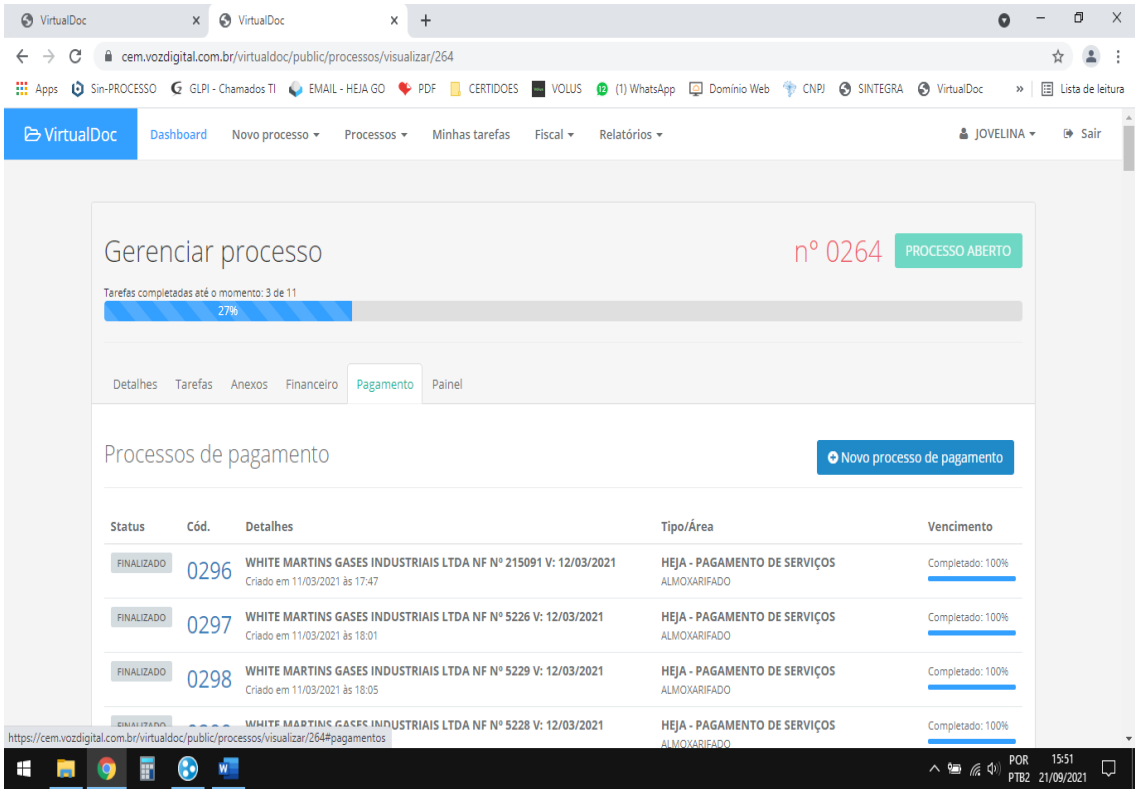


Visualizar

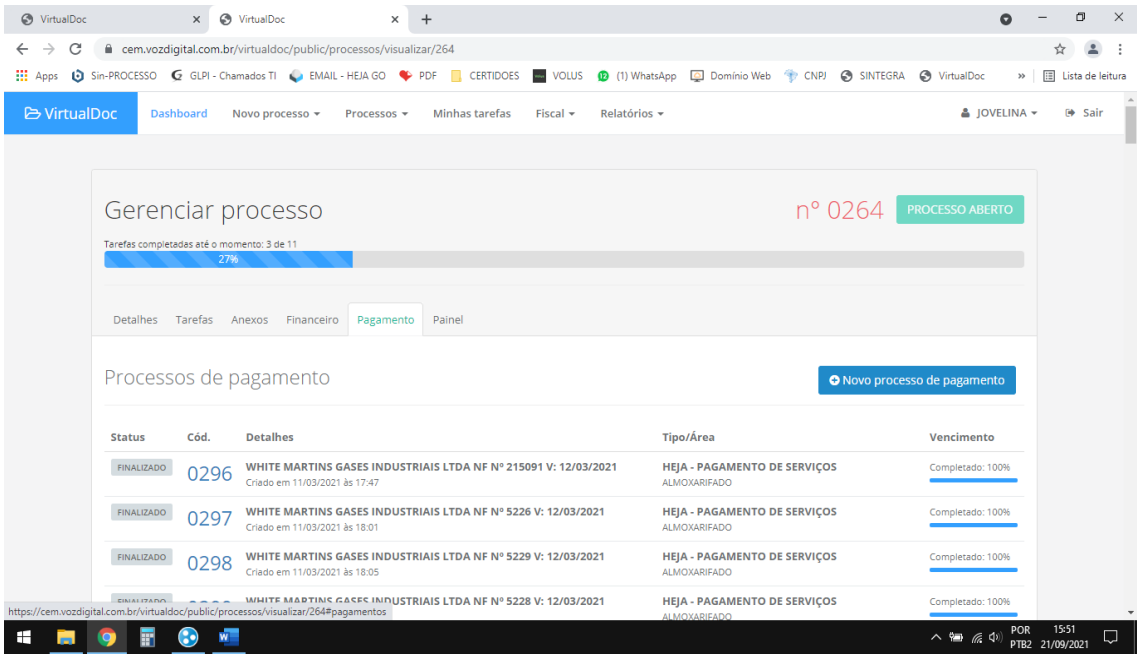
Visualizar


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264
VirtualDoc
Dashboard
Novo processo
Processos
Minhas tarefas
Fiscal
Relatórios
JOVELINA
Sair
Gerenciar processo
nº 0264
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 3 de 11
27%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Informações do processo
Status do processo
Número do processo
Abertura
Emergencial
ABERTO
0264
11/03/2021 às 11h03
NÃO
Tipo de processo
Modalidade
Unidade
HEJA - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS / CONTRATAÇÃO D
HEJA
Requesito do tipo de processo

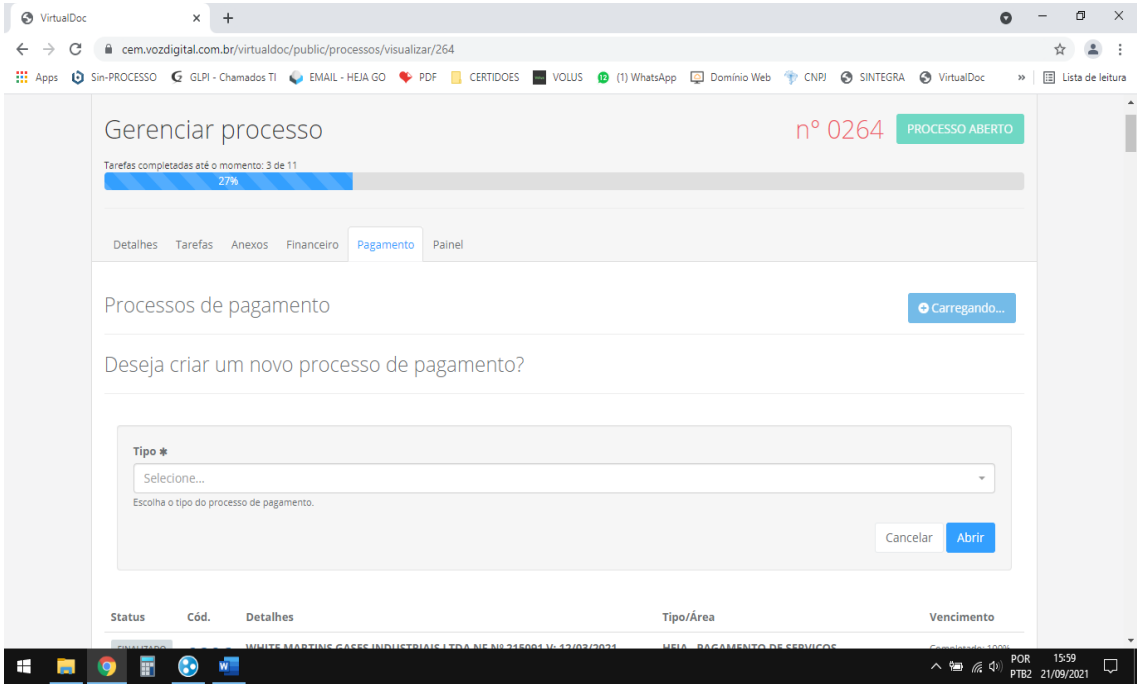
Pagamento


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264
VirtualDoc
Dashboard
Novo processo
Processos
Minhas tarefas
Fiscal
Relatórios
JOVELINA
Sair
Gerenciar processo
nº 0264
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 3 de 11
27%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Processos de pagamento
Novo processo de pagamento
Status
Cód.
Detalhes
Tipo/Área
Vencimento
FINALIZADO
0296
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 215091 V: 12/03/2021
Criado em 11/03/2021 às 17:47
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
ALMOXARIFADO
Completado: 100%
FINALIZADO
0297
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 5226 V: 12/03/2021
Criado em 11/03/2021 às 18:01
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
ALMOXARIFADO
Completado: 100%
FINALIZADO
0298
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 5229 V: 12/03/2021
Criado em 11/03/2021 às 18:05
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
ALMOXARIFADO
Completado: 100%
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 5228 V: 12/03/2021
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Completado: 100%
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264#pagamentos

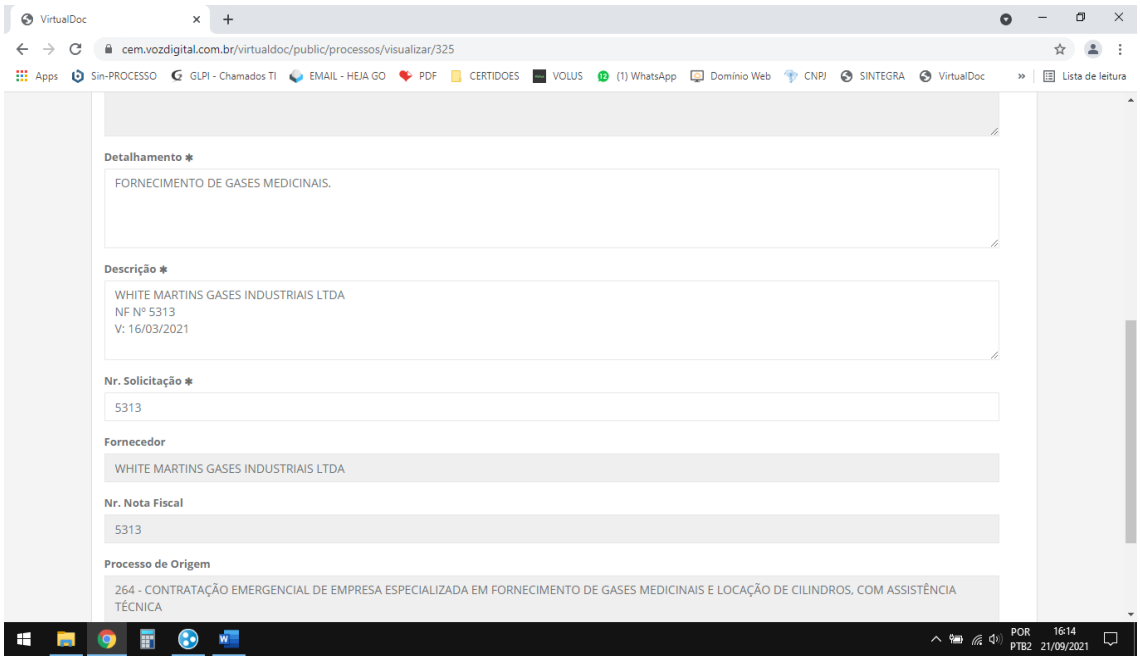
Novo processo de pagamento



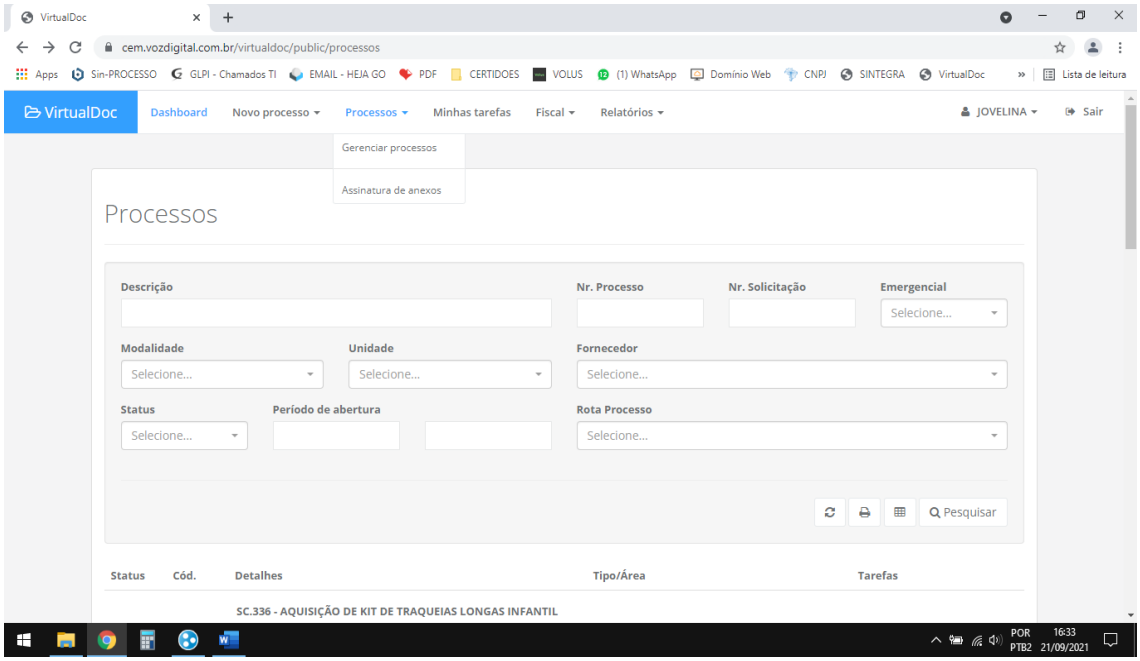
Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



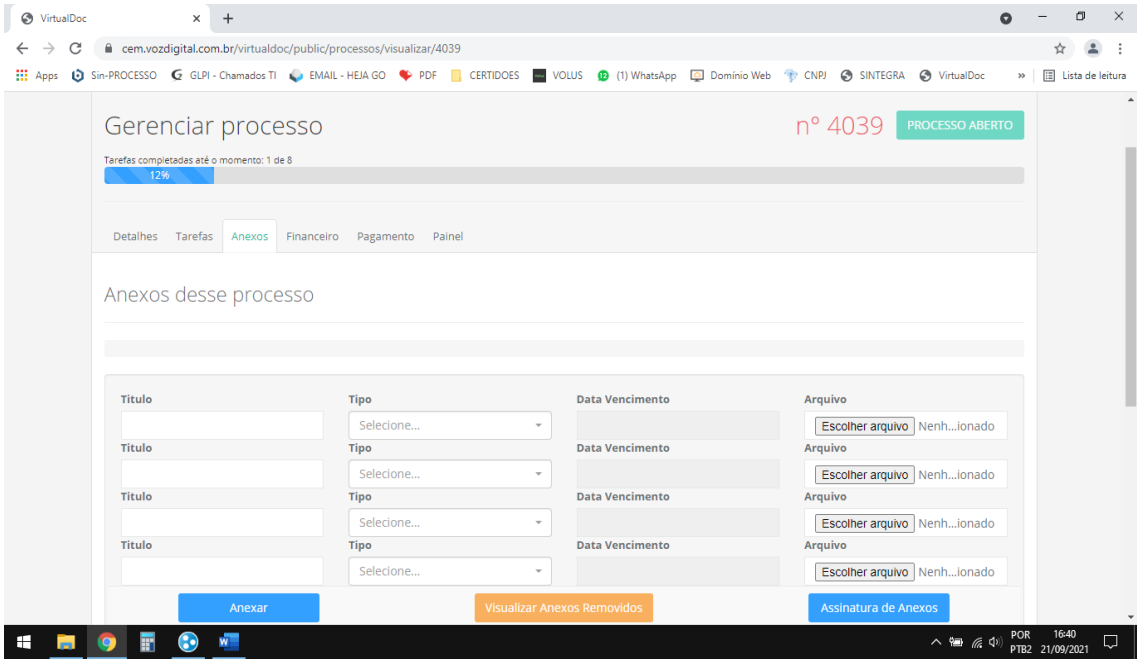
Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



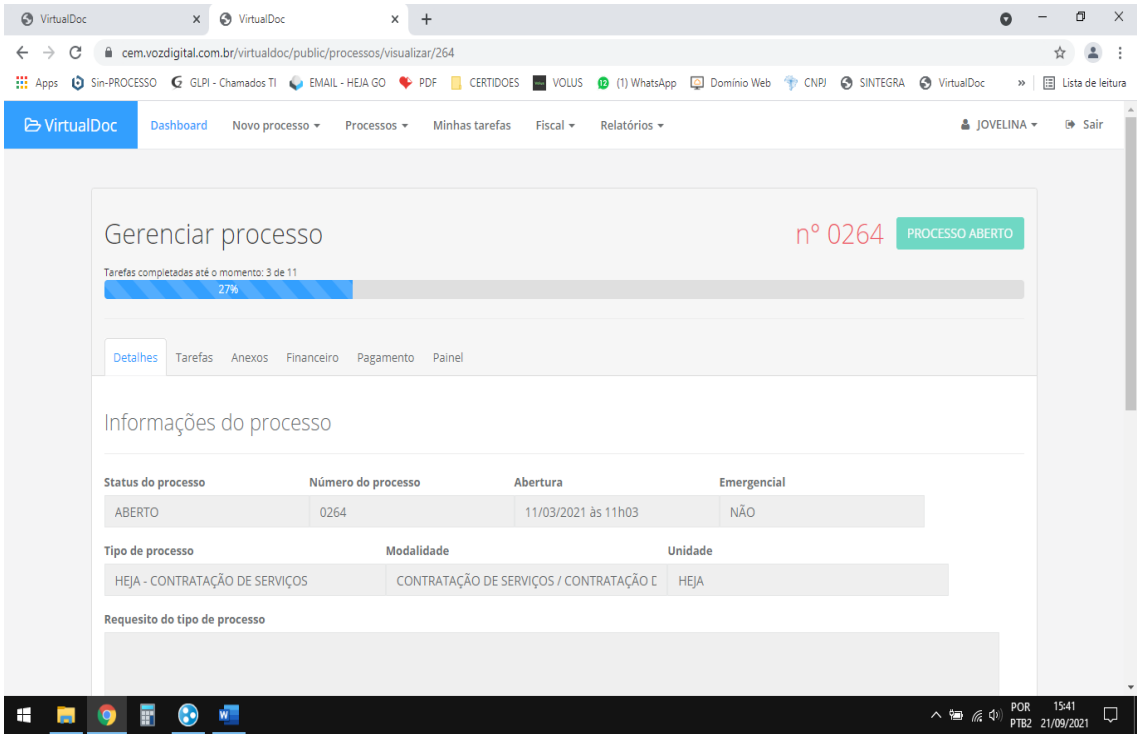
Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



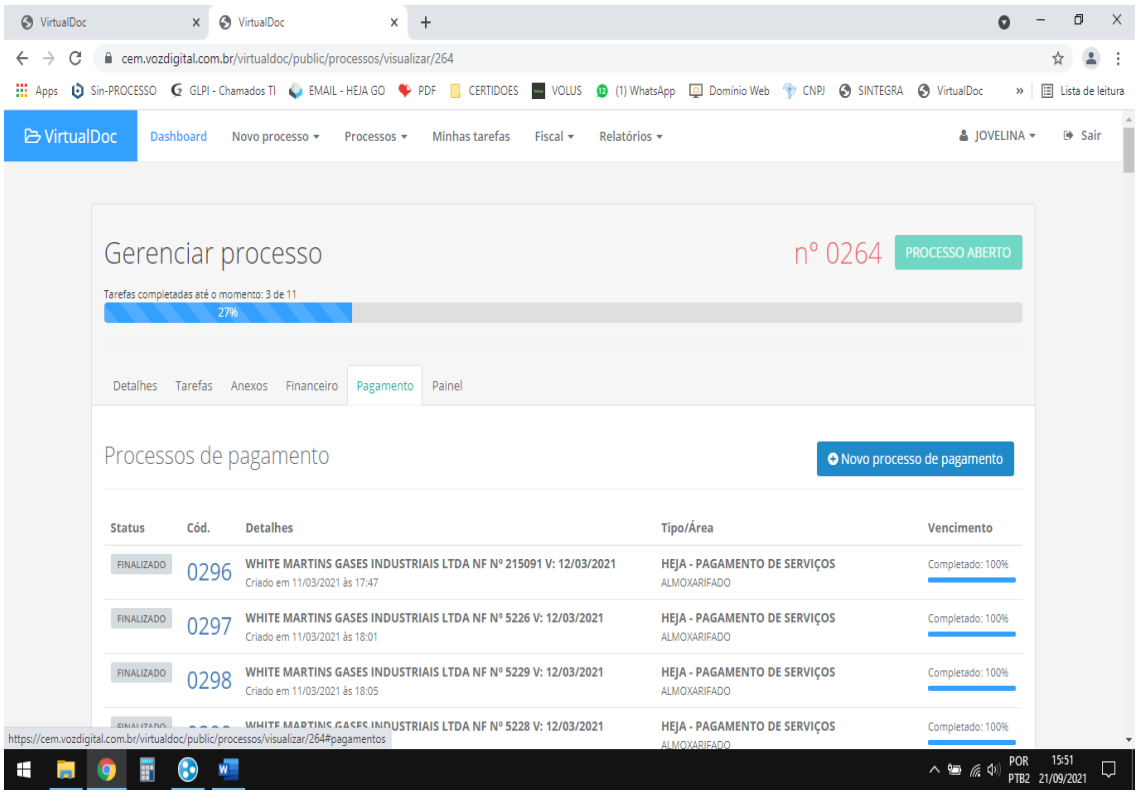
Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/4039
Gerenciar processo
nº 4039
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 1 de 8
12%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Anexos desse processo
Titulo
Tipo
Data Vencimento
Arquivo
Selecione...
Escolher arquivo
Nenh...ionado
Anexar
Visualizar Anexos Removidos
Assinatura de Anexos

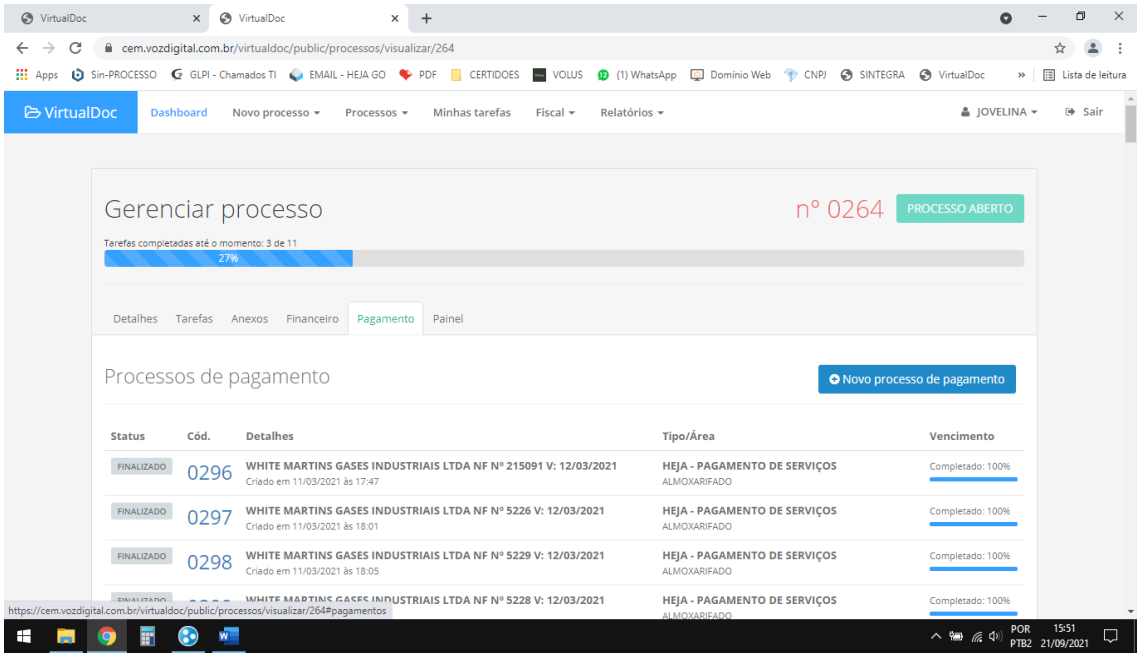
Visualizar


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264
VirtualDoc
Dashboard
Novo processo
Processos
Minhas tarefas
Fiscal
Relatórios
JOVELINA
Sair
Gerenciar processo
nº 0264
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 3 de 11
27%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Informações do processo
Status do processo
Número do processo
Abertura
Emergencial
ABERTO
0264
11/03/2021 às 11h03
NÃO
Tipo de processo
Modalidade
Unidade
HEJA - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS / CONTRATAÇÃO D
HEJA
Requesito do tipo de processo

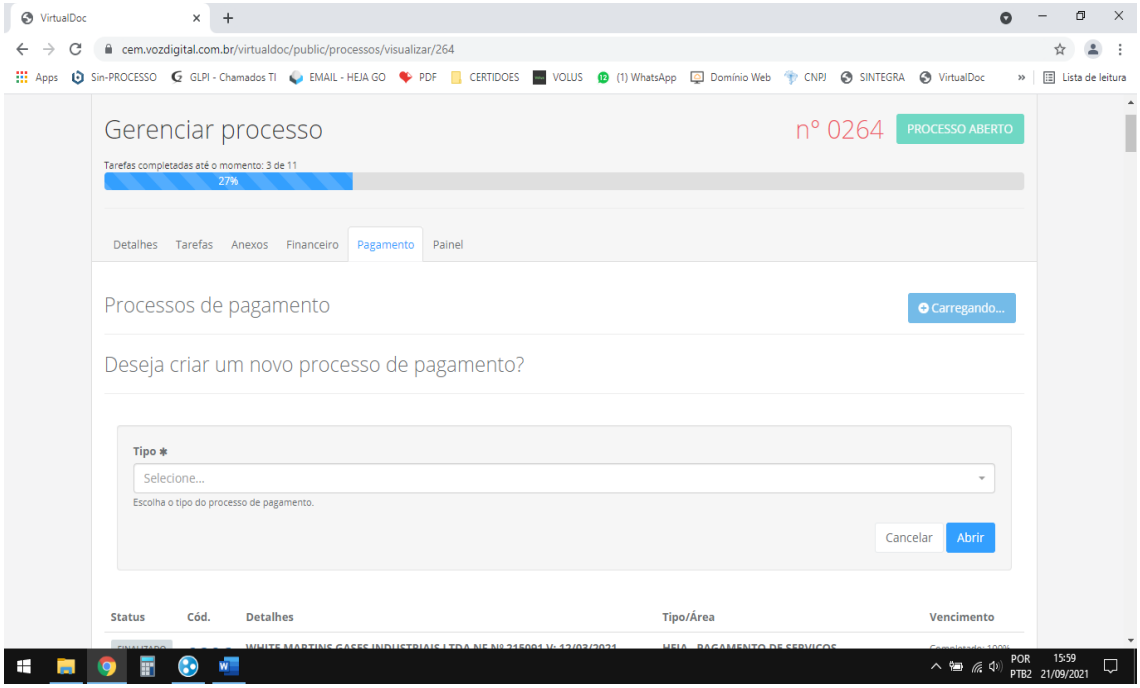
Pagamento



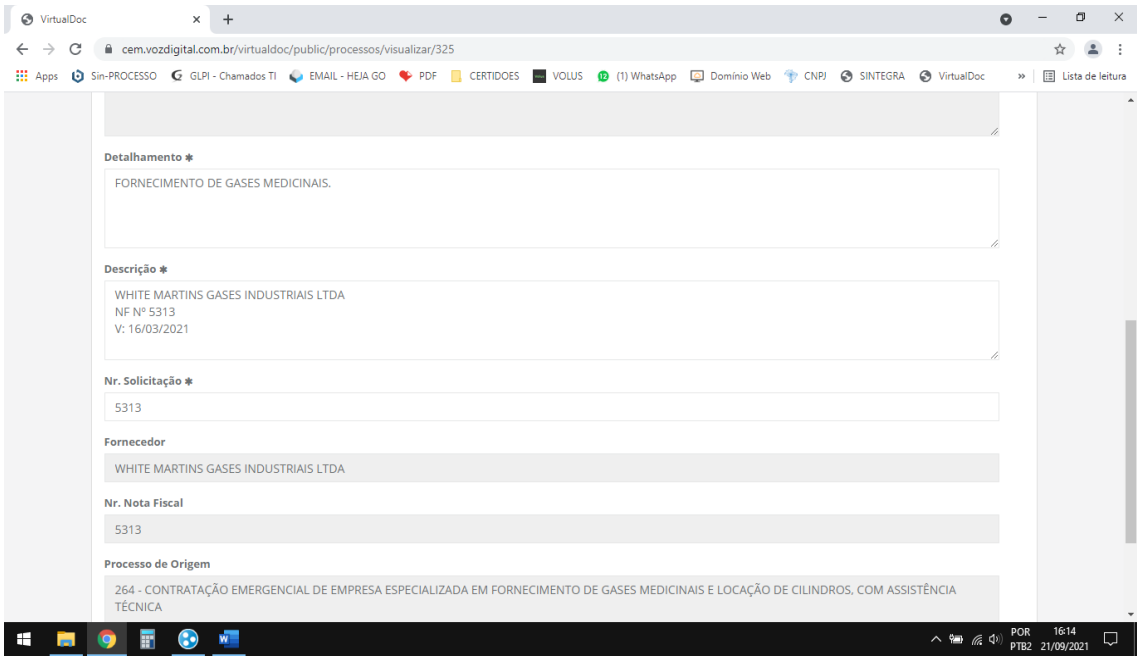
Novo processo de pagamento



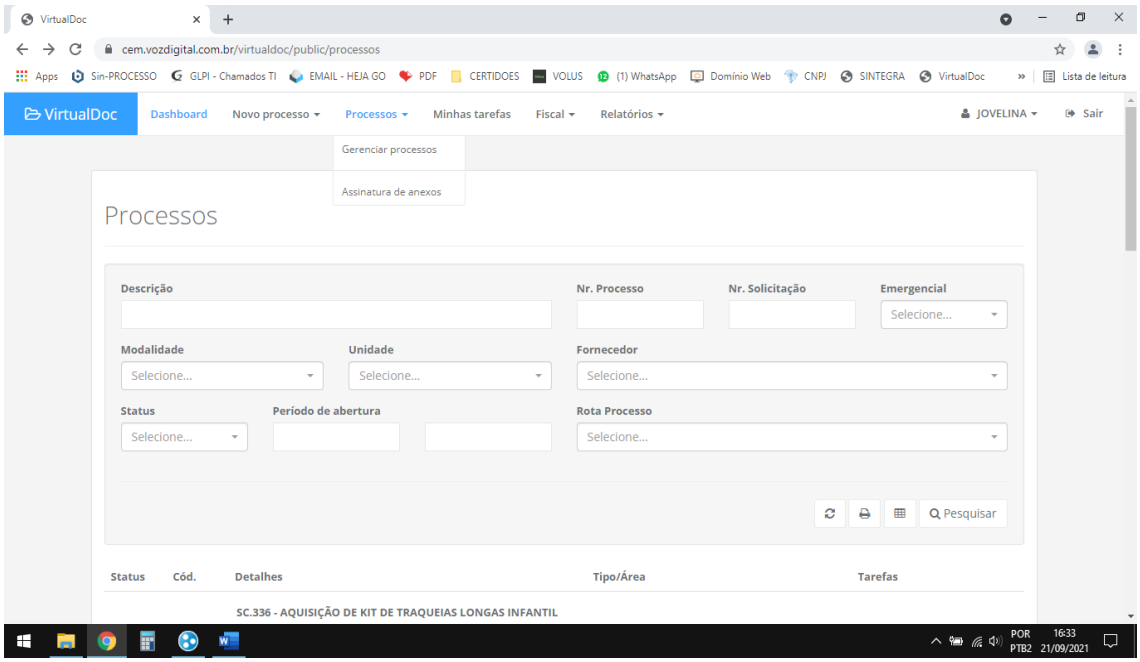
Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



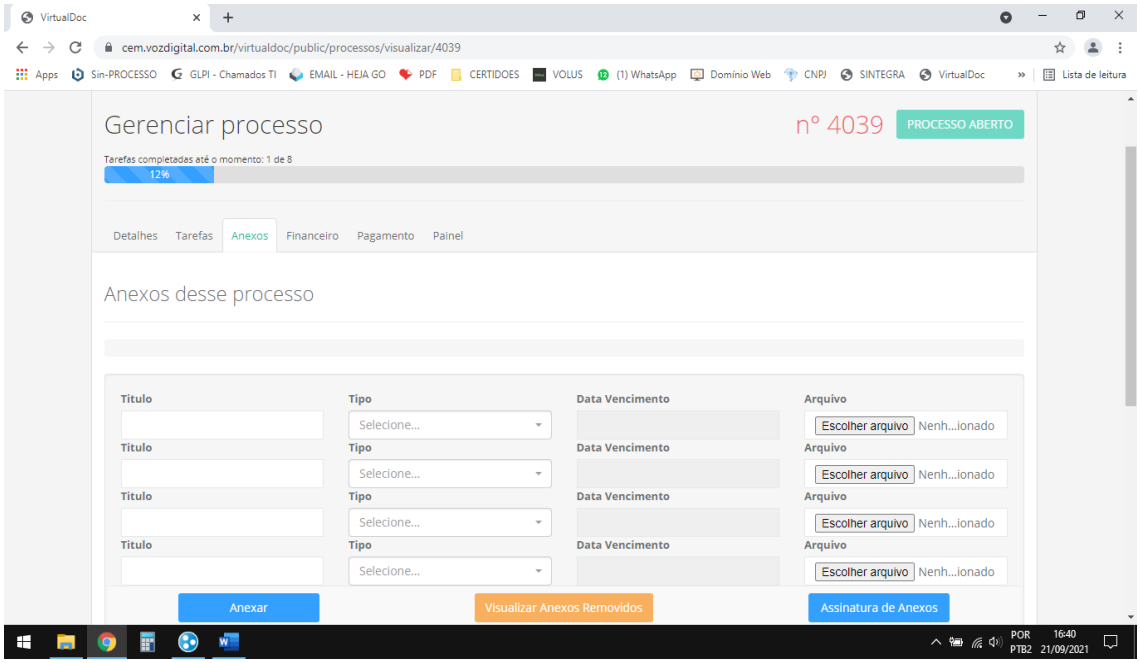
Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



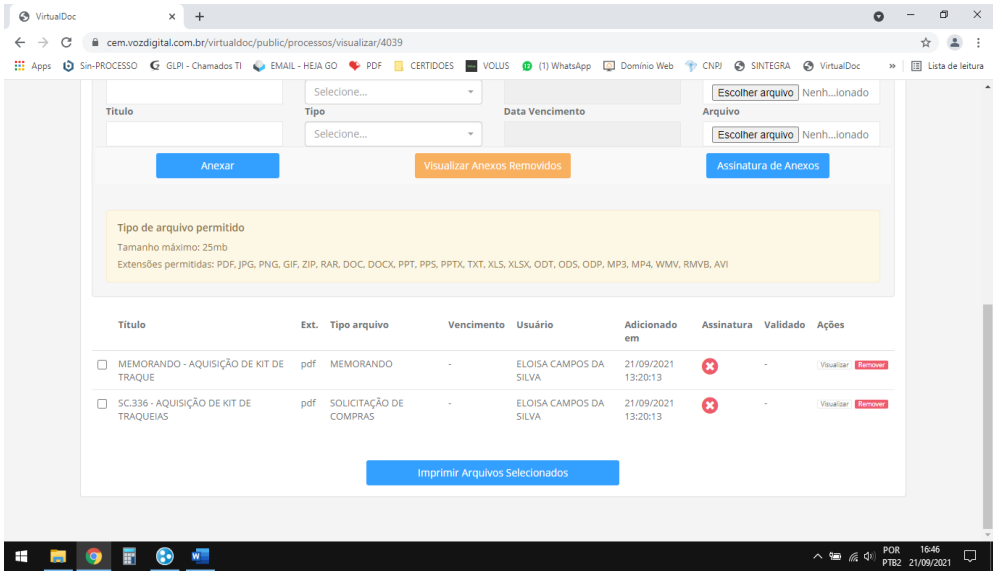
Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



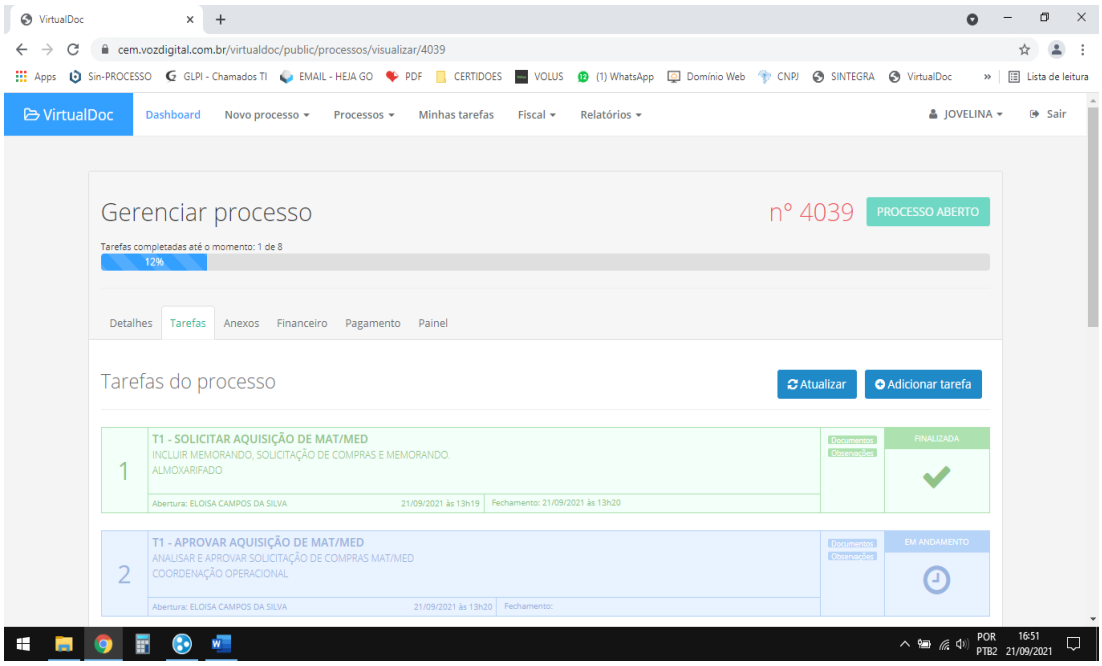
Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões



. Clicar em Anexar->assinaturas de anexo->assinar - Conferido-assinado tudo correto prosseguir.



Clicar em tarefas->iniciar execução->finalizar execução – processo concluído.



4.5 Proposta para Regimento Corpo Clínico

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - O Corpo Clínico da Policlínica é representado pelo conjunto de médicos que atuam na instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

PARAGRÁFO ÚNICO: O Corpo Clínico da Policlínica possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

Art. 2º - Os médicos do Corpo Clínico da Policlínica se representam nas seguintes categorias: Membros Celetistas: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista de CLT, independente da carga horária contratada, seja ela em regime de diarista e/ou plantonista.

Membros Credenciados: são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

PARÁGRAFO ÚNICO: Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado de Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto da Policlínica , seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo.

- Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários da Policlínica .

- Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos.

- Assegurar a melhor assistência aos usuários da Policlínica , garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional e informativo aos familiares e/ou responsáveis.

- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes da Policlínica .

- Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição.

- Cooperar com a administração da Policlínica , objetivando a melhoria da assistência prestada.
- Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.
- Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação da Policlínica .
- Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda da Policlínica .
- Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões hospitalares.
- Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico.
- Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde da Policlínica .
- Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.
- Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa da Policlínica .
- Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes da Policlínica .
- Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar.
- Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde.
- Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas.
- Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação.

- Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.
- Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina da Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.
- Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 4º - A composição do corpo clínico da Policlínica deve ser exclusivamente de profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que exerçam suas funções nesta instituição.

O corpo clínico encontra-se organizado em:

Diretoria Técnica - Assistencial

Gerência Assistencial

Coordenação do Centro Cirúrgico

Central OPME

Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva

Coordenação do Pronto Socorro

Coordenação Internação/Enfermaria

Clínica Médica

Clínica Cirúrgica

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Gerência do Ambulatório Integrado

Coordenação do Ambulatório

Coordenação Diagnóstico Imagem

Coordenação Laboratório A. Clínicas

Comissão de Ética Médica

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Comissões Permanentes ou Temporárias

Médicos da Unidade de Saúde

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

CAPÍTULO IV - DAS FINALIDADES

Art. 5º A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS tem como finalidade promover serviços Especializados, como Policlínica de esfera pública com atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada, de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo à população da região o acesso às especialidades médicas diversas. Os pacientes deverão ser encaminhados, prioritariamente, pelas unidades pelo CRE, de acordo com pactuação regional.

PARAGRAFO 1º A Policlínica Regional - Unidade Goiás disponibiliza serviços à comunidade usuária do SUS de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual, , serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

Consulta Médicas especializadas

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

Práticas Integrativas e Complementares – PIC

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico 2.9) Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal). 2.12) Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

Art. 6º A unidade será mantida com base nas verbas especificas oriundas da Secretaria de Estado da Saúde.

Art.7º A estrutura da unidade de saúde compreende duas áreas articuladas, figurando na primeira e a estrutura para atendimento hospitalar e na segunda à técnico administrativa.

Art.8º A estrutura da unidade de saúde distribui-se hierarquicamente pelos dirigentes níveis de decisão, coordenação e execução

I Diretorias

II Gerencia Supervisões e Coordenações

III Responsáveis

Art 9º. A Diretoria tem a responsabilidade coordenar e fiscalizar as atividades da estrutura da unidade de Saúde

PARAGRAFO PRIMEIRO: A Diretoria é composta por: Diretor Geral (Gestor), Diretor Técnico Assistencial (Médico), Diretor Clínico, nesse caso, responderá também pelo corpo Clínico e com atribuições especificas de representatividade do corpo clínico conforme legislação vigente.

PARAGRAFO SEGUNDO: O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Técnico Assistencial, Diretor Administrativo, nesta ordem

Art. 10º - São atribuições do coordenador de clínicas assistenciais:

ATRIBUIÇÃO CLINICAS ASSISTENCIAIS

- Supervisionar e coordenar as atividades de sua clínica.
- Organizar a escala de férias e indicar substituições em sua área de responsabilidade, conjuntamente com o Coordenador Médico.
- Coordenar a elaboração de rotinas e protocolos relativos à sua área de responsabilidade.
- Promover reuniões gerenciais e assistenciais de forma regular e periódica, com o objetivo de organizar as atividades assistenciais, estimular o ensino e o conhecimento científico, assim como a gestão da unidade.

CAPÍTULO V - DA REPRESENTAÇÃO E PROCESSO DE ESCOLHA

Art. 11º - O Corpo Clínico é coordenado e representado pelo Diretor Clínico e, na(s) sua(s) impossibilidade(s), pelo seu respectivos substituto. O Diretor Clínico será eleito a cada 30 (trinta) meses, por votação direta e secreta, em Processo Eleitoral do Corpo Clínico especialmente convocado para essa finalidade por meio de Edital interno do Diretor Técnico da Policlínica por maioria simples de votos, podendo haver reeleição do mesmo por até 4 (quatro) mandatos consecutivos. O Edital deverá ser exposto com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

CAPÍTULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

VER COMPETENCIAS

Art. 12º - À Diretoria Técnica Assistencial compete:

- Assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico, em benefício da saúde da população usuária de seus serviços.
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sendo o responsável para prover as condições necessárias ao seu funcionamento.
- Representar a Policlínica em suas relações com as autoridades médicas e sanitárias, quando o exigirem as leis em vigor.
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigência.
- Comunicar ao CRM, por escrito, ao assumir ou deixar definitivamente o cargo.
- Assegurar espaço físico adequado para o funcionamento das atividades do corpo clínico da Unidade.

Art. 13º - À Diretoria Clínica compete:

I – assegurar que todo paciente internado na Instituição tenha um médico assistente;

II – exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentadas no prontuário;

III – organizar os prontuários dos pacientes, de acordo com o que determina as Resoluções do CFM n.º 1638/2002 e 2056/2013;

IV – exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na Instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

V – disponibilizar meio (livro ou digital) para registro de ocorrências aos médicos plantonistas.

Art. 28. São deveres do Diretor Clínico:

I – dirigir e coordenar o corpo clínico da Instituição, estimulando em cada um de seus membros o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a atividade médica, mormente a moral, a ética médica e o espírito científico;

II – supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às

condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

III – zelar pelo fiel cumprimento do Regulamento do Corpo Clínico;

IV – supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível ao paciente;

V – atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pela Policlínica, sempre que necessário;

VI – incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;

VII – recepcionar e assegurar aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão;

VIII - convocar e presidir as Assembleias do Corpo Clínico;

IX - participar das reuniões da Alta Gestão da instituição, sempre que convocado, representando os membros do Corpo Clínico;

X - estimular a participação de todos os membros do Corpo Clínico em eventos científicos organizados pela instituição, visando o aperfeiçoamento técnico de cada um;

XI - enviar ao CREMEGO a ata da eleição da Diretoria Clínica e da Comissão de Ética Médica;

XII - comunicar ao CREMEGO, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente;

XIII - assumir as atribuições dos coordenadores de especialidades médicas nas instituições em que estes não são previstos;

XIV – assinar as Autorizações de Internaçãa Hospitalar (AIHs), fazendo constá-las no prontuário dos pacientes atendidos pelo SUS;

XV – agendar as perícias médicas, em cumprimento ao Termo de Ajustamento de Conduta, firmado entre o Ministério Público Federal e a UFTM, no ano 2000, bem como zelar pelo cumprimento do referido termo em sua totalidade.

Art. 14º - À Gerência Médica da Policlínica compete:

Exercer a Gerência Clínica e representar o Corpo Clínico em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente, ou que venham a existir, assim como externamente sempre que necessário ou solicitado pela Diretoria Técnica.

Presidir as Assembleias do Corpo Clínico.

Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas e as atividades de assistência do Corpo Clínico, estimulando em cada um o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a moral e a ética médica e o espírito científico.

Acompanhar os trabalhos de cada clínica e seus coordenadores, com vistas à prestação da melhor assistência ao paciente.

Indicar os representantes do Corpo Clínico nas diversas comissões de assessoria técnica e análise de desempenho existente na unidade.

Assegurar a assistência médica integral, geral e especializada, ao paciente em todas as fases do seu atendimento.

Elaborar e revisar, regularmente e sempre que necessário, normas, rotinas e procedimentos direcionados ao Corpo Clínico, bem como zelar pelo seu cumprimento.

Participar ativamente das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na unidade.

Estimular a participação de todos os membros nos eventos científicos organizados pela Unidade, com vistas ao aperfeiçoamento técnico.

Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico, bem como pelos regulamentos institucionais e pela sua boa imagem.

Comunicar aos órgãos diretivos, e quando necessário ao Conselho Regional de Medicina de Goiás, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.

Comunicar, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, a posse / afastamento, ou a substituição desta função, sempre que ela ocorrer, mesmo que temporariamente.

Art. 15º - Aos Membros do Corpo Clínico compete:

- Frequentar as instalações da Policlínica , valendo-se dos recursos técnicos e meios de diagnóstico disponíveis para promover o melhor atendimento aos seus pacientes.

PARAGRÁFO ÚNICO: O uso de equipamentos e instrumentos e a utilização de medicamentos poderão ser restringidos por normas relativas à qualificação e treinamento dos membros e limitados pela observância de Protocolos Assistenciais de cada serviço.

Participar das Assembleias e Reuniões Técnico-Científicas do Corpo Clínico.

Participar das comissões permanentes e temporárias da Policlínica .

Votar e ser votado nas eleições deliberativas.

Eleger o Coordenador Médico, bem como a Comissão de Ética Médica.

Elaborar adequadamente os prontuários dos pacientes sob seus cuidados, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.

Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.

Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial, colaborativo e respeitoso.

Receber a remuneração sem intermediação ou desconto e sem retenção.

CAPÍTULO VII - DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS DO CORPO CLÍNICO

Art. 16º - A Assembleia Geral é o órgão máximo de decisão do Corpo Clínico.

PARAGRÁFO PRIMEIRO - O Corpo Clínico deliberará por meio de Assembleias Gerais Ordinárias convocadas pelo Diretor Técnico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, instalando-se, em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 de seus membros e, em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número de membros.

PARAGRÁFO SEGUNDO - As deliberações se darão por maioria simples de votos.

PARAGRÁFO TERCEIRO - Extraordinariamente, as Assembleias poderão ser convocadas com 24 horas de antecedência pelo Diretor Técnico ou por solicitação de pelo menos 1/3 dos membros do Corpo Clínico.

PARAGRÁFO QUARTO - A Diretoria Geral poderá solicitar a realização de Assembleias Extraordinárias por meio do Diretor Técnico.

CAPÍTULO VIII - DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 17º - A Comissão de Ética Médica é regida pela Resolução CFM Nº 2.152/2016, destacando que a Comissão de Ética Médica será composta de membros efetivos e suplentes, sempre em número proporcional ao de membros do Corpo Clínico da Policlínica .

PARAGRÁFO PRIMEIRO - A eleição da Comissão de Ética será feita pela votação direta e secreta de todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico e o mandato será conforme normas vigentes estabelecidas pelo CFM.

PARAGRÁFO SEGUNDO - As eleições serão convocadas pelo Coordenador Médico com antecedência de 30 dias, com prazo de inscrição até 14 dias antes da data da assembleia que a elegerá.

PARAGRÁFO TERCEIRO - Os candidatos à Comissão de Ética se inscreverão individualmente junto ao Coordenador Médico, que nomeará uma junta eleitoral para coordenar as eleições. PARAGRÁFO QUARTO - O mandato da Comissão de Ética Médica será coincidente com o da Gerência Médica, sendo permitida a recondução ao cargo.

PARAGRÁFO QUINTO - A presidência da Comissão será exercida pelo membro que obtiver o maior número de votos, escolhendo entre os demais membros o seu secretário.

PARAGRÁFO SEXTO - Em caso de vacância do cargo, será convocado a preenchê-la o suplente que tiver obtido o maior número de votos. Quando houver vacância de metade ou mais dos cargos, será convocada nova eleição para complementar o mandato.

Art. 18º - Compete à Comissão de Ética Médica:

Zelar pelos princípios da ética médica.

Supervisionar e orientar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica.

Comunicar ao CRM o exercício ilegal da medicina.

Manter atualizado o cadastro de médicos na Instituição.

Colaborar com o CRM na tarefa de educar, divulgar e orientar sobre temas relativos à ética médica.

Instaurar sindicâncias, apurar e emitir relatório circunstanciado de todas as infrações que cheguem ao seu conhecimento.

CAPÍTULO IX - DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 19º - Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator, sujeito às penalidades deste Regimento quando:

Infringir o Código de Ética Médica e as determinações dos Conselhos Federal de Medicina – CFM e o Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM/GO.

Infringir o Estatuto da Policlínica , quando houver conotação ética.

Infringir as normas estabelecidas neste Regimento.

PARAGRÁFO PRIMEIRO - Nos casos de suspeita ou indício de infração, a Comissão de Ética instaurará sindicância, apurará e, no prazo de trinta dias, encaminhará a conclusão ao Coordenador Médico para aplicação da punição.

PARAGRÁFO SEGUNDO - Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CRM, que julgará e, se for o caso, aplicará a punição.

PARAGRÁFO TERCEIRO - Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa.

Art. 20º - Os Membros do Corpo Clínico que forem considerados transgressores estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- Advertência Verbal.
- Advertência Escrita.
- Suspensão por 30 dias de suas atividades na Unidade.
- Exclusão do Corpo Clínico.

PARAGRÁFO ÚNICO: As penalidades aplicadas por transgressão a normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de incontestável gravidade, a juízo a Comissão de Ética e Gerência Médica.

CAPÍTULO X - DAS COMISSÕES/COMITÊS TÉCNICOS

Art. 21º - São Comissões/Comitês Técnicos Permanentes do corpo clínico da Policlínica **:**

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Verificação de Óbitos;

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética em Enfermagem;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Comissão de Residência Médica (COREME);

Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

Comissão de Documentação Médica e Estatistica;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Comissão de Proteção Radiológica;

Comissão de Biossegurança;

Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

Comitê Transfusional;

Comitê de investigação do óbito materno e infantil;

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

Comissão Interna de Qualidade;

Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;

Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;

Núcleo Interno de Regulação (NIR);

Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

Comitê de Compliance.

Art. 22º - Serão Comissões Temporárias da Policlínica as criadas segundo a necessidade de melhor organizar os trabalhos desta Instituição.

PARAGRÁFO ÚNICO - A duração das Comissões Temporárias não poderá exceder o prazo de seis meses. Caso haja necessidade de extensão dos seus trabalhos por um período maior, elas serão transformadas em Comissões Permanentes e deverão seguir as regras estabelecidas para estas.

CAPÍTULO XI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 23º - Os atos médicos que impliquem grande risco de vida, incapacidade física permanente ou interrupção da gravidez deverão ser previamente submetidas à apreciação do Coordenador Médico e Diretor Técnico e, se necessário, da Comissão de Ética, com registro em ata.

PARAGRÁFO ÚNICO: Em caso de urgência, esta junta poderá ser exercida por três médicos presentes ao ato, sendo o fato posteriormente comunicado ao Coordenador Médico.

Art. 24º - Os documentos constantes do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda e responsabilidade da Policlínica .

§ 1º: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se de partes ou a totalidade do prontuário médico sem a autorização do Coordenador Médico e

Diretor Técnico, podendo consultá-lo após solicitação por escrito e assinatura de termo de responsabilidade.

§ 2º: A divulgação pública de fatos referentes ao prontuário médico somente poderá ocorrer com a autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, devendo ser feita pelo médico assistente ou pelo Coordenador Médico. Neste caso, com conhecimento do mesmo.

Art. 25º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos emergencialmente pelo Coordenador Médico, até que a Assembleia do Corpo Clínico os avalie e tome sua decisão.

Art. 26º - Este Regimento Interno entra em vigor após ser aprovado pelo Corpo Clínico da Policlínica e referendado pelo CRM/GO, aprovado e registrado.

Após a revisão, o Regimento deverá ser submetido à apreciação e aprovação do Corpo Clínico, e duas cópias encaminhadas ao CRM/GO, juntamente com a Ata da Assembleia que o aprovou, para homologação.

4.6 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos

O presente Regimento Interno destina-se a estabelecer normas para a prestação de serviços de Plantões Médicos.

CAPÍTULO I – DA COMPOSIÇÃO DOS PLANTÕES

ARTIGO 1º. Este regimento se aplica aos médicos, que vierem a exercer atividades de plantonista em serviços da Policlínica

Parágrafo Primeiro. O plantão médico presencial caracteriza-se pela prestação de 12 (doze) horas contínuas e ininterruptas de trabalho, nas unidades de abrangência desto Hospital.

Parágrafo Segundo. O médico que pretender exercer a atividade de plantonista deverá observar as regras deste Regimento.

Parágrafo Segundo. A não observância do Regimento implicará o afastamento do plantonista em exercício para o semestre seguinte, ocupando o seu lugar outro médico, desde que atenda as normas contidas no presente Regimento Interno e os requisitos exigidos para sua inclusão.

ARTIGO 2º. A equipe de plantonistas que prestará o serviço será elaborada com base nos requisitos e necessidades da unidade de saúde, que informará o número de profissionais necessários, suas especialidades, assim como as condições gerais de prestação dos serviços.

ARTIGO 3º. O serviço de plantão prestado pelo médico será feito obrigatoriamente no recinto do estabelecimento de saúde, de forma presencial, não sendo admitido, em nenhuma hipótese, regime de “prontidão” ou “sobreaviso”.

Parágrafo Primeiro. Somente será permitido o afastamento temporário para o acompanhamento de paciente, em caso de emergência. Durante o afastamento do plantonista, deverá permanecer no serviço o Socorrista ou Plantonista substituto, conforme a situação.

Parágrafo Segundo. Qualquer outro tipo de afastamento fora da hipótese acima é de inteira responsabilidade do plantonista sujeitando-se o mesmo às penalidades cabíveis pela Comissão Técnico-Disciplinar e pelo chefe dos plantões.

ARTIGO 4º. Será admitida a substituição de um determinado plantonista por um colega, obedecendo os critérios do presente Regimento e do Regimento Interno do estabelecimento de saúde, se houver, desde que comunicado previamente o chefe da equipe de plantão.

Parágrafo Primeiro. As trocas, sempre em caráter eventual, deverão ser comunicadas e registradas por escrito, em folha de receituário, com anuência dos dois envolvidos, ficando, desta maneira, a responsabilidade do plantão com o colega, respeitando-se o disposto no parágrafo segundo deste ARTIGO.

Parágrafo Segundo. A troca efetuada sem a comunicação conforme estabelecido acima causará problemas administrativos na contabilização da produção mensal, atrasando o pagamento dos honorários devidos e sujeitando o plantonista substituído e substituto às penalidades cabíveis, se necessário.

Parágrafo Terceiro. A comunicação de troca deverá ser feita preferencialmente em até 24 (vinte e quatro) horas antes da realização do plantão, em duas vias, ficando a primeira na recepção do Pronto Atendimento e a segunda, visada pela recepcionista, com médico titular do plantão, para sua conferência e controle.

ARTIGO 5º. Nos casos em que o plantonista faltar sem aviso prévio, por motivo qualquer, o médico plantonista que for chamado a substituí-lo terá direito aos honorários devidos pelo plantão, mesmo que o titular venha a comparecer ao plantão, se o assim quiser.

ARTIGO 6º. Após a 2ª (segunda) ausência sem justificativa, ou com 2 (duas) justificativas não aceitas pela Diretor responsável pelo serviço, o médico plantonista poderá ser destituído do quadro de plantonistas cooperados em atividades no local ou será punido conforme decisão superior.

ARTIGO 7º. É vedado aos plantonistas noturnos terem mais de uma escala de plantão semanal, salvo autorização do chefe dos plantões, em casos excepcionais.

ARTIGO 8º. Os médicos plantonistas que quiserem renunciar aos plantões deverão comunicar, por escrito, num prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes de abandoná-los.

ARTIGO 9º. É permitido pedido de afastamento por doença, viagem ou férias, que ultrapassarem 15 (quinze) dias.

Parágrafo Primeiro. A substituição do plantonista afastado se dará seguindo a sequência dos médicos inscritos.

Parágrafo Segundo. O plantonista que se afastar por mais de 90 (noventa) dias, mediante comprovação, para participar de cursos de especialização, para exercer cargos públicos (eletivo ou não) ou serviço militar, terá seu direito de médico plantonista resguardado quando de seu retorno.

CAPÍTULO II – DAS SANÇÕES

ARTIGO 10º. A infringência de qualquer ARTIGO deste Regimento, além de comportamento técnico, ético ou social inadequado à imagem de respeitabilidade do local onde o serviço está sendo prestado, submeterá o plantonista, a critério da Comissão Técnico-Disciplinar da Policlínica às seguintes sanções:

- advertência por escrito, protocolada ou com aviso de recebimento;
- suspensão das atividades no Pronto Atendimento, por um ano e substituição por outro colega Cooperado, atendendo-se o disposto no ARTIGO 8ª e seus Parágrafos;
- eliminação definitiva de quadro de plantonistas e substituição por colega Cooperado, após devido processo disciplinar.

Parágrafo Primeiro - O estabelecimento destas sanções ficará a critério da Comissão Técnico Disciplinar da Policlínica, atendendo-se os seguintes critérios:

- o fato do infrator ser primário;
- ser reincidente;
- negar-se peremptoriamente a cumprir quaisquer das normas deste Regimento.

Parágrafo Segundo - As reclamações e denúncias realizadas por escrito por parte dos usuários, colegas ou funcionários serão analisadas pela Direção do estabelecimento de saúde que, após ouvir o chefe da equipe, poderá formalizar uma denúncia contra o plantonista à Comissão Técnico-Disciplinar da Policlínica para apurar a culpabilidade do mesmo e aplicação das sanções acima previstas.

CAPÍTULO IV – DAS INCUMBÊNCIAS

ARTIGO 11º. Os plantonistas deverão cumprir rigorosamente o Regimento Interno do estabelecimento de saúde onde está sendo prestado o serviço.

§único. Independentemente das normas estabelecidas no Regimento Interno do estabelecimento de saúde, que devem ser rigorosamente cumpridas, é vedado o uso de cigarros ou similares e bebidas alcoólicas dentro das dependências do local do serviço.

ARTIGO 12º. Os plantões médicos serão de 12 (doze) horas por dia

§único. Poderão os Plantões serem organizados de outras formas, dependendo das necessidades da Policlínica.

Parágrafo Primeiro. Em nenhuma hipótese poderá o médico plantonista negar o atendimento de sua especialidade, encaminhando o paciente para atendimento posterior em seu consultório.

Parágrafo Segundo. Também não poderá o médico plantonista, atender ou fazer procedimentos em seus pacientes, previamente encaminhados de seu consultório, no horário de seu plantão.

Parágrafo Terceiro. Todo e qualquer caso de atendimento serão atendidos pelo plantonista, sempre buscando a resolução dos problemas dentro da operacionalidade do serviço, quando for possível técnica e eticamente assim proceder.

ARTIGO 13º Prestar assistência aos pacientes da unidade assistencial procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos

ARTIGO 14º Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

ARTIGO 15º Atender aos pacientes de outros setores da unidade de saúde que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente

ARTIGO 16º Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica o do médico plantonista.

ARTIGO 17º conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

ARTIGO 18º Na ausência de médicos assistente, conforme as circunstâncias, fornece atestado de óbito de paciente se necessário, no período diurno o atestado de óbito dever ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe

médica responsável pelo paciente . Anotar no livro de ocorrência todos os fatos e situações que mereçam registro.

ARTIGO 19º Comparecer ao local onde foi escalado cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e estando de plantão não deixar o local de tabalo antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa

ARTIGO 20º O plantonista que receber o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e em caso de reincidência de atraso por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades, cabíveis

ARTIGO 21º. Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição crachá funcional.

ARTIGO. 22º. O plantonista deverá se manter alcançável durante todo o seu horário de plantão

ARTIGO 23º Os formulários ou guias on line utilizados pelos plantonistas deverão ser os específicos, timbrados, da Policlínica , constando o carimbo do médico com sua assinatura.

§único. O não cumprimento destas incumbências sujeitará o plantonista às sanções previstas neste Regimento.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 24º Todo e qualquer documento referente ao serviço plantão deverá ser arquivado em pasta na Policlínica .

ARTIGO 25º O médico plantonista deverá assinar cópia do Regimento Interno em 2 (duas) vias, uma das quais será arquivada na Policlínica . Tal assinatura implicará na aceitação pura e simples deste Regimento.

ARTIGO 26º. Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria da Policlínica,

ARTIGO 27º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS:

5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado especificas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases solidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

- Agilizam e uniformizam o atendimento;
- Facilitam condutas descentralizadas;
- Diminuem a margem de erro;

- São Importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela;
- São valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços;
- Facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.);
- Melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas;
- Melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados;
- Garante maior segurança;
- Otimiza a utilização dos recursos operacionais;
- Reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques;
- Pode gerar um prontuário eletrônico;
- Otimiza a produtividade dos trabalhadores;
- Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados na Policlínica , serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos na Policlínica Norma Zero. Após a elaboração todos documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

5.1.1 Como Criar/Padronizar Protocolo Assistencial

Forma para Elaboração de documentos
1.Objetivo
Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.
2. referência
Não se aplica.

3.APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores da Policlínica	Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

SCIrAS — Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde

6.1. Conceitos:

Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos:

Política - Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição.

Plano - Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e apões da instituição, relacionadas a um assunto em específico.

Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção da Policlínica que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades elou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria.

6.2. Composição de Documentos:

Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

1-Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o

assunto de que. trata o documento.

2-Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).

3-Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.

4- Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.

5-Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.

6-Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.

7-Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo elou atividade a ser realizada.

8-Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

9- Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.

10- Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).

Importante: Os anexos elaram apêndices devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

11 - Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas.

Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas, salvo no item 7 - Descrição de Procedimento. Para Políticas utilizar 7 — Diretrizes, para Planos utilizar 7 - Descrição do Plano, para protocolos utilizar 12 — Descrição do Protocolo.

Ciclo de Aprovação

Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Revisão Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.

Revisão do SCIrAS — Após a revisão do documento, o SCIrAS revisa todo

conteúdo e se está de acordo com suas normas, Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCirAS que realizou a revisão.

Aprovação NQ - Após a revisão do SCIrAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.

Aprovação Diretoria e Finalização - Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá:

A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos Políticas;

Protocolos e Planos;

POP e Fluxograma;

Registro da Qualidade.

7.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos:

Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4

cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos da Policlínica, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra: Número da Versão;

Número de Revisão, caso já tenha ocorrido;

Data da Criação;

Sigla do tipo de documento;

Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);

Número do documento (por ordem de criação por setor elou gerência);

Exemplos: POP.ENF.UTI.OI / POP.ADM.IO

Abaixo as siglas padronizadas utilizadas naS UNIDADES

NOR — Norma PC — Protocolo Clínico

PLA - Plano POP — Procedimento Operacional Padrão

POL - Política PG — Procedimento Gerencial

Siglas setoriais:

ADM — Administração AMB — Ambulatório

AUD — Auditoria CC — Centro Cirúrgico

CME — Central de Material e Esterilização

COMP - Compras DP — Departamento Pessoal EMERG - Emergência

EDA — Endoscopia ENF — Enfermagem

FARM - Farmácia FAT — FaturamentoFISIO - Fisioterapia

GP — Gestão de Pessoas HIG — Higiene

GTI — Informática UINT — Internação

LAB — Laboratório LAV — Lavanderia

ENGE — Manutenção

SCIrAS — Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde

NIR — Núcleo Interno de Regulação

SGQ — Sistema Gestão da Qualidade RECEP - Recepção

SAME — Serviço de Arquivo Médico SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica

UTI Unidade de Terapia Intensiva AT ¯Agência Transfusional

EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa

SS — Serviço Social FONO — Fonoaudiologia

ODONT — Setor de Odontologia SND - Serviço de Nutrição e Dietética

PSIC — Psicologia LAVAN - Lavanderia

CIHDOT — Comissão Intra Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos

DDRH — Recursos Humanos NSP — Núcleo de Segurança doPaciente

EP — Educação Permanente ANEST — Serviço de anestesiologia

INST — Institucional ACUPU - Acupuntura

OUVI - Ouvidoria SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

C) Fases do documento: cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

Elaboração do documento

Revisão do documento

Revisão do documento pelo SCIrAS, caso necessário.

Aprovação do documento

Finalização do documento

Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade. Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos para acesso na intranet.

Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

8. TAREFAS CRITICAS/ESPECIAIS
Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de especifica de cada setor. **Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.**
9.INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão toda Policlínica, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o INSTITUTO CEM todos os colaboradores da Policlínica, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

5.1.2 Protocolos Assistenciais - Medidas de Controle de Qualidade

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário. A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais da Policlínica

LOGOTIPO UNIDADE DE SAÚDE	PROTOCOLO INSTITUCIONAL	IDENTIFICAÇÃO: PROTOCOLO XXX
NOME DO PROTOCOLO		Versão Protocolo:
ESPECIALIDADE		
Executante		
Resultados esperados		
Recursos Necessários		
Atividades 1. Introdução e descrição do protocolo 2. Revisão de Literatura 3. Definição e diagnóstico 4. Justificativa e Objetivo 5. Critérios de Elegibilidade		

6. Critérios de Exclusão 7. Tratamento proposto 8. Indicador de monitoramento 9. Referências Bibliográficas 10. Anexos	
Cuidados	
Ações em caso de não conformidade	
Elaborado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável
Revisado em:	Responsável

Todas as ações possuem:

Recursos Necessários: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.

Condições necessárias: situação existente que justifica a ação

Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.

Executor: profissional responsável pela ação.

Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.

Resultados Esperados: listagem dos resultados esperados.

Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.

Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas

Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores da Policlínica.

5.2 Proposta de Manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio

O Instituto CEM propõe a utilização uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrita abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pelo Instituto CEM e passível de Aplicação na Policlínica , conforme:

5.2.1 Regulamentação Patrimonial

5.2.1.1 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do Instituto CEM obedecerão ao disposto nesta normatização.

Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:

I. Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do Instituto CEM, inclusive bens de consumo;

II. Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio do Instituto CEM;

III. Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) do Instituto CEM ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito do Instituto CEM compreende os seguintes tipos:

I. Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;

II. Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;

III. Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;

IV. Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;

V. Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Comissão Permanente de Licitação, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

§ 1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuadas diretamente ao Diretor Administrativo, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§ 2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Diretoria Administrativa, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Supervisão de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos profissionais ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pela Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.11º. Ficam estabelecidas as fórmulas a serem utilizados pela Supervisão de Material e Patrimônio para a reposição do estoque.

DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.12. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à Supervisão de Material e Patrimônio, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º.O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à Supervisão de Material e Patrimônio;

§ 2º. Deve ocorrer preferencialmente no almoxarifado da Supervisão de Material e Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados na Supervisão de Material e Patrimônio, quando se tratar de material permanente, bem como quando se tratar de material de consumo.

Art.13. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do Instituto CEM, cuja cópia será arquivada na Supervisão de Material e Patrimônio para os devidos registros.

Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

I. Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;

II. Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;

III. Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.14. As Notas Fiscais de materiais deverão ser entregues diretamente na Supervisão de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Diretoria Administrativa ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pela Supervisão de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio do Instituto CEM.

§ 1º.O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º.A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Supervisão de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Art.18. Quando das aquisições de material para construção e reforma os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Supervisão de Material e Patrimônio aos Diretores ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido.

Art.19. As Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo supervisor de material e patrimônio/ responsável do acompanhamento da obra.

Art.20. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao Diretor Administrativo.

Art.21. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e consequente registro nos sistemas competentes/ inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.22.A Supervisão de Material e Patrimônio manterá controle sobre os materiais a receber, sendo responsável pela entrega ao fornecedor do(s) comprovante(s) de entrega, devendo, também, acompanhar os prazos de entrega, comunicando ao Setor de Contratos e Licitações os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.23.O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.24.A Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser comunicada formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pela mesma, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

DO CONTROLE PATRIMONIAL

Art.25. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio do Instituto CEM, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

I. registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;

II. registrar e informar a localização dos bens;

III. registrar os agentes responsáveis;

IV. emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;

V. controlar a movimentação de material;

VI. identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;

VII. permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Supervisão de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do Instituto CEM, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

I. número de tombamento;

II. descrição do material;

III. modelo, número de série de fabricação, se for o caso;

IV. valor de aquisição;

V. data de aquisição e número de autos;

VI. número do documento fiscal;

VII. estado de conservação do material;

VIII. outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.28. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes do Instituto CEM deverá ser comunicado formalmente à Supervisão de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.29. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/ plaquetas. Parágrafo Único – No caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Art.30. Os bens que não transitarem na Supervisão de Material e Patrimônio serão tombados, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Art.31. A movimentação de bens dentro do Instituto CEM, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva da Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.32. A Supervisão de Pessoal, sempre que ocorrerem mudanças do agente responsável pelos bens, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar a Supervisão de Material e Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- A Gerência de Pessoal informará à Supervisão de Material e Patrimônio todos os atos relacionados à dispensa, exoneração, nomeação, designação e afastamentos de membros e profissionais no prazo máximo de dez dias da assinatura do respectivo ato administrativo;

§ 2º -O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Supervisão de Tecnologia da Informação quando houver troca de equipamentos de informática por aquela Supervisão.

Art.33. Compete ao Diretor Executivo, por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

I. furto;

II. extravio;

III. dano irrecuperável que impossibilite sua utilização ou alienação;

IV. cessão;

V. alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o Diretor Executivo determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar o Instituto CEM e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Supervisão de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Supervisão de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Supervisão de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, profissionais a serem cadastrados pela Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Supervisão de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa-Financeira.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

I. quantidade existente;

II. análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;

III. prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;

IV. vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Diretoria Administrativa;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuírem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Supervisão de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

Art.42. A Supervisão de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do Instituto CEM, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

I. venda;

II. permuta;

III. doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada está nos seguintes casos:

I. permuta, permitida exclusivamente entre unidades do Instituto CEM;

II. doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;

III. venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do Instituto CEM, em virtude de suas finalidades.

Art.45. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do Instituto CEM, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.46. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.47. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.48.Os materiais inservíveis classificam-se em:

I. ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso:

II. recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;

III. antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;

IV. irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;

V. nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.49. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais do Instituto CEM, emitindo relatório de tudo para a Diretoria Administrativa, e será

composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria do Instituto CEM.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.50.O bem considerado antieconômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas ou obrigatoriamente alienado no menor tempo possível.

Art.51. Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de bens classificados como irrecuperáveis, o Diretor Executivo, após ouvir a Diretoria Administrativa/Comissão Especial de Avaliação, determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes economicamente aproveitáveis, caso existam, que serão novamente incorporados ao patrimônio.

Art.52. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único A inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.53. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

I. a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;

II. a sua natureza tóxica ou venenosa;

III. a sua contaminação por radioatividade;

IV. o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.54. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

I. verificar a existência física dos bens e materiais;

II. informar o estado de conservação dos bens e materiais;

III. confirmar os agentes responsáveis pelos bens;

IV. manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;

V. apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;

VI. subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito do Instituto CEM, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

I. ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

II. TRIMESTRAL;

III. EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos Diretores Executivo, Administrativo ou pela própria Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo Diretor Executivo.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os §§ 1º e 2º do art.63, deste ato.

Art.61. A Supervisão de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

I. ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

II. POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.

III. INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito do Instituto CEM, para identificação e registro de bens.

Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterá também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas do Instituto CEM.

§ 1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§ 2º. O inventário físico anual será encaminhado ao Setor de Contabilidade, o qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do Instituto CEM.

DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Art.64. Todos os profissionais são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes nesta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§ 2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os profissionais serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.

Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do profissional ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Supervisão de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo o Instituto CEM , relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o profissional responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço o Instituto CEM deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

I. profissional responsável: o funcionário que se responsabiliza perante o Instituto CEM , assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;

II. autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69.O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito o Instituto CEM aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro o Instituto CEM na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.73.Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do Instituto CEM.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no órgão oficial de imprensa do Município de Goiás-GO, revogando-se as disposições em contrário.

5.2.1.2 Fórmulas Para Renovação E Reposição De Estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverão ocorrer em função da aplicação das fórmulas e disposições elencadas a seguir.

I. Os fatores de requerimento são definidos:

II. Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;

III. Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);

IV. Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

V. Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para um certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa do Instituto CEM. Obtém–se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

VI. Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsoletismo, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:

I. Consumo Médio Mensal. C= Consumo Anual/12

II. Estoque Mínimo. Em =C x f

III. Estoque Máximo. EM =Em + C x I

IV. Ponto de Partida. Pp =Em + C x T

V. Quantidade a Ressuprir. Q =C x I

VI. Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

5.2.1.3 Normas de segurança para armazenagem do material no Almoxarifado

I. Os princípios básicos para a organização do almoxarifado são os seguintes:

- um lugar para cada material e cada material em seu lugar;
- maximização da utilização do espaço; e
- garantia do maior nível de segurança.

II. -O almoxarifado deverá observar as seguintes normas:

1. quanto ao armazenamento:

- os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- os materiais não devem ser armazenados em contato direto como piso;
- as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;
- os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- os materiais mais solicitados próximos à área de expedição; e
- a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:

    - Consumo Médio Mensal. C= Consumo Anual/12
    - Estoque Mínimo. Em =C x f
    - Estoque Máximo. EM =Em + C x I
    - Ponto de Partida. Pp =Em + C x T
    - Quantidade a Ressuprir. Q =C x I

3. Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

4. quanto à segurança:

    - existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
    - portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);
    - proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
    - portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
    - existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
    - instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
    - proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
    - arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;

- colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
- proteção contra insetos e roedores; e
- reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

5. quanto à movimentação:

- existência de meios de locomoção seguros para os materiais. Deve-se evitar a utilização de empregados de firmas prestadoras de serviço nos trabalhos específicos da Supervisão de Material e Patrimônio.

Além da Política descrita acima, também são adotados diversos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), bem como fluxos que poderão nortear a cadeia de suprimentos dentro da unidade, conforme exemplos relacionados abaixo, que poderão ser adequados conforme a realidade de da Policlínica :

5.2.1.4 Procedimentos Operacionais Padrão – Pop's

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Procedimento	
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de recebimento, conferência, guarda e armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos, de modo a facilitar e agilizar a dispensação dos mesmos e contribuir para o atendimento com qualidade.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico -CAF	Farmacêuticos e Auxiliar de Almoxarifado
Recursos Necessários	
• Ordem de fornecimento; Calculadora; Lápis ou caneta; Bloco de anotações, se necessário. Check-list de recebimento.	

Cuidados Especiais

- Realizar o procedimento com calma e concentração, sem ceder a pressão do funcionário responsável pela entrega;
- Não rasurar a 1° via do Documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação);
- Toda observação necessária deve ser escrita na Ordem de fornecimento, que deverá ser assinada pelo funcionário;
- Não receber item com prazo de validade inferior a 6 meses. Exceção deve ser verificada junto a chefia da Farmácia;
- Não receber documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação) rasuradas ou ilegíveis.

Sequência do Procedimento

Utilizando o check list de recebimento deve-se adotar as seguintes ações:

- Verificar se a entrega é destinada do Instituto CEM ao setor de Farmácia ou a outro setor d a Policlínica;
- Verificar a existência de Ordem de Fornecimento. Em caso de negativa, procurar o executor administrativo ou o farmacêutico (que providenciará a ordem ou entrará em contato com o setor de compras do Instituto CEM para que a mesma seja providenciada);
- Ao receber a entrega de medicamentos e/ou materiais, observar inicialmente o aspecto externo: integridade do produto e, se termolábeis, se estão com temperatura adequada. Em caso de negativa, rejeitar o recebimento;
- Conferir Documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação) com a Ordem de fornecimento: dados do fornecedor; dados do recebedor (Policlínica); especificações de cada item; quantidade; lote; validade; impressão de ID no documento de entrada; registro da ANVISA;
- Após conferência, assinar na Ordem de fornecimento: o lote, a validade e a quantidade. No check list deve-se anotar: o nome do funcionário da Farmácia que recebeu a entrega; a data em que ocorreu a entrega, número da nota fiscal, número da ordem de fornecimento, assim como todas as observações pertinentes. Carimbar, datar e assinar o canhoto do Documento de entrada e o conhecimento da transportadora que serve para comprovar o recebimento da mercadoria.

- Tirar xerox do Documento de entrada e da Ordem de fornecimento:
- Tirar uma xerox do Documento de entrada e colocá-los na pasta de entrada;
- Se a entrega for de medicamentos controlados: a guarda destas medicações deve ser realizada por um Farmacêutico do Setor no armário de controlados.

Ações Corretivas

- Em caso de suspeita de irregularidades (falsificação, violação, adulteração ou impróprios para o consumo) segregar o(s) item(ns) em local distinto e separado dos demais e notificar o Farmacêutico e demais colegas do setor;
- Em caso de qualquer divergência entre a Ordem de fornecimento e o Documento de entrada, procurar o farmacêutico e/ou o setor de compras do Instituto CEM para providenciar as devidas correções ou providenciar a recusa da entrega;

DIVERGÊNCIA ENTRE DESCRIÇÕES (Ordem de Fornecimento x Insumo)

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente.

DIVERGÊNCIA ENTRE MARCA COTADA E RECEBIDA

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente, e solicite carta de correção de marca.

DIVERGÊNCIA ENTRE QUANTIDADES

- Se vier quantidade menor no Documento de entrada do que na Ordem de Fornecimento, anote o correto, date e assine.
- Se vier quantidade maior no Documento de Entrada do que na Ordem de Fornecimento, separe e encaminhe para devolução.
- Se vier quantidade física real menor do que no Documento de Entrada, notifique o Farmacêutico.
- Se vier material e/ou medicamento discriminado no Documento de Entrada, porém sem entrega real, notifique o Farmacêutico.

DIVERGÊNCIA ENTRE VALORES UNITÁRIO E TOTAL DO ITEM

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente.

DIVERGÊNCIA ENTRE O CNPJ (Plataforma de Compras X NF)

- Notifique imediatamente a chefia / Farmacêutico

Referências
• Resolução nº 357 de 2 de Abril de 2001 – Conselho Federal de Farmácia. • RDC: nº 134 de 29 de Maio de 2003. Dispõe sobre adequação dos medicamentos já registrados. • Portaria nº 344 de 12 de maio de1988. Aprova o regulamento técnico sobre substancia de medicamentos sujeitos a controle especial. • Resolução nº 214, de 12 de dezembro de 2006. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em farmácias.

REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DOS ESTOQUES RESERVAS DAS CLÍNICAS

Procedimento	
REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DOS ESTOQUES RESERVAS DAS CLÍNICAS	
Objetivo	
Manter o estoque de controlados da reserva dos setores com quantitativo suficiente para o atendimento das necessidades do setor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Digitação Sala da Supervisão de Enfermagem	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Recursos Necessários	
• Formulários de acréscimo;	
Sequência do Procedimento	
• Enfermeira do setor: providenciar os atendimentos de medicamentos controlados, conforme solicitação médica, retirando o que for necessário do estoque de reserva.	

• Providenciar junto ao médico, após o atendimento, a confecção do acréscimo, contendo os itens efetivamente utilizados. • Deixar o formulário de acréscimo junto à caixa de reserva de medicamentos controlados, no local previamente estabelecido, com acesso restrito. A reposição deste estoque não deverá ser realizada pelo setor de Dispensação da Farmácia (DOSE). • Funcionário da Farmácia do controle de psicotrópicos: ir periodicamente às clínicas e realizar a conferência dos estoques, bem como dos acréscimos. • Realizar na Farmácia a saída dos medicamentos conforme os acréscimos por paciente e a transferência dos itens movimentados para reposição, no sistema de controle de estoques (MV). • Funcionário da Farmácia: providenciar a reposição dos itens utilizados, para completar os estoques conforme quantitativos estabelecidos, e solicitar a conferência por parte da enfermagem para os itens que estão sendo repostos. • As requisições atendidas serão arquivadas
Ações Corretivas
• Caso seja observada a falta de acréscimos para medicamentos que tenham sido retirados da reserva, a enfermeira do serviço deverá ser notificada para que providencie os mesmos juntos ao médico. Não serão repostos medicamentos sem os respectivos acréscimos. • Caso tenha havido reposição inadvertida por atendimento realizado pela Dispensação da Farmácia (DOSE), o serviço de controlados deverá fazer o rastreamento do ocorrido, e realizar as devidas correções no sistema. O fato deverá ser notificado aos enfermeiros do setor e aos farmacêuticos, a fim de evitar novas ocorrências.

RECOLHIMENTO DE PRODUTOS COM PROBLEMAS

Procedimento
RECOLHIMENTO DE PRODUTOS COM PROBLEMAS
Objetivo
Garantir que os produtos farmacêuticos que estejam suspeitos de causar

problemas à saúde ou com irregularidades na comercialização sejam retirados de circulação.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia - Dose	Farmacêuticos e técnicos enfermagem
Recursos Necessários	
• Ficha de identificação de produto interditado; • Formulário de notificação de suspeita de reação adversa • Queixa técnica a medicamento.	
Cuidados Especiais	
• Observar sempre as embalagens antes de abrir; • O destino a ser dado ao produto com problemas dependerá da recomendação da ANVISA. (Devolução, destruição, etc.)	
Sequência do Procedimento	
1. Farmácia: proceder ao recolhimento do produto, sempre que chegar ao conhecimento do profissional Farmacêutico que um determinado produto farmacêutico (medicamento ou material) está apresentando alguma irregularidade em sua comercialização e /ou esteja causando danos à saúde; 2. Recolher todas as unidades do produto pertencente ao lote suspeito que estejam nas dependências da farmácia e as que já tenham sido dispensadas para outros setores d a Policlínica; 3. Recolher as unidades destes itens em desconformidade que forem rastreadas e colocar em local próprio (separado dos demais), no almoxarifado da farmácia, devendo ser identificadas com os dizeres “Produto Interditado”; 4. Manter o registro da conduta que foi tomada para referência e comprovação perante os órgãos responsáveis, de que o produto foi retirado de circulação; 5. Proceder à retirada do produto do sistema de controle de estoque (Sistema MV).	

ENTRADA, PROCESSAMENTO E CONTROLE DE NOTAS FISCAIS

<table>
<tr><td colspan="2">Procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="2">ENTRADA, PROCESSAMENTO E CONTROLE DE NOTAS FISCAIS</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Estabelecer rotinas de fluxo de processo, lançamento e controle de notas fiscais de materiais e medicamentos, de forma a garantir adequada organização para o arquivamento, rastreamento e pagamento ao fornecedor, com eficiência e qualidade.</td></tr>
<tr><td>Local de Execução</td><td>Responsável pela Execução</td></tr>
<tr><td>Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF</td><td>Executor Administrativo; Auxiliar administrativo; Agente de processamento; Farmacêutico.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Recursos Necessários</td></tr>
<tr><td colspan="2">• Computador com acesso ao sistema; Grampeador; Acesso ao programa de controle de protocolo de notas fiscais; Carimbo específico; Calculadora; Impressora.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cuidados Especiais</td></tr>
<tr><td colspan="2">• Realizar o procedimento com calma e concentração, para minimizar a possibilidade de erros.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sequência do Procedimento</td></tr>
</table>

FLUXO DE PROCESSO - ENTRADA NO SISTEMA

- Após finalizar procedimento de recebimento e conferência de materiais e medicamentos(POP CAF 006), encaminhar o documento para o lançamento dos produtos no sistema;
- Gerar o relatório de entrada assinar e anotar o código de lançamento gerado pelo sistema;

PROCESSAMENTO

Grampear documentações de processamento na seguinte ordem: 1ªVia que será encaminhada o Instituto CEM – nota fiscal original + relatório de entrada gerado e assinado + cópia da ordem de fornecimento + boleto bancário; 2ªVia da CAF – cópia da nota fiscal + cópia da ordem de fornecimento + relatório de entrada gerado e assinado + laudo de qualidade (quando disponível), (Colocar na pasta "Documentos a Conferir").

ATESTE DE DOCUMENTOS

- Verificar no Documento de Entrada:
  - N° do documento de entrada;
  - Natureza da operação;
  - Nome e Razão social do destinatário;
  - Data de emissão do documento de entrada;
  - Data da entrega;
  - Data da duplicata (N° de parcelas, vencimento e valor);
  - Valor do frete;
  - Valor total do documento de entrada;
  - Verificar o boleto bancário (Dados do Emitente, Dados do Destinatário, data de vencimento, valor do boleto);
  - Conferir material e/ou medicamento confrontando a descrição do item com a ordem de fornecimento e o Documento de Entrada, verificando: se descrição completa da ordem de fornecimento está em acordo com a descrição do Documento de Entrada, se a marca do item entregue é igual ao cotado, informações adicionais, valor unitário, quantidade entregue e valor total do item.

- No Relatório de Entrada verificar:
  - Nome do fornecedor;

- Tipo;
- Série;
- Responsável pelo lançamento do documento de entrada no sistema;
- Duplicata (Parcela, vencimento e valor);
- Produtos lançados (Descrição, unidade, quantidade, valor unitário, valor total do item, valor total dos produtos, lote e validade);
- Carimbe e assine.

PROTOCOLO

O Documento de entrada, 1° via - Instituto CEM é colocado na pasta: PRIMEIRA VIA O Instituto CEM. O mesmo será protocolado em programa específico (programa de protocolo de notas). Serão impressos dois relatórios, encaminhados à Diretoria Administrativa para ciência e enviados o Instituto CEM , para pagamento ao fornecedor.

O Documento de Entrada, 2° via – CAF fica disponível em pasta própria para coleta de dados dos indicadores, onde posteriormente é arquivada.

Ações Corretivas

- Qualquer informação divergente entre todos os dados avaliados e conferidos, tanto no Documento de Entrada, Ordem de Fornecimento quanto no Relatório de Entrada devem ser listados e resolvidos pelo Farmacêutico, antes de finalizar o ateste de nota fiscal;
- Dúvidas em relação ao recebimento de produto, consulte o Farmacêutico;
- Ao receber algum Documento de Entrada com descriminação de frete, ligar no Departamento de compras para as devidas orientações.

PENDÊNCIA DE NOTAS FISCAIS, DEVOLUÇÃO DE MERCADORIA E COBRANÇA JUNTO AO FORNECEDOR

Procedimento	
PENDÊNCIA DE NOTAS FISCAIS, DEVOLUÇÃO DE MERCADORIA E COBRANÇA JUNTO AO FORNECEDOR	
Objetivo	
Solucionar pendências de notas fiscais (entrega, descrição e quantidade erradas) e otimizar o processo de devolução de mercadorias, bem como fortalecer o procedimento de cobrança de resolução junto ao fornecedor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Farmacêutico Auxiliar Administrativo
Recursos Necessários	
• Caneta; Linha telefônica liberada para interurbanos; Acesso ao e-mail.	
Cuidados Especiais	
• Criar um histórico do fornecedor para resguardar a Divisão de Farmácia em caso de protesto de notas fiscais; • Padronizar as informações do corpo do e-mail: • E-mail do fornecedor; • Cópia: Supervisão de Farmácia; Divisão de Farmácia, Setor de Compras,	

Fornecedor; • Assunto: PROBLEMA, N° DA NOTA FISCAL, FORNECEDOR (CAPS LOOK); • Corpo do e-mail: Saudação (Bom dia, boa tarde, boa noite); nome do fornecedor; dados na nota fiscal, descrição sucinta do problema/pendência, solução, obrigado, atenciosamente e a assinatura do responsável.
Sequência do Procedimento
• Descobrir alguma pendência, separar, segregar em pasta específica -pendências de notas fiscais- e notificar o Auxiliar Administrativo, no ato do recebimento de materiais e medicamentos; • Afixar na nota fiscal descritivo da pendência (qual o tipo de pendência); • Entrar em contato com o fornecedor via telefone; • Formalizar a queixa via e-mail; • Imprimir e anexar o e-mail junto à nota fiscal original; • Aguardar resposta do fornecedor (o tempo de espera para resposta, após o primeiro contato com o fornecedor será de 48 horas// Para os demais contatos o tempo de cobrança será de 24 horas); • Acompanhar a resolução das pendências.

PEDIDO MENSAL DE INSUMOS FARMACÊUTICOS

Procedimento	
PEDIDO MENSAL DE INSUMOS FARMACÊUTICOS	
Objetivo	
Abastecer a Policlínica com todos os insumos farmacêuticos necessários, mantendo o controle entre oferta e demanda.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Setor de Farmácia	Supervisor da Farmácia
Recursos Necessários	

- Computador com acesso ao Sistema de Controle de Estoque;
- Planilha de itens da farmácia com Meta Mensal de consumo de cada item;
- Relatório de Estoque disponibilizado pelo sistema INFORMATIZADO.

Cuidados Especiais

- Análise cuidadosa do estoque físico e virtual atual, principalmente dos itens que ocupam grande volume para solicitar agendamento parcelado.

Sequência do Procedimento

- O pedido deve ser entregue no primeiro dia útil do mês após aprovação da compra e de acordo com cronograma do setor de compras;
- Na semana que antecede a entrega do pedido mensal, inicia-se a elaboração do mesmo;
- De posse do relatório impresso, com estoque atual dos itens no sistema INFORMATIZADO, é realizada conferência entre a quantidade constante no relatório e a quantidade constante nos estoques físicos de cada item da CAF, (Central de Abastecimento Farmacêutico) e possíveis anexos existentes na Policlínica ;
- Elabora-se o Pedido Mensal na planilha estipulando o quantitativo para cada item com base no estoque atual e a meta de consumo;
- É realizada a “limpeza” da planilha, deixando somente os itens com quantitativos a serem adquiridos;
- Faz-se a conferência do pedido realizado na planilha e depois lança-o no sistema INFORMATIZADO;
- Após feito o pedido pelo sistema, gera-se os números dos pedidos e faz -se nova conferência de digitação de cada item;
- Depois de elaborado o pedido na planilha; gerado o número no sistema INFORMATIZADO,
- Por fim encaminha o Pedido Mensal por e-mail, às Diretorias com cópias para o setor de compras e Farmácia.

Ações Corretivas

- Caso houver alguma retificação, informar imediatamente ao setor de compras e também à Diretoria.

Referências

• Inventário de Estoque atual e pedido anterior.

PEDIDO DE COMPRA EMERGENCIAL

Procedimento	
PEDIDO DE COMPRA EMERGENCIAL	
Objetivo	
Realizar pedido de compra extraordinária de item não padronizado e item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Setor de Farmácia	Supervisor da Farmácia e Executor
Recursos Necessários	
• Relatório Médico; Computador com acesso no sistema informatizado; Scanner; Internet.	
Cuidados Especiais	
• O relatório médico deve obrigatoriamente conter os dados do paciente internado na Policlínica , data do dia em que foi realizado o relatório, patologia do paciente, tempo estimado de tratamento, quantidade do item a ser adquirido, carimbo e assinatura do médico e também do staff.	
Sequência do Procedimento	
• Ao receber prescrição contendo item não padronizado ou ao ser detectado item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado inicia-se o processo de compra emergencial; Item não for Padronizado: A chefia da Farmácia recebe o relatório médico com as informações necessárias, scanea o relatório e solicita, por e- mail, avaliação técnica prévia para a diretoria-geral e/ou diretoria técnica; Se parecer favorável, a chefia da Farmácia realiza pedido via MV, e remete o pedido ao setor de compras do Instituto CEM ; Se parecer desfavorável, a diretoria responsável pelo parecer deve avisar ao médico solicitante os motivos da negativa. Após realizar o pedido emergencial, o	

relatório original deve ser arquivado na pasta destinada para este fim; Item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado: O farmacêutico da Dispensação/Dose da CAF ou do controle de psicotrópicos deve avisar imediatamente a chefia da farmácia para que seja realizado o pedido de compra emergencial via sistema MV acompanhado de justificativa da chefia da Farmácia.
Referências
• Lista de itens padronizados.

LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO MOBILIÁRIO DA SALA DE DISPENSAÇÃO

Procedimento	
LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO MOBILIÁRIO DA SALA DE DISPENSAÇÃO	
Objetivo	
Determinar a forma como cada mobiliário da sala de dispensação deve ser limpo, de forma a manter o local adequadamente organizado.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia e Farmácias Satélites	Serviços Gerais
Recursos Necessários	
• Panos de limpeza; Álcool 70%.	
Cuidados Especiais	
• Iniciar somente o quantitativo de trabalho que possa ser finalizado no mesmo dia, para não deixar materiais fora do lugar; • Não utilizar detergente; • Ser cuidadoso com os bens para que as etiquetas não sejam arrancadas.	
Sequência do Procedimento	

• Geladeira:
  • Farmacêutico e Auxiliares: Desligar (quando necessário) no final do expediente à tarde e ser limpa na manhã seguinte;
  • Retirar todos os medicamentos da geladeira e colocá-los em caixas de isopor com gelox;
  • Religar a geladeira após a limpeza, com a temperatura estabilizada guardar os medicamentos.
  • Verificar se existem medicamentos vencidos, ao repor os medicamentos;
  • Observar a posição do termômetro, que não deve ficar em contato com as paredes da geladeira, e nem encoberto por medicamentos;
• Armário de medicamentos, medicamentos controlados e materiais:
  • Limpar os bins e prateleiras com álcool 70%;
  • Verificar se existem medicamentos vencidos, ou que precisam de troca de embalagem e/ou etiqueta.
• 2.3. Dispor todos os itens de forma que o consumo seja em ordem cronológica de validade, ou seja, os itens que irão vencer primeiro devem estar na frente e assim sucessivamente.

Ações Corretivas
Se a temperatura da geladeira não estabilizar, avisar o fato para a chefia da Farmácia para que sejam tomadas as providências cabíveis.

AUDITORIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE PRÓXIMO, BAIXA DE ESTOQUE E INCINERAÇÃO

Procedimento
AUDITORIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE PRÓXIMO, BAIXA DE ESTOQUE E INCINERAÇÃO
Objetivo
Observar a existência em estoque de materiais e medicamentos que estejam com o prazo de validade próximo do vencimento para segregação, baixa de

<table>
<tr><td colspan="2">estoque e encaminhamento à empresa de incineração.</td></tr>
<tr><td>Local de Execução</td><td>Responsável pela Execução</td></tr>
<tr><td>Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF e Dispensação e Farmácias Satélites</td><td>Farmacêutico
Auxiliar Administrativo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Recursos Necessários</td></tr>
<tr><td colspan="2">Relatório de produtos com prazos de validade expirada (Informatizado)
Relatório de baixa de produtos (Informatizado)
Relatório de identificação de produtos vencidos p/ incineração (planilha XLS).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cuidados Especiais</td></tr>
<tr><td colspan="2">Verificar mensalmente a validade de todos os materiais e medicamentos, evitando assim, a dispensação de produtos vencidos.
Verificar na Dispensação e Farmácias Satélites quais as medicações estão com o vencimento próximo, pois em alguns casos podem ser tomara ações no intuito de se evitar este vencimento.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sequência do Procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="2">Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: gerar e imprimir todo dia 25 de cada mês, o relatório de produtos com prazos de validade, referente ao mês corrente; de posse deste relatório o Farmacêutico verifica se há no estoque físico medicamento e/ou material vencido; recolhe e segrega os itens (verificando a descrição, lote, validade e quantidade;
Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: efetuar a baixa destes produtos no estoque virtual (sistema) e gerar o relatório baixa de produtos, justificar, assinar, carimbar este relatório e arquivar em pasta específica, após segregação em local específico e identificado (armário de vencidos);
Preencher relatório de identificação de produtos vencidos para incineração (planilha XLS); Imprimir 3(três) vias; Assinar e carimbar.
Encaminhar à Diretoria Administrativa uma CI com os medicamentos a serem incinerados e o relatório emitido pelo sistema Informatizado – Relatório Baixa de Produtos do Estoque com as devidas justificativas.
Aguardar recolhimento da empresa; encaminhar 1°. Via – arquivo; 2°. Via – empresa; 3º.Via – CCIH;</td></tr>
</table>

○ Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: gerar e imprimir todo dia 1°. de cada mês o relatório produto com prazo de validade, referente aos próximos noventa dias. ○ Farmacêutico: verificar de posse do relatório, quais medicamentos e materiais vencerão neste período e se há carta de comprometimento por parte do fornecedor ou a possibilidade de alguma ação visando evitar este vencimento. ○ Se positivo, retirar e segregar a mercadoria e notificar o fornecedor via e-mail e telefone para busca e recolhimento; ○ Se negativo, e se possível encaminhar aos vários setores da Policlínica para consumo.
Ações Corretivas
Detectado algum medicamento e/ou material cujo prazo de validade tenha expirado ou esteja próximo do vencimento, retirar, segregar, identificar e encaminhar ao Farmacêutico para as devidas providências e baixas.
Referências
• Resolução RDC n°. 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

REPOSIÇÃO E CONFERÊNCIA DE VALIDADE DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA

Procedimento	
REPOSIÇÃO E CONFERÊNCIA DE VALIDADE DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA	
Objetivo	
Conferir a validade e manter abastecidos os carrinhos de emergência, de forma que materiais e medicamentos estejam disponíveis no momento em que se fizerem necessários.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Carrinhos de emergência	Profissionais da Farmácia

Recursos Necessários	
• Medicamentos; Materiais; Relação de materiais e medicamentos dos carrinhos em formulário próprio.	
Cuidados Especiais	
• Atenção ao fazer; • Cada carrinho de emergência é montado com um quantitativo de materiais e medicamentos estabelecidos pela farmácia e enfermagem.	
Sequência do Procedimento	
• Verificar o prazo de validade de todos os medicamentos e materiais padronizados nos carrinhos de emergência, onde o insumos com prazo de validade menor do que 90 dias serão retirados e repostos pela farmácia; • A farmácia faz apenas a conferência das datas de validade; • A reposição dos insumos após consumo é de responsabilidade da enfermagem; • Após, lacra-se os carrinhos anotando o referido número em formulário próprio.	
Ações Corretivas	
No caso de emergência, são retiradas pela enfermagem, materiais e medicamentos necessários para o atendimento do paciente.	

DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS DE USO COLETIVO

Procedimento
DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS DE USO COLETIVO
Objetivo
Fornecer materiais médico-hospitalares e medicamentos necessários ao

abastecimento das unidades	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Dispensação e CAF	Profissionais da Farmácia
Recursos Necessários	
• Solicitação realizada no Informatizado; Materiais médico-hospitalares; Medicamentos de uso coletivos.	
Cuidados Especiais	
• Não dispensar em requisição de materiais, medicamentos e materiais que só podem ser solicitados em prescrição médica ou solicitação em nome do paciente. • Não atender solicitações de unidades que tenham Farmácia Satélite.	
Sequência do Procedimento	
• Clínicas/Setores: Executar a requisição de materiais e notificar à Farmácia no início de cada plantão; • Funcionário da Farmácia: separar os itens da requisição colocando-os nos carrinhos de reposição. Anotar à medida que for feito o atendimento, as quantidades atendidas e informar o que estiver em falta; • Funcionário da Clínica: conferir o material que está recebendo e assinar a requisição; • Funcionários das Clínicas: trazer os frascos vazios para efetuar a troca apenas do item “TIRA TESTE”.	
Ações Corretivas	
• Poderão ser atendidos, eventualmente, alguns itens urgentes e que estiverem em falta em uma das Clínicas, ficando o restante para ser separado depois.	

ABASTECIMENTO DO SETOR DE DISPENSAÇÃO

Procedimento
ABASTECIMENTO DO SETOR DE DISPENSAÇÃO

Objetivo	
Abastecer os bins do setor de dispensação de forma que os materiais e medicamentos sejam suficientes para o atendimento das prescrições e solicitações.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Dispensação e Farmácias Satélites	Farmacêuticos, técnicos e auxiliares
Recursos Necessários	
• Formulários de requisição de medicamentos e correlatos e sistema Informatizado.	
Cuidados Especiais	
• Não se aplica.	
Sequência do Procedimento	
• Diariamente, no período matutino (até as 09;00) , o farmacêutico deverá fazer o levantamento dos quantitativos de medicamentos e materiais necessários para o abastecimento dos bins. • Utilizar formulário com média de consumo como roteiro para solicitação dos insumos; • Solicitar os itens a CAF através do Informatizado; • Ao receber os medicamentos e materiais enviados pelo almoxarifado, os mesmos deverão ser conferidos, etiquetados e guardados em seus respectivos locais.	
Ações Corretivas	
Comunicar ao Setor de Farmácia sobre a falta de quaisquer insumo.	

REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DO ESTOQUE DE RESERVA DO APOIO E DIAGNÓTICO

Procedimento

REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DO ESTOQUE DE RESERVA DO APOIO E DIAGNÓTICO	
Objetivo	
Manter o estoque de controlados da reserva do apoio e diagnóstico com quantitativo suficiente para o atendimento das necessidades do setor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Digitação Sala da Supervisão de Enfermagem do apoio e diagnóstico	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Recursos Necessários	
• Notificações de receita.	
Sequência do Procedimento	
• Enfermeira do setor: providenciar os atendimentos de medicamentos controlados, conforme solicitação médica, retirando o que for necessário do estoque de reserva; • Providenciar junto ao médico, após o atendimento, a confecção das notificações de receita, contendo os itens efetivamente utilizados; • Enfermeira após conferência do quantitativo remanescente, entra em contato com a Farmácia informando o estoque atual e trazendo as notificações para a reposição. • Um funcionário da Farmácia e do controle de psicotrópicos: Confere as notificações e faz as respectivas saídas para o setor, pelo sistema Informatizado. • Funcionário da Farmácia: providenciar a reposição dos itens utilizados através do sistema Informatizado, para completar os estoques conforme quantitativos estabelecidos, e solicitar a conferência por parte da enfermagem para os itens que estão sendo repostos; • Arquivar as requisições atendidas.	
Ações Corretivas	
• Caso seja observada a falta de notificações para medicamentos que tenham sido retirados da reserva, a enfermeira do serviço deverá ser	

notificada para que providencie os mesmos junto ao médico. Não serão repostos medicamentos sem os respectivos acréscimos.

SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS

Procedimento	
SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS	
Objetivo	
Atender às necessidades dos setores, bem como dos pacientes internados na Policlínica.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Sala da Supervisão de Farmácia	Supervisor da Farmácia
Recursos Necessários	
• Formulário de Solicitação de Padronização de medicamento; Formulário de padronização de insumos Farmacêuticos.	
Cuidados Especiais	
• Não direcionar marca de produto.	
Sequência do Procedimento	
1. Solicitante interessado: entrar em contato com a supervisão da Farmácia e solicitar formulário de padronização de medicamento e insumos farmacêuticos. O formulário deverá ser assinado pela chefia do setor ou chefe da especialidade; 2. Farmácia: receber e remeter à presidente da comissão de farmácia e terapêutica para que seja protocolado e analisado pela comissão; 3. Farmácia: receber e solicitar avaliação e assinatura da diretoria técnica da Policlínica para que o item seja padronizado e para que a Farmácia possa incluir o item na planilha de itens padronizados da Policlínica;	
4. Arquivar o formulário de padronização de insumos farmacêuticos no setor de	

Farmácia.
Ações Corretivas
• O formulário que não estiver devidamente preenchido deverá ser devolvido.

GUARDA E ESTOCAGEM DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Procedimento	
GUARDA E ESTOCAGEM DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de guarda, armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Farmacêutico/Auxiliar de almoxarifado
Recursos Necessários	
• Papel; Pincel atômico; Fita crepe; Fita adesiva; Porta-pallets.	
Cuidados Especiais	
• Realizar o procedimento com calma e concentração; • Cuidado com a ergonomia no manuseio de caixas pesadas; • Verificar se não há rasgo, furo, vazamento da embalagem do item antes de guardar; • Nenhum item pode ser movimentado, guardado, dispensado, jogado fora, antes da liberação oficial da CAF ou antes da movimentação no sistema (qualquer dúvida procurar o farmacêutico); • Qualquer discrepância entre o estoque físico e o virtual deve ser informada imediatamente; • A estocagem nunca deve ser feita diretamente em contato com o solo/chão e sem contato com a luz solar direta;	

- A área de estocagem deve ser livre de sujidades, pó, lixo, roedores, aves e insetos e quaisquer animais;
- Manter as prateleiras, porta-pallets, estantes, armários e geladeiras sempre limpos, livres de sujidades, bem como livres de caixas e/ou embalagens vazias;
- A distância mínima entre os porta-pallets, paredes, inclusive o teto é de 0,6 metros;
- Embalagens parcialmente abertas devem ser deixadas na frente para serem usadas primeiro;
- Itens que vencerão primeiro devem ser deixadas a frente;
- Uma vez por mês, deverá ser impresso no sistema o relatório de vencidos;
- Se for um item novo, (1ª aquisição), antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema;
- Se a quantidade a ser guardada não couber no espaço reservado para este item (afixar informação de onde o restante do item será guardado) e guardar o restante em outro local do almoxarifado, sempre identificando o restante do item com nome, lote, validade, volume guardado.

Sequência do Procedimento

1. Verificar o local correto de guarda de cada item: comprimidos, injetáveis, materiais, grandes volumes (soros, solução para hemodiálise, água para injeção, compressas, equipamentos, fraldas, etc) ,termolábeis; se for um item novo, antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema.

Ações Corretivas

- Retirar o item que está estocado em local desapropriado e estocá-lo no local correto de guarda.
- Os refrigeradores devem ser aproveitados também para a produção de gelo, a ser utilizado na remessa dos produtos e para a segurança do próprio equipamento e dos produtos que ele contém, numa eventual falha do seu sistema interno de resfriamento ou queda do fornecimento de energia.

Referências

- Valery, Pedro Paulo Trigo. Boas práticas para estocagem de medicamentos. -Brasília: Central de Medicamentos, 1989,p.22;
- Farm. Bras. Ved. Capítulo IV – Generalidade;

LEITURA DA TEMPERATURA DO REFRIGERADOR,AMBIENTE E UMIDADE RELATIVA DO AR

Procedimento	
LEITURA DA TEMPERATURA DO REFRIGERADOR, AMBIENTE E UMIDADE RELATIVA DO AR	
Objetivo	
Aferir a temperatura da geladeira, ambiente e umidade relativa do ar para conservação adequada dos materiais e medicamentos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Todos os setores	Profissionais
Recursos Necessários	
• Termo-higrômetro; Tabela/formulário específico de anotação de temperatura (°C) e umidade (%).	
Cuidados Especiais	
INTERPRETAÇÃO DOS DADOS • As temperaturas do ambiente devem estar no intervalo de 15 a 30 °C. Caso ocorram valores fora dos intervalos recomendados, comunicar ao Farmacêutico para tomada de providências. • As temperaturas da geladeira devem estar no intervalo de 2 a 8 °C. Caso ocorram valores fora dos intervalos recomendados, comunicar ao Farmacêutico para tomada de providências. • Manter a UR do ar abaixo ou igual ao limite máximo de 65% e acima ou igual ao mínimo de 35%.	
Sequência do Procedimento	
• Fixar o termo-higrômetro na parede em local que represente condições médias de circulação de ar e temperatura. • Fazer três leituras diárias conforme padronização de horário: 7:00-13:00-19:00 horas.	

- Anotar os valores da temperatura e umidade relativa em formulário próprio conforme modelo.

Ações Corretivas

Controle da Temperatura

Caso a temperatura esteja acima da especificação sugerida, adotar a ação corretiva de abaixar a temperatura local através do ajuste do termostato do sistema de ar condicionado, ou ajustar o termostato da geladeira. Se a temperatura estiver abaixo da especificação, a ação corretiva a ser adotada deverá ser de aumentar a temperatura ambiente ou aumentar o termostato da geladeira.

Controle da Umidade Relativa

Caso a UR esteja acima da especificação sugerida, adotar uma ação corretiva de ajustar a posição do termostato do ar condicionado para a posição mais fria. Se a UR estiver abaixo da especificação, a ação corretiva a ser adotada deverá ser de ajustar a posição do termostato do ar condicionado para a posição mais quente. A UR no ambiente pode ser eficientemente reduzida através da utilização de um aparelho desumidificador.

Referências

- ANVISA. Resolução RDC n°. 214, de 12 de dezembro de 2006. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em Farmácias.
- EV, LIVIANE DA SILVEIRA. Estabilidade de Medicamentos. In: Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar/Maria José Vasconcelos de Magalhães Gomes, Adriano Max Moreira Reis. – 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL - ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO

Procedimento

ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL - ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO

Objetivo

Definir os requisitos para a liberação do kit de medicamentos para a profilaxia de infecção.

Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia - Dispensação	Profissionais da Farmácia

Recursos Necessários

- Kit HIV (Lamivudina 150mg + zidovudina 300mg, Lopinavir 200mg + Ritonavir 50mg);
- Prescrição Médica em formulário específico.

Cuidados Especiais

- Orientar o paciente para não ingerir toda medicação de uma só vez.

Sequência do Procedimento

- No caso da ocorrência de acidente profissional com material biológico, onde o teste rápido para HIV tenha tido resultado positivo, ou onde o médico considere necessário, mesmo com um resultado negativo, a Farmácia disponibilizará o kit de medicamentos para a profilaxia da infecção por HIV;
- Para a dispensação do kit é necessária a apresentação da prescrição médica em receituário de controle especial, devidamente preenchida com os dados do funcionário que se acidentou, do medicamento, quantidade, assinada e carimbada pelo médico;
- O funcionário da Farmácia deverá conferir a prescrição médica e estando de acordo, atenderá à solicitação fornecendo um kit de medicamentos para profilaxia para ser utilizado por três dias, de acordo com a prescrição médica.
- Os kits de medicamentos ficam armazenados no armário de medicamentos controlados, e são repostos e abastecidos.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE INDIVIDUALIZADA

Procedimento

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE INDIVIDUALIZADA

Objetivo

Fornecer a medicação para os pacientes, na forma de kit contendo toda a medicação prescrita, suficiente para um período de 24 horas.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia Dispensação	Profissionais da Farmácia
Recursos Necessários	
• Prescrições médicas; Bobina plástica; Seladoras; Etiquetas de identificação; Medicamentos.	
Cuidados Especiais	
• Conferir medicação e quantidade da prescrição, mesmo se triada pelo Farmacêutico; • Realizar o procedimento com calma e concentração; • Sempre quando o Farmacêutico que estiver triando as prescrições médicas e verificar o disparo de consumo de algum item, avisar a chefia da Farmácia para que sejam tomadas as devidas providências; • Ter cuidado ao manusear ampolas. • Nenhum medicamento será dispensado sem a devida prescrição, ou quando não atender o disposto nesta portaria (Port. 282/09).	
Sequência do Procedimento	
• Farmacêuticos: triar as prescrições médicas colocando a quantidade de medicamentos e materiais necessários para atendê-las por um período de 24h; • Técnicas de enfermagem e auxiliares: separar a medicação triada para cada prescrição; • Registrar eletronicamente as saídas dos medicamentos, utilizando o sistema Informatizado; • Confeccionar os kits individualizados, distribuindo cada medicação por horário aprazado. Identificar com etiqueta de dose individualizada; separando os medicamentos de alto risco e psicotrópicos dos demais; • Colocar os kits nos carrinhos respectivos de cada clínica e ala; • Técnicos da Farmácia: levar o carrinho de medicação para as respectivas Alas;	

• Técnicos das clínicas: conferir os kits acompanhados dos técnicos da farmácia. • Encaminhar as prescrições atendidas à digitação para o controle de estoque posteriormente arquivadas.
Ações Corretivas
• Na fase da triagem, caso seja verificado pelo farmacêutico algum problema relacionado ao medicamento, o mesmo deverá intervir junto a equipe assistente e evoluir em prontuário; • Na clínica, caso falte algum medicamento, o técnico volta à Farmácia com o kit completo e não violado para correção.

ALIMENTAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO INFORMATIZADO

Procedimento	
ALIMENTAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO INFORMATIZADO	
Objetivo	
Promover a segurança do paciente no uso racional de medicamentos, buscando mecanismos de alertar à equipe de saúde, sobretudo o prescritor, do risco na utilização combinada de medicamentos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
• Farmácia / Almoxarifado	• Comissão de Farmácia e Terapêutica • Supervisão de Farmácia
Recursos Necessários	
• Computador com acesso ao Informatizado e internet; Lista de medicamentos padronizados na instituição.	

Cuidados Especiais

- Utilização de fontes seguras como subsídio técnico-científico para alimentar o banco de dados.
- Interpretação clínica da interação a ser registrada, avaliando impacto na saúde da prescrição combinada dos medicamentos.
- O registro das interações medicamentosas tem a finalidade de informar o médico dos riscos da utilização combinada de determinados medicamentos, no momento da prescrição eletrônica, emitindo alertas no sistema.

Sequência do Procedimento

Cadastro de Interações Medicamentosas no Informatizado

- O farmacêutico deve realizar pesquisa das interações potenciais dos medicamentos a serem utilizados. Livros de farmacologia, bases de dados especializadas como Epocrates®, Lexicomp®, Medscape® e Micromedex® pode ser utilizadas (Anexo 1). Considerar interações de itens padronizados na instituição.
- As interações identificadas devem ser cadastradas na seção "Interação Medicamentosa" do Sistema informatizado. (Anexo 2)

2.1 Clicar no ícone "+" para inserir novo registro e em seguida no ícone "..." do quadro Substância A. Escolher a Substância A como o medicamento que está sendo realizada a pesquisa.

2.2 Clicar no ícone "..." do quadro Substância B, escolhendo como Substância B aquela que interage com o alvo da pesquisa e em seguida escolher a gravidade da combinação dos fármacos.

2.3 No quadro inferior Aviso, inserir descrição breve da interação e a conduta clínica sugerida. Por fim, clicar em salvar registro.

O cadastro de interações deve ser realizado sempre que um novo medicamento for padronizado na Policlínica , na implantação do serviço, ou nas atualizações periódicas.

Atualização periódicas das Interações Medicamentosas no Sistema informatizado

A cada atualização da lista de medicamentos padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (bienalmente), devem ser também revisadas as interações cadastradas no Sistema informatizado. Utilizando a mesma seção para o cadastro, as interações das substâncias A e B poderão ser editadas, em caso de

eventual alteração na conduta clínica ou manejo da interação, ou em caso de cadastro de nova interação detectada.
Ações Corretivas
A cada revisão das interações cadastradas, caso sejam identificadas interações descritas em literatura mas não alimentadas no banco de dados, as mesmas devem ser incluídas no Sistema informatizado.

FRACIONAMENTO DE BLISTER

Procedimento	
FRACIONAMENTO DE BLISTER	
Objetivo	
Disponibilizar comprimidos em doses unitárias, a partir do fracionamento de um blister inicial, a fim de atender as necessidades dos pacientes internos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Setor de Dispensação da Farmácia	Técnicos de enfermagem e auxiliares.es
Recursos Necessários	
• Embalagem plástica; Etiquetas, Tesoura; Planilha própria.	
Cuidados Especiais	
• Atenção em conferir as informações do blister ao se etiquetar os comprimidos. • Fazer a dupla checagem em todo o procedimento.	
Sequência do Procedimento	

• Conferir as etiquetas já confeccionadas pela CAF, referente aos comprimidos que serão fracionados. • Separar os comprimidos a serem fracionados. Manusear somente um medicamento por vez para evitar mistura. • Fracionar os blisteres. • Acondicioná-los em embalagem própria, etiquetando todos os comprimidos; • Guardar os comprimidos etiquetados nos respectivos bins, respeitando sempre o Lote e Validade; • Anotar as informações sobre o medicamento no livro de fracionamento.
Ações Corretivas
• Caso haja abertura acidental do blister, o mesmo deve ser descartado imediatamente.

AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

Procedimento	
AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES	
Objetivo	
Acompanhar o desempenho dos fornecedores que fazem entregas de insumos a Central de Abastecimento Farmacêutica, visando a melhoria deste serviço através da análise de alguns critérios essenciais desta rotina.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia, Almoxarifado e Executores de Contrato	Profissionais e Executores de Contrato
Recursos Necessários	
• Check list de recebimento; Política de Qualificação do fornecedor; Sistema informatizado; Ordem e Compra; Relatório de compra.	
Cuidados Especiais	

• Observar atentamente os critérios descritos no check-list no momento exato do recebimento dos insumos; • Para cada Nota Fiscal deve-se preencher o Check-list.
Sequência do Procedimento
• Preencher o Check-list no momento do recebimento dos itens, de acordo com o cumprimento ou não dos critérios estabelecidos; • Na conclusão da entrada da Nota Fiscal no sistema, abre-se uma tela de avaliação de fornecedor que deve ser preenchida de acordo com as observações existentes no Check-list; • Ao final de cada processo de compra analisa-se o desempenho de cada fornecedor, para eventuais notificações ao mesmo ou algum outro setor responsável quando assim se fizer necessário.

INVENTÁRIO

Procedimento	
INVENTÁRIO	
Objetivo	
Realizar contagens trimestrais de todos os insumos alocados, com o intuito de se analisar possíveis divergências e estruturar melhorias na rotina para mitigá-los.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia e Almoxarifado	• Profissionais • Profissionais da Comissão de Inventário
Recursos Necessários	
• Relatório Sistema informatizado; Caneta /Lápis; Calculadora.	
Cuidados Especiais	
• Observar se há produtos segregados; • Verificar se existem Notas Fiscais aguardando dar entrada;	

• Verificar os diversos locais de armazenagem (estoques flutuantes).
Sequência do Procedimento
• Emissão do relatório de contagem através do Sistema informatizado (Conferência de Lote) por Classe de produtos; • Execução da 1ª contagem (observando-se os diversos lote/validade fazendo as anotações de quantidade para cada um deles respectivamente); • Execução da 2ª contagem (observando-se os diversos lote/validade fazendo as anotações de quantidade para cada um deles respectivamente); • Se houverem divergências entre a 1ª e 2ª contagens, é realizada a 3ª contagem para a checagem, pelo supervisor do inventário; • São realizadas as análises e feito o lançamento no Sistema informatizado Para se processar o lançamento devemos: 1º Realizar a “Abertura do Inventário”, no Sistema informatizado, digitando os itens contados e salvar 2º Abrir a “Contagem de Produtos” através do número gerado na abertura. Digitar cada produto com seus respectivos lotes/validade e quantidades. 3º Fechar o inventário através da “Geração de Inventário” 6. Imprimir o relatório de “Divergência de Contagem” para as análises finais.
Ações Corretivas
Após análise criar meios para mitigar os erros de movimentação.

PERCENTUAL DE KITS ATENDIDOS NA SUA TOTALIDADE

Procedimento
PERCENTUAL DE KITS ATENDIDOS NA SUA TOTALIDADE
Objetivo
Mensurar os kits com medicação em falta na farmácia.

Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia de dispensação	Auxiliares, técnicos e farmacêutico
Recursos Necessários	
• Prescrição médica; Planilha de qualidade; Ficha de estoque.	
Cuidados Especiais	
• Na falta, conferir primeiramente a ficha de estoque da CAF pelo sistema e, se constar zerado, conferir pessoalmente com o responsável do setor. • Ter cuidado ao anotar as faltas. É somente uma falta por prescrição, mesmo se houver mais de um item faltante, pois contabilizamos por kit e não por item.	
Sequência do Procedimento	
• Triagem das prescrições médicas; • Separar as medicações já triadas pelo farmacêutico. Se estiver em falta no bin, fazer a pesquisa em ficha de estoque no sistema informatizado. Se confirmado o estoque zerado, procurar o responsável da CAF para averiguar se o produto realmente está em falta ou está aguardando liberação. • Se houver a medicação, solicitar manualmente para a CAF e prosseguir normalmente com a confecção do kit. • Se a medicação estiver em falta, anotar na prescrição e na planilha de qualidade a falta.	
• No fim de cada mês, o farmacêutico recolhe as planilhas de qualidade e mensura o percentual de faltas X atendidos concluindo o indicador.	

Obs.: Acima são alguns exemplos de POPS adotados pela farmácia em casos de abastecimento de unidades, passíveis de serem adaptados e personalizados, bem como criados diversos outros, conforme particularidades da Policlínica.

5.2.2 Manual Do Controle Patrimonial

IMPORTÂNCIA DO CONTROLE PATRIMONIAL

A importância do controle patrimonial nas instituições, tanto públicas quanto privadas, dizem respeito principalmente à grande imobilização financeira decorrente da aquisição do parque instalado e da massa de custos adicionais decorrentes desses bens.

Em 2006 a CEM contabilizou cerca de R$ 93,5 milhões nas contas de bens permanentes, esse acervo, agregado de cerca de R$ 5 milhões de bens em comodato, são responsáveis por um grande volume gasto com verbas de outras rubricas como material de consumo e/ou serviços.

O controle dos bens permanentes da CEM é feito de forma descentralizada em cada Unidade Gestora, de modo a facilitar as operações e ampliar permitir maior autonomia por parte dessas unidades.

O DSG tem como responsabilidade dar suporte técnico e orientação quanto à execução do controle patrimonial, e desde 2004 vem realizando várias ações nesse sentido.

A primeira delas foi a realização do inventário geral da CEM, que culminou com a identificação de diversas situações que precisavam ser tratadas de modo a representar de forma realista o acervo patrimonial da Universidade.

A partir disso, várias outras ações foram tomadas, a principal delas foi o desenvolvimento, juntamente como Centro de Computação, do Sistema Interno de Controle Patrimonial, em substituição ao sistema ATM, integrando a atividade de controle do patrimônio móvel da CEM e fornecendo os meios necessários à atuação gerencial da Instituição e dos órgãos de controle e fiscalização internos externos

O aplicativo, portanto, é uma ferramenta, uma parte integrante do controle patrimonial, e, de maneira alguma, esgota as funções inerentes a esta atividade. Funções como a identificação dos bens através da afixação de plaquetas e o inventário anual são fundamentais para que o controle seja completo e eficaz.

A estrutura básica deste manual segue a estrutura de atividades relativas ao controle patrimonial, quais sejam: tombamento, transferência, movimentação, baixa e inventário. Em cada tópico são abordados aspectos conceituais, legislação e procedimentos a serem adotados em sua execução

LEGISLAÇÃO

.

As operações inerentes ao controle patrimonial estão amparadas na seguinte legislação.

Instrução Normativa número 205/88 da Sedap – que é o principal instrumento que rege o controle de material, tanto de consumo, quanto permanente, na Administração Pública Federal. Nela estão descritas as principais atividades a serem desenvolvidas pelos órgãos componentes da Administração Pública Federal, abordando os temas:

a. Aquisição

b. Racionalização

c. Recebimento e aceitação

. Armazenagem

e. Requisição e distribuição

f. Carga e descarga

g. Saneamento de material

h. Controles

i. Renovação de estoque

j. Movimentação e controle

k. Inventários físicos

l. Conservação e recuperação

m. Responsabilidade e indenização

n. Cessão e alienação.

CONTROLE PATRIMONIAL

O controle patrimonial se dá através do registro adequado de todos os bens móveis, adquiridos por recursos orçamentários e não orçamentários, que estão à disposição da Universidade Federal para a realização de suas atividades.

Para a eficácia do controle patrimonial é fundamental a atualização constante dos registros de entrada, atualização, movimentação e saída de bens do acervo patrimonial.

A operação de entrada é realizada através do Tombamento, as alocações internas são realizadas através da Transferência e da Movimentação, e a operação de saída é realizada através da Baixa de bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente, estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um servidor.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelos Setores de Patrimônio, é realizada através dos Inventários.

Deve ser controlado todo acervo da Instituição, seja de bens móveis ou imóveis, assim como todo bem não pertencente ao acervo, mas colocado à sua disposição para consecução dos objetivos institucionais (bens em comodato).

MATERIAL PERMANENTE

De acordo com o dicionário, patrimônio é "o conjunto de bens, direitos e obrigações economicamente apreciáveis, pertencentes a uma pessoa ou empresa" (Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, p. 2151).

Para efeito deste manual, a referência a patrimônio deve ser entendida como sendo o conjunto de bens móveis, também denominados, materiais permanentes.

A Instrução Normativa 205/88 da Sedap define material como:

"... designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis"

I - Durabilidade - quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

II - Fragilidade – material cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

III - Perecibilidade – material sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

IV - Incorporabilidade - quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal;

V - Transformabilidade - quando adquirido para fim de transformação.

Verificadas as condições acima citadas, devem ser analisados, por fim, mais dois parâmetros que complementam a definição final da classificação:

a. A relação custo de aquisição/custo de controle do material, como previsto no item 3.1 da IN N° 142 DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), que determina, nos casos dos materiais com custo de controle maior que o risco da perda do mesmo, que o controle desses bens seja feito através do relacionamento do material (relação-carga) e verificação periódica das quantidades. De um modo geral, o material de pequeno custo que, em função de sua finalidade, exige uma quantidade maior de itens, redunda em custo alto de controle, devendo ser, portanto, classificado como de consumo;

b. Se o bem está sendo adquirido especificamente para compor o acervo patrimonial da Instituição. Nestas circunstâncias, este material deve ser classificado sempre como um bem permanente.

Além disso, é importante frisar que a classificação do bem, para efeito de sua inclusão no sistema de controle patrimonial, deve ser coerente com a adotada no respectivo processo de aquisição.

NÚMERO PATRIMONIAL

Todo bem componente do acervo patrimonial deve ser identificado individualmente no momento do seu tombamento.

Essa identificação consiste na atribuição de um número patrimonial exclusivo e deve permitir aos agentes do controle patrimonial coletar informações relativas à localização, estado de conservação, situação desse bem face ao acervo, bem como o responsável por sua guarda e conservação.

OPERAÇÃO PATRIMONIAL

As operações patrimoniais consistem no registro de entrada, movimentações e saída de bens do acervo da instituição.

A entrada de material permanente é denominada Tombamento.

Às alterações da localização de bens na instituição denominamos Movimentação, quando não há troca pela responsabilidade por sua guarda, ou Transferência, quando há a transferência de posse e guarda para um novo responsável.

A saída do bem do acervo patrimonial é denominada Baixa, é sempre resultado de processo apropriado que a justifique e deve ser sempre autorizada pelo gestor da Unidade.

É importante salientar que o registro patrimonial tem sua correspondência no balanço financeiro da instituição, representando recursos imobilizados.

O responsável institucional pelos recursos é sempre o Gestor, daí a importância de sua anuência e autorização nas operações que impliquem na entrada ou saída de recursos da Unidade.

TOMBAMENTO

Tombamento é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial da Universidade e, em alguns casos, no seu balanço contábil. Isso significa dizer que o bem que entra no acervo da instituição, apresentará igualmente um aporte de recursos no balanço patrimonial.

Por interferir no balanço patrimonial, essa operação é atribuição exclusiva do responsável pelo controle patrimonial da Unidade.

O tombamento deve ser realizado sempre no momento em que o bem entra fisicamente na instituição e envolve desde o lançamento dos bens no Sicpat até a assinatura e arquivamento dos Termos de Responsabilidade.

A modalidade do tombamento é escolhida conforme a documentação referente ao bem permanente, que indica a fonte de recursos e a origem física do bem.

MODALIDADES DE TOMBAMENTO

Aquisição

É a modalidade de tombamento realizada quando o bem é adquirido através de recursos orçamentários ou extra orçamentários.

Toda aquisição de material através de despesa orçamentária é realizada por empenho.

A nota fiscal terá sempre o nome e CNPJ no campo cliente.

Comodato e Cessão

Comodato e Cessão são denominações dadas ao empréstimo gratuito de um bem permanente que deve ser restituído após determinado prazo.

O Comodato é o empréstimo realizado entre a CEM e empresas privadas, enquanto a Cessão é o empréstimo entre a CEM e outros órgãos públicos. Ambos são realizados através de contrato ou convênio.

Como a posse do bem não pertence à CEM, um bem tombado por comodato não tem seu valor adicionado ao montante de entradas no acervo patrimonial da CEM.

Quando ocorrer o retorno do bem ao seu proprietário, deverá ser realizada uma baixa por devolução. Caso o bem seja doado definitivamente à CEM o comodato deverá ser alterado para Doação.

Doação

A doação significa a transferência da propriedade de bens permanentes para a CEM.

O termo de doação deve ser emitido pela entidade doadora e deve apresentar todos os elementos identificadores do bem tais como descrição detalhada, valor de aquisição, data de aquisição ou de entrega do bem à CEM.

Fabricação

Como o próprio nome indica o tombamento por fabricação ocorre quando bem tiver sido fabricado por alguma unidade da CEM. Pelo fato de a origem dos recursos de um tombamento por fabricação ser sempre a própria Instituição, não há necessidade de informar o documento relativo a esta origem.

“A inclusão em carga do material produzido pelo órgão sistêmico será realizada à vista de processo regular, com base na apropriação de custos feita pela unidade produtora ou, na falta destes, na valoração efetuada por comissão especial, designada para este fim.”

E ainda em seu item 6.4.1, que, “O valor do bem produzido pelo órgão sistêmico será igual à soma dos custos estimados para matéria-prima, mão-de-obra, desgaste de equipamentos, energia consumida na produção, etc.”.

Incorporação

O tombamento por incorporação é feito a partir de um ofício do dirigente da unidade determinando a operação (este documento, por convenção, equivale ao documento de origem do bem). Um tombamento por incorporação ocorre quando não é possível identificar a origem dos recursos de um bem que se encontre pelo menos a dois exercícios (anos) no acervo da unidade ou órgão.

Para proceder ao tombamento por incorporação deveremos igualmente observar o disposto o item 6.4 da IN 205 que determina que na falta de possibilidade de apropriar custos de bens, deverá ser realizada avaliação por comissão especial que, após análise, arbitrará o valor de tombamento.

AFIXAÇÃO DE PLAQUETAS

A afixação da plaqueta deverá ocorrer preferencialmente logo após o processo de tombamento, sendo executada pelo responsável pelo controle patrimonial na unidade.

A plaqueta utilizada atualmente é confeccionada a partir de uma lâmina de alumínio com cola de alta resistência na parte posterior, é padronizada para toda a Instituição e identificada pelo termo INSTITUTO CEM – PATRIMÔNIO, seguido pelo número sequencial crescente de oito dígitos mais um verificador, além de um código de barras.

Há, porém, outra plaqueta de patrimônio, com desenho diferente, também padronizada para toda a CEM, mas que era usada nos tombamentos anteriores a 2005, pelo sistema ATM. Esta plaqueta deverá ser substituída progressivamente pela atual, a critério de cada Unidade.

A plaqueta de patrimônio deve ser afixada em local bem visível – recomenda-se próximo à marca do bem – e de fácil acesso para uma leitora de código de barras.

Para que haja boa aderência da cola, o local onde a plaqueta será afixada não deve ser áspero, necessitando estar limpo e seco.

Identificação de bens não plaquetáveis

Em consonância com os princípios da racionalidade e economicidade previstas na Constituição Federal e no item 3.1.1. da Instrução Normativa 142/83 do Dasp, o controle patrimonial sobre bens permanentes deve ser compatibilizado com o custo do bem, já que seria inconcebível gastar mais para guardar ou controlar um bem do que para adquirir outro em seu lugar.

Tendo em vista estes princípios, o emplaquetamento de bens cujas características físicas ou funcionais exigem um controle menos individualizado deve ser flexibilizado, sem, contudo, resultar num controle menos eficaz.

As Instruções Normativas 142/83 Dasp e 205/88 Sedap prevêem que este controle pode ser realizado através da simples relação do bem (relação-carga) e da assinatura do Termo de Responsabilidade. Em outras palavras, o controle patrimonial sobre estes bens deve ser feito a partir de sua quantidade e localização e não da aferição das plaquetas ou etiquetas patrimoniais neles afixadas.

No sistema de controle patrimonial, o bem continua a ser identificado pelo seu número patrimonial, e as operações de tombamento, transferência, movimentações e baixa deverão ser feitos normalmente. Apenas seu controle físico será feito através do seu quantitativo e localização.

O responsável pelo controle patrimonial da Unidade de Controle deverá avaliar a necessidade da fixação da plaqueta no bem considerando o exposto acima. Para auxiliar na identificação, estão relacionadas abaixo algumas condicionantes que podem ser avaliadas na classificação do bem:

Pela dimensão: bens de pequeno porte que não comportam a fixação da plaqueta. Exemplo: alguns tipos de câmera fotográfica digital.

Pela funcionalidade: bem cuja função é conter ou transportar produtos líquidos ou gasosos, em que a reposição pressupõe a substituição do bem. Exemplos: extintor de incêndio, botijão de gás.

Pela mobilidade: bens cuja utilização exija constante movimentação e assim torne o controle por plaqueta muito oneroso. Exemplos: carteira de estudante, cadeiras fixas sem braço.

Pelo valor artístico ou histórico: bens de valor artístico ou histórico imensurável que possam ser danificados pela pura afixação da plaqueta. Exemplos: quadros ou objetos de arte.

Pela dificuldade de acesso: bens cuja localização (instalação) torne impraticável seu controle através de plaqueta de patrimônio. Exemplos: antena parabólica, aquecedor solar.

MOVIMENTAÇÃO

O processo de movimentação consiste na saída de um bem de seu local de guarda para manutenção ou empréstimo, sem a correspondente troca de responsabilidade, sendo emitida a Nota de Movimentação.

No caso de empréstimo, deverá haver uma data provável de devolução do bem, caso não ocorra a devolução, caracteriza-se um procedimento de Transferência.

TRANSFERÊNCIAS

A transferência constitui na mudança da responsabilidade pela guarda e conservação de um bem permanente e ocorre nas seguintes situações:

•Quando há alteração no responsável pelo local onde o bem estar situação.

• Quando o bem é transferido de um local de guarda para outro.

Em função da descentralização e desvinculação de recursos na CEM, quando houver transferência entre Unidades Gestoras é necessário a confirmação do recebimento pela unidade de destino para que a transferência se efetive, uma vez que isso representará alteração no seu balanço patrimonial.

Essa confirmação é denominada “Aceite de Transferência” e é importante para evitar que transferências sejam feitas de uma unidade para outra sem o expresso conhecimento do responsável pelo controle da unidade que recebe o bem.

INVENTÁRIO

Inventário físico é o instrumento de controle que permite o ajuste dos dados escriturais com o saldo físico do acervo patrimonial em cada unidade gestora, o levantamento da situação dos bens em uso e a necessidade de manutenção ou reparos, a verificação da disponibilidade dos bens da unidade, bem como o saneamento do acervo.

Tem também a função de analisar o desempenho das atividades do setor de patrimônio através dos resultados obtidos no levantamento físico.

De acordo com a Instrução Normativa 205/88 da Sedap, são cinco os tipos de inventários físicos:

“Anual: destinado a comprovar a quantidade dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício – constituído do inventário anterior e das variações patrimoniais ocorridas durante o exercício (tombamentos, baixas, transferências);

Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;

De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;

De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;

Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.”

Os inventários físicos de cunho gerencial, no âmbito no SISG deverão ser efetuados por comissão designada pelo Gestor, ressalvados aqueles de prestação de contas, que deverão se subordinar às normas do Sistema de Controle Interno.

COMISSÃO DE INVENTÁRIO

A comissão inventariante é a comissão que deve executar o inventário físico dos bens permanentes. Ela deve ser formada por, no mínimo, três servidores do quadro permanente e não ter em sua formação servidores e/ou funcionários lotados no setor de patrimônio.

As atribuições da Comissão de Inventário são:

a. A verificação da localização física de todos os bens patrimoniais da unidade de controle patrimonial;

b. A avaliação do estado de conservação destes bens;

c. A classificação dos bens passíveis de disponibilidade;

d. A identificação dos bens pertencentes a outras unidades acadêmicas ou órgãos administrativos e que ainda não foram transferidos para sua unidade de controle patrimonial;

e. A identificação de bens permanentes eventualmente não tombados;

f. A identificação de bens patrimoniados que eventualmente não possam ser localizados; e

g. A emissão de relatório final acerca das observações anotadas ao longo do processo do inventário, constando as informações quanto aos procedimentos realizados, à situação geral do patrimônio da unidade de controle e as recomendações para corrigir as irregularidades apontadas, assim como eliminar ou reduzir o risco de sua ocorrência futura, se for o caso.

BENS NÃO INVENTARIADOS

Bens não inventariados são aqueles não localizados durante a realização de inventário, ou a qualquer momento.

Quando da observação da ocorrência de bens não inventariados, o Dirigente da Unidade deverá designar Comissão de sindicância cujas atribuições principais são:

- Verificar se há bens que se enquadrem nos termos do item 10.6 da IN 205/88 recomendando sua baixa imediata.

- Apurar as responsabilidades pela irregularidade conforme item 10 da IN 205/88, para os bens que não se enquadrem no item acima.

- Elaborar relatório para o dirigente da Unidade Gestora com suas conclusões e recomendações.

A instrução de sindicâncias bem como de outros processos administrativos está disposta no “Manual de sindicância investigativa, sindicância punitiva e processo administrativo disciplinar do servidor público federal” produzido pela Procuradoria Jurídica da CEM.

DESFAZIMENTO

O desfazimento de bens consiste no processo de exclusão de um bem do acervo patrimonial da instituição, de acordo com a legislação vigente e expressamente autorizada pelo dirigente da unidade gestora.

Após a conclusão do processo de desfazimento deverá ser realizada a baixa dos bens nos registros patrimoniais.

- Avaliação dos bens por comissão especialmente instituída pelo dirigente da unidade, cujas atribuições são: Classificar os bens inservíveis (ociosos, recuperáveis, irrecuperáveis e antieconômicos); Avaliar os bens conforme sua classificação; Formar os lotes de bens conforme sua classificação e características patrimoniais; Instruir os processos de desfazimentos conforme a classificação dos bens inservíveis.

Em geral, o processo de desfazimento deverá ser composto por:

a. Portaria de designação da comissão de desfazimento

b. Relação dos bens para desfazimento.

c. Laudo de avaliação.

d. Justificativa do desfazimento.

e. Contrato, conforme a modalidade de desfazimento.

f. Relação de bens baixados no processo.

Devolução de bens em comodato

A devolução corresponde a uma reversão do tombamento por Comodato e ocorre nos casos em que o bem deve ser devolvido para a instituição de origem.

Não prescinde de processo formal de desfazimento, mas deve ser documentado através da cópia do Termo de Comodato do convenente e de ofício de autorização de baixa do dirigente da unidade.

Erros de tombamento

Configurada a existência de bens tombados indevidamente, o Setor de Patrimônio deverá comunicar, por escrito, ao dirigente da Unidade Gestora solicitando autorização para proceder à devida baixa visando preservar a correção do acervo.

A autorização de baixa será dada mediante ofício da Diretoria da Unidade.

MODALIDADES DE DESFAZIMENTO DE BENS INSERVÍVEIS

Alienação

Consiste na operação de transferência do direito de propriedade do material, mediante venda, permuta ou doação.

Os bens a serem alienados deverão ter seu valor reavaliado conforme preços atualizados e praticados no mercado.

O material classificado como ocioso ou recuperável será cedido a outros órgãos que dele necessitem.

Venda

Os bens inservíveis classificados como irrecuperáveis ou antieconômicos poderão ser vendidos mediante concorrência, leilão ou convite.

Permuta

A permuta com particulares poderá ser realizada sem limitação de valor, desde que as avaliações dos lotes sejam coincidentes e haja interesse público. Nesse caso, devidamente justificado pela autoridade competente, o material a ser permutado poderá entrar como parte do pagamento de outro a ser adquirido, condição que deverá constar do edital de licitação ou do convite.

Doação

A doação poderá ser efetuada após a avaliação de sua oportunidade e conveniência, relativamente à escolha de outra forma de alienação.

Material classificado como ocioso poderá ser doado para outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, autárquica ou fundacional ou para outro órgão integrante de qualquer dos demais Poderes da União.

Se o material for classificado como antieconômico, a doação poderá ser realizada para Estados e Municípios mais carentes, Distrito Federal, empresas públicas, sociedade de economia mista, instituições filantrópicas, reconhecidas de utilidade pública pelo Governo Federal, e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

O material irrecuperável poderá ser doado para instituições filantrópicas, reconhecidas de utilidade pública pelo Governo Federal, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

Inutilização ou abandono

Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de material classificado como irrecuperável, a autoridade competente determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes

economicamente aproveitáveis, porventura existentes, que serão incorporados ao patrimônio.

A inutilização consiste na destruição total ou parcial de material que ofereça ameaça vital para pessoas, risco de prejuízo ecológico, ou inconveniente de qualquer natureza, para a Administração Pública Federal.

O desfazimento por inutilização e abandono deverão ser documentados mediante Termos de Inutilização ou de Justificativa de Abandono, os quais integrarão o respectivo processo de desfazimento.

Durante o processo de tombamento e distribuição do bem, o usuário deverá solicitar a geração dos Termos de Responsabilidade.

Para isso deverá acionar o menu Tombamento, opção Gera Termo de Responsabilidade, verificar se todos os documentos estão marcados (veja a seta).

Para confirmar a geração dos Termos de Responsabilidade o usuário deve acionar o botão [Salvar].

Renovação de Termos de Responsabilidade

A renovação é uma operação que agrega todos os bens registrados para um determinado responsável por guarda em um novo Termo de Responsabilidade.

Esse novo termo substitui todos os documentos anteriores.

A renovação de termos pode ser automática ou por solicitação.

Toda vez que se altera um responsável por local é gerado automaticamente um novo termo de responsabilidade, transferindo os bens para a guarda do novo servidor designado para aquele local.

Pode-se solicitar a renovação dos TR’s de um determinado local através do menu Operacional, opção Renova TR por Local.

Pode-se ainda solicitar a renovação dos TR´s de toda a unidade gestora através do menu Operacional, opção Renova TR’s Unidade.

Impressão de Termos de Responsabilidade

Após a geração de Termos de Responsabilidade é necessária sua impressão.

Para imprimir os TR’s o operador deve ir ao menu Relatórios, opção Termos de Responsabilidade e o sistema apresentará a tela de pesquisa de dados abaixo.

Essa tela é formada por três campos.

O primeiro campo apresenta as opções de Termos de Responsabilidade.

- TR’s impressos – que relaciona todos os TR´s impressos na UG

- Tombados – Ao selecionar essa opção, o Sicpat gerará automaticamente os relatórios para impressão de todos os TR’s de tombamento ainda não impressos.

- Transferidos – Ao selecionar essa opção, o Sicpat gerará automaticamente os relatórios para impressão de todos os TR’s de transferência ainda não impressos.

- Resp. / Renovados – Ao selecionar essa opção, o Sicpat gerará automaticamente os relatórios para impressão de todos os TR’s de Renovação ainda não impressos.

O segundo campo permite pesquisar por um TR’s cujo número é conhecido.

O terceiro campo lista todos os TR’s impressos na Unidade Gestora.

Após escolhido o tipo de TR, o sistema apresentará um relatório correspondente ao Termo ou Termos de Responsabilidade desejados.

O procedimento de impressão será o mesmo já citado anteriormente.

ALTERAÇÕES CADASTRAIS EM BENS

Para se alterar alguma informação relativa a algum bem deve acionar o menu Operacional, opção Bens e Informações Complementares.

A tela de pesquisa de dados tem como padrão do primeiro campo a opção Todos os Bens.

Na segunda parte deve-se escolher o tipo de campo para pesquisa (no exemplo Num. Pat) e preencher o campo de pesquisa com a informação do bem (no caso o número patrimonial).

Ao acionar o botão [Pesquisar] será mostrado no terceiro campo o bem procurado.

Em seguida deve-se acionar o botão EXIBIR na parte inferior da tela.

Será apresentado então a tela do bem selecionado para que seja realizada a inclusão das informações complementares para cada bem.

Esse procedimento é realizado para cada bem individualmente.

A qualquer momento após o tombamento de um bem, podem-se alterar as informações dessa tela.

Dessa forma, pode-se:

manter atualizadas todas as informações relativas ao bem, como por exemplo: estado de conservação, descrição (no caso de upgrade de computadores, por exemplo), informações do seguro, garantia, etc.

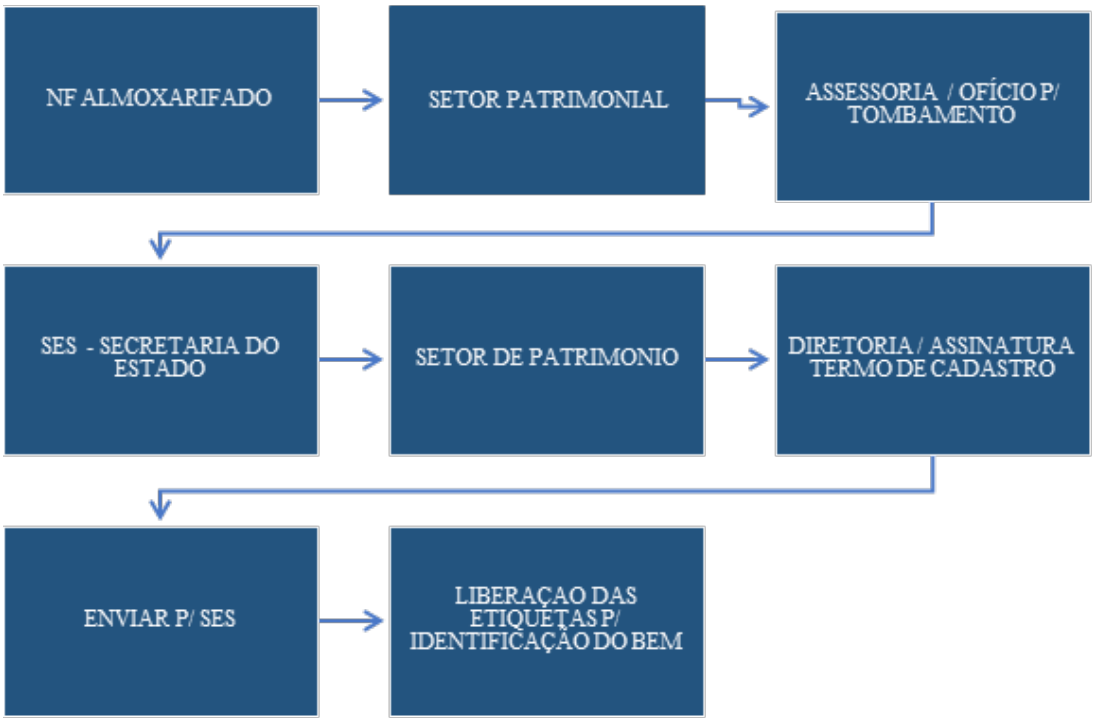
MANUAL DE PROCEDIMENTOS

OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE

AGENDAMENTO, RECEPÇÃO DO PRONTO

SOCORRO E INTERNAÇÃO

5.2.2.1 Procedimento Em Fluxograma:



Fluxograma, recebimento de notas do almoxarifado / processo de cadastro patrimônio.

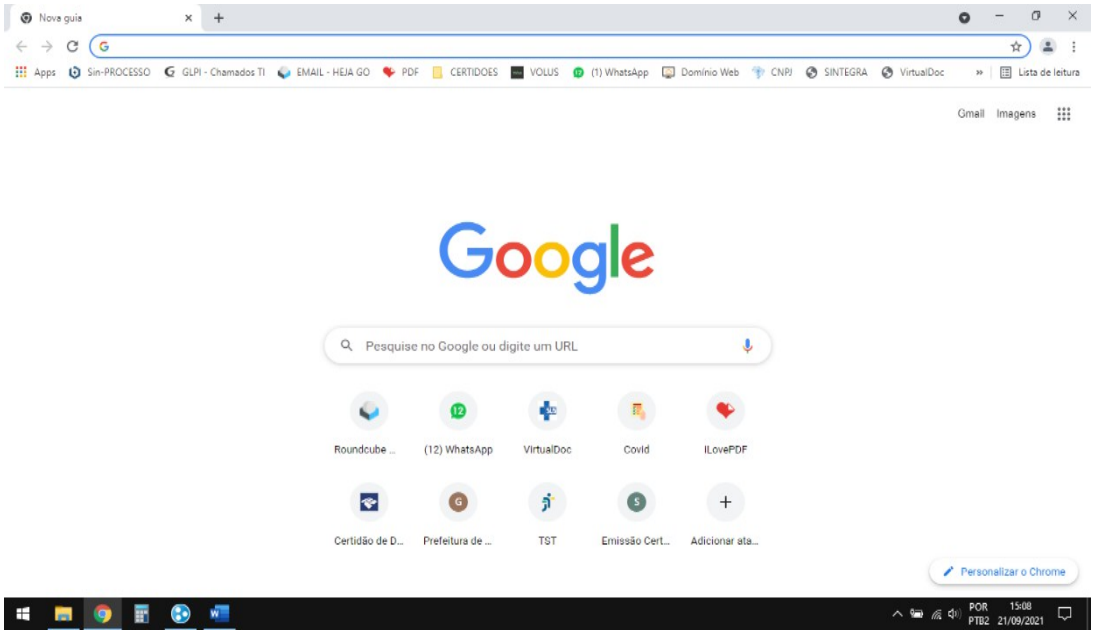
5.2.2.2 Manual De Rotinas:

- Inventário trimestral de todo patrimônio das Unidades.
- Realizar pedido de oxigênio semanal ou antecipar a compra se houver necessidade.
- Acompanhamento do controle de oxigênio.

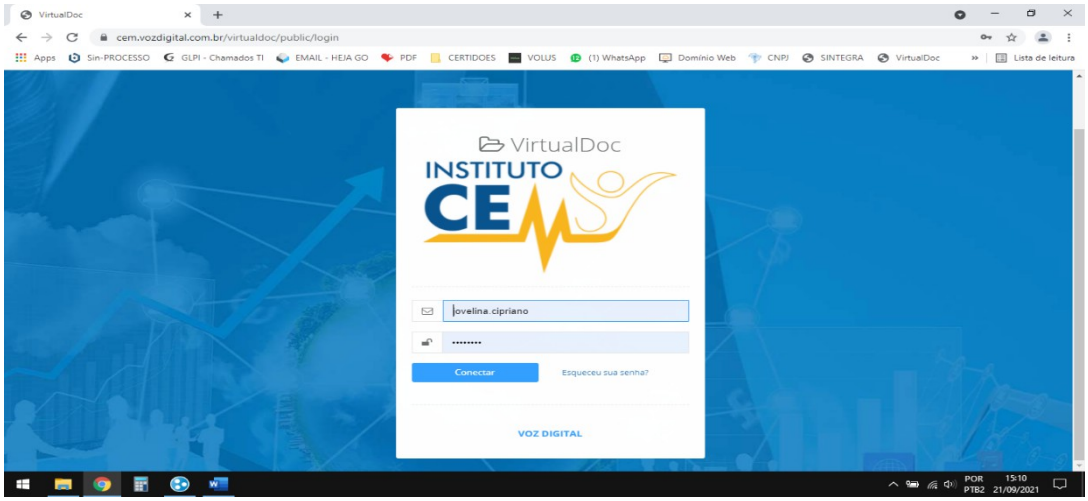
- Acompanhamento e Lançamento de processo para pagamento de combustível.
- Lançamento de processo para pagamento locação do gerador.
- Lançamento do processo para pagamento Locação de recipiente / cilindros.
- Verificar se os bens estão em condições de uso.
- Acompanhamento da alteração de local dos bens nos setores da unidade.
- Manter o sistema de cadastro / planilha dos bens atualizado diariamente.
- Separação de bens que podem ser utilizados.
- Separação de bens inservíveis e ociosos.
- Controle e programação de envio dos bens inservíveis de acordo com as normas da SES.
- Organizar os bens no Setor de Desfazimento de acordo que facilite no momento de devolução para SES.
- Acompanhamento do gestor de patrimônio e conferência dos bens em final de contrato com prestadores de serviços / locações de aparelhos, móveis etc, para Policlínica Regional - Unidade Goiás é imprescindível o acompanhamento.

5.2.2.3 Roteiro lançamentos de notas para pagamento acesso no DocCem.

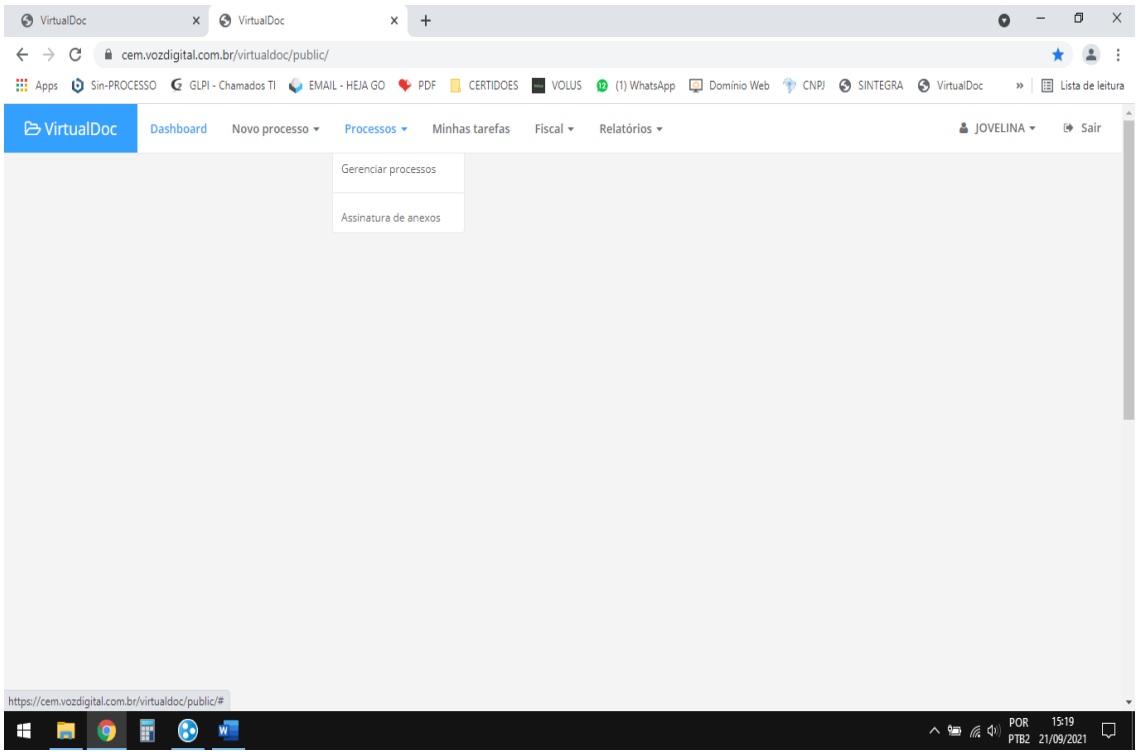
- Página inicial, clicar **VirtualDoc**



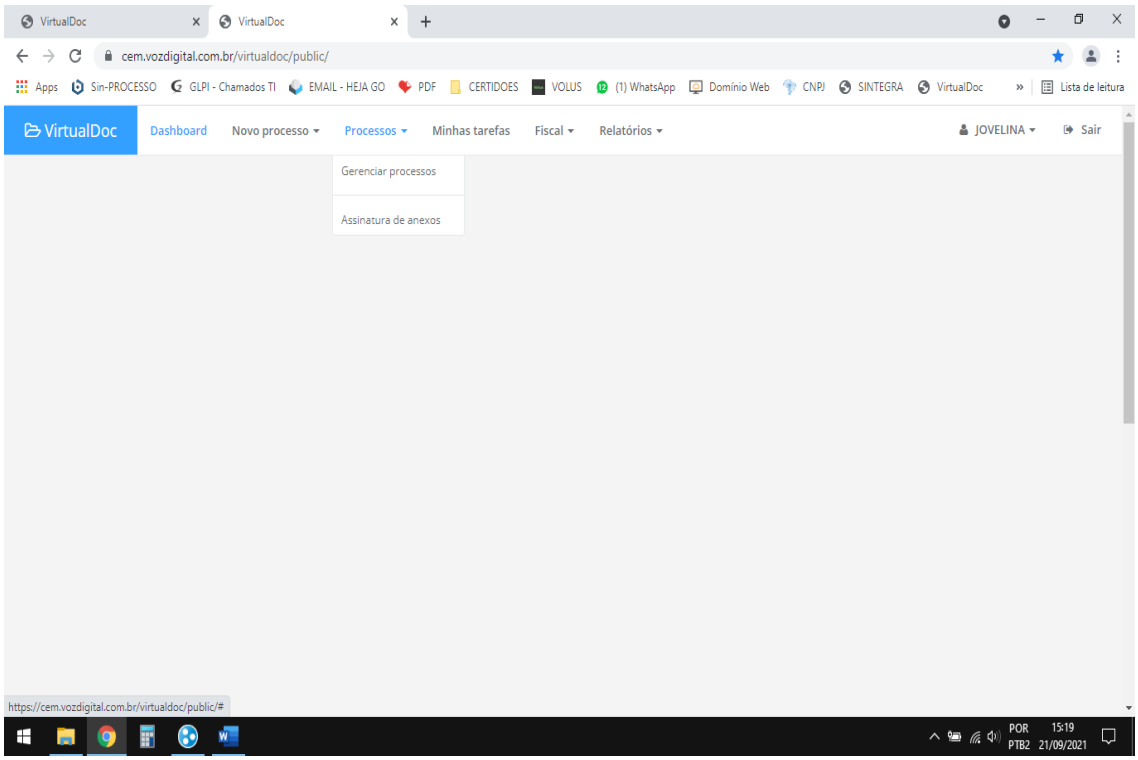
- Inserir senha



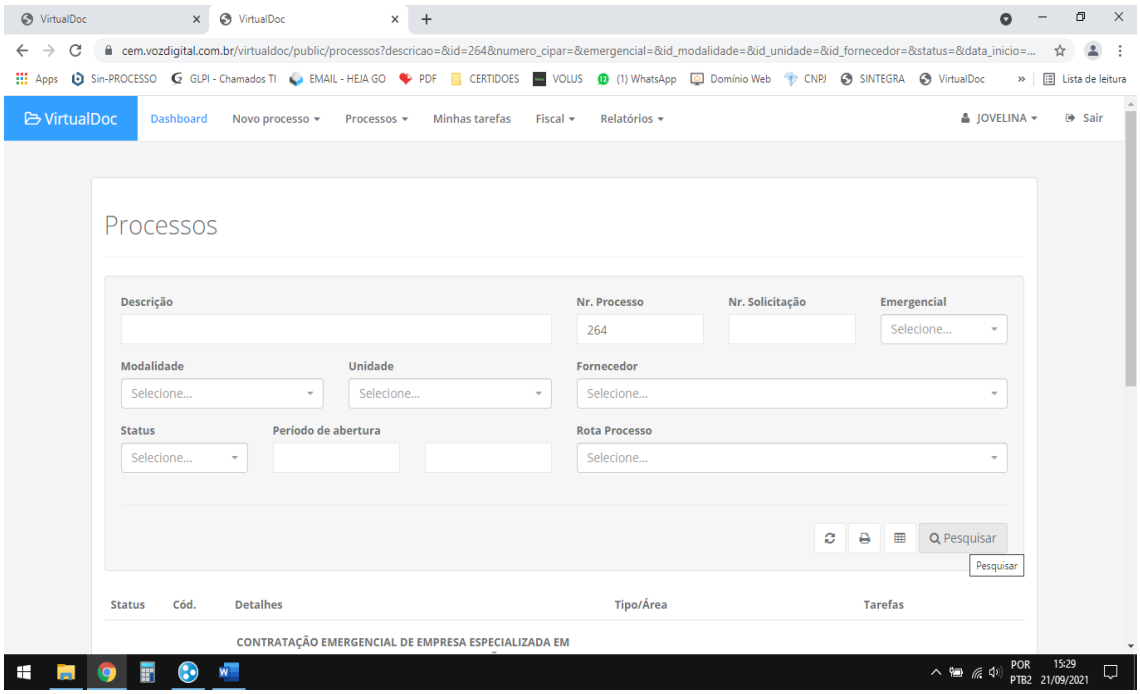
- Clicar em processos



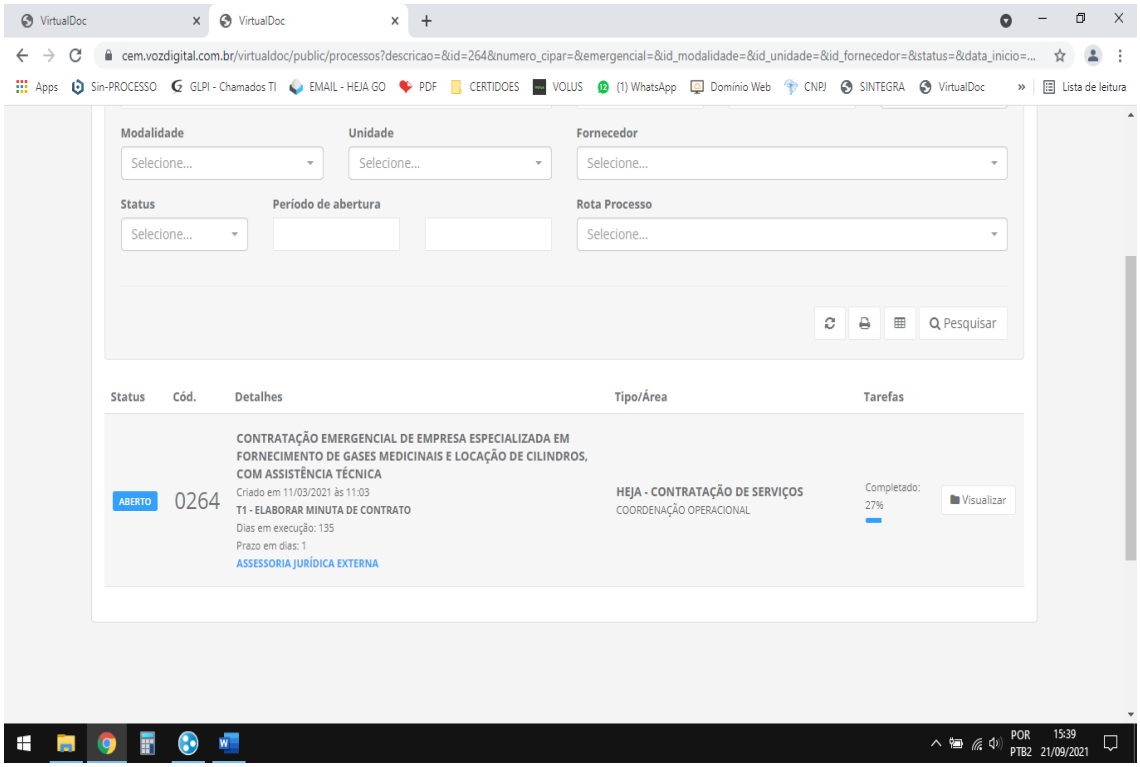
- Gerenciar processos.



- Número do processo Ex: 264 - pesquisar

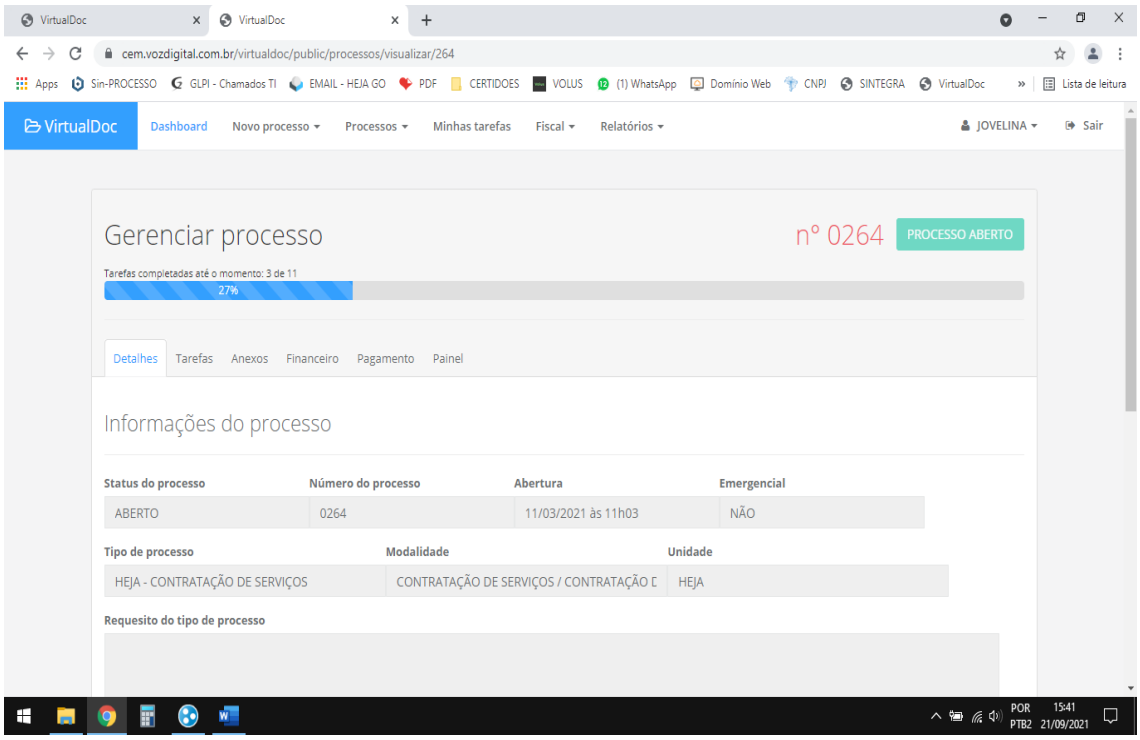


➢ opção pesquisada

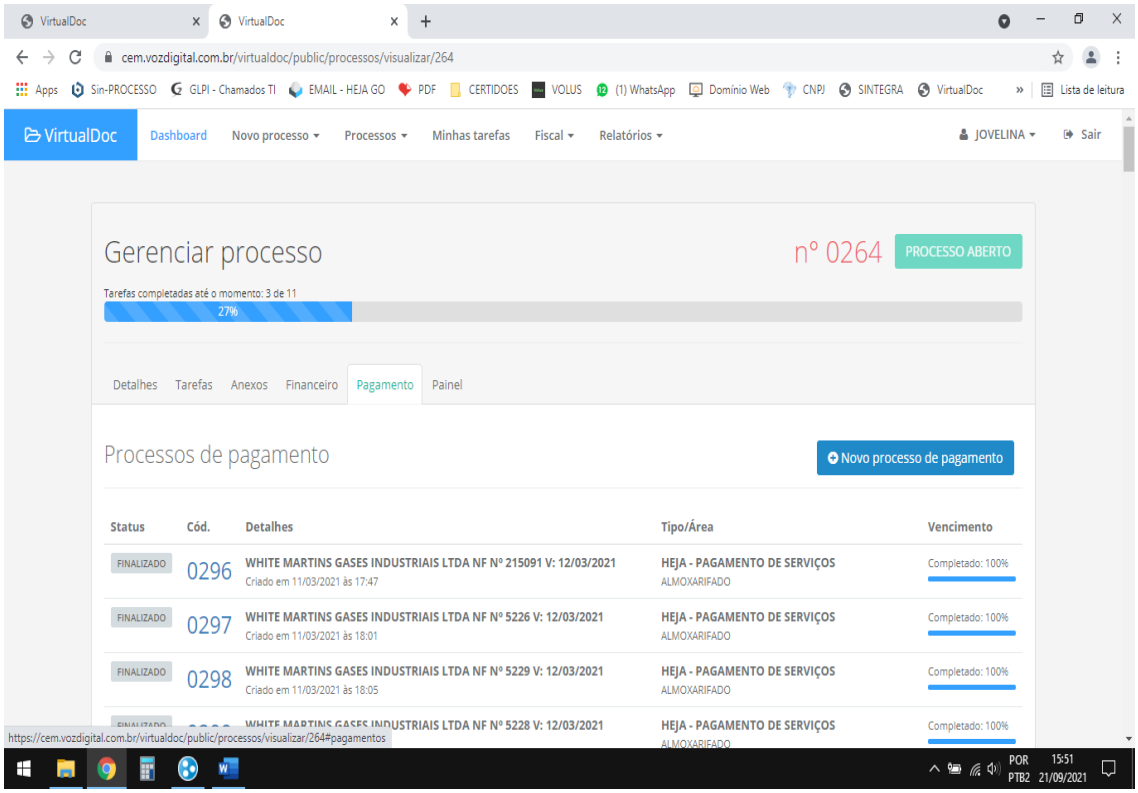


➢ Visualizar

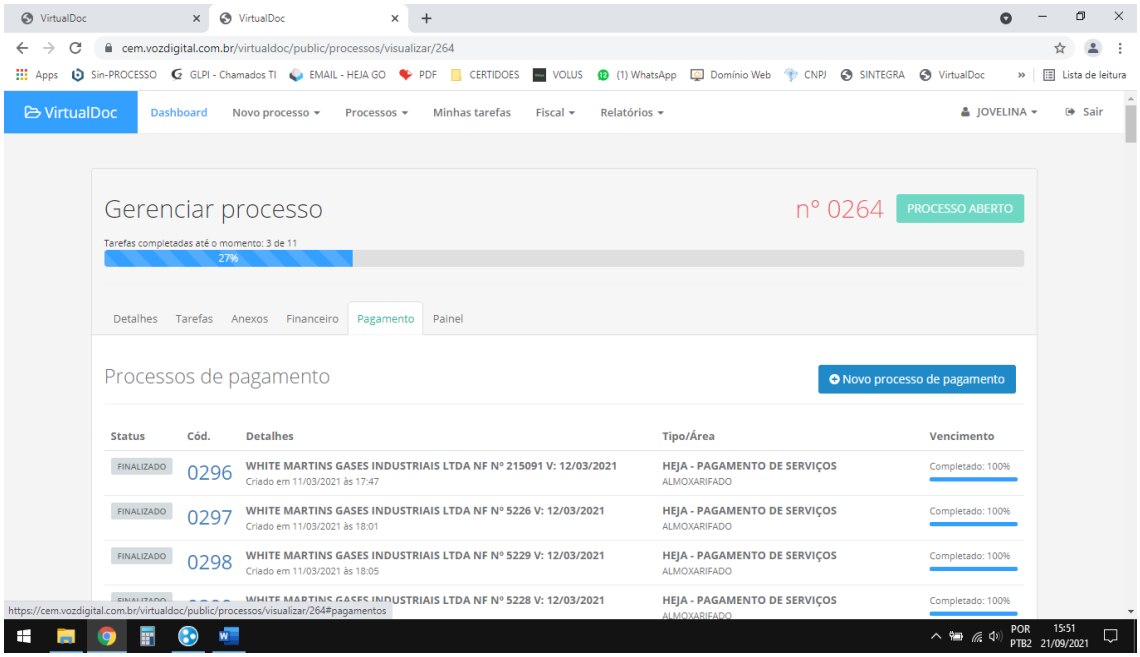
➢ Visualizar


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264
VirtualDoc
Dashboard
Novo processo
Processos
Minhas tarefas
Fiscal
Relatórios
JOVELINA
Sair
Gerenciar processo
nº 0264
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 3 de 11
27%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Informações do processo
Status do processo
Número do processo
Abertura
Emergencial
ABERTO
0264
11/03/2021 às 11h03
NÃO
Tipo de processo
Modalidade
Unidade
HEJA - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS / CONTRATAÇÃO D
HEJA
Requesito do tipo de processo

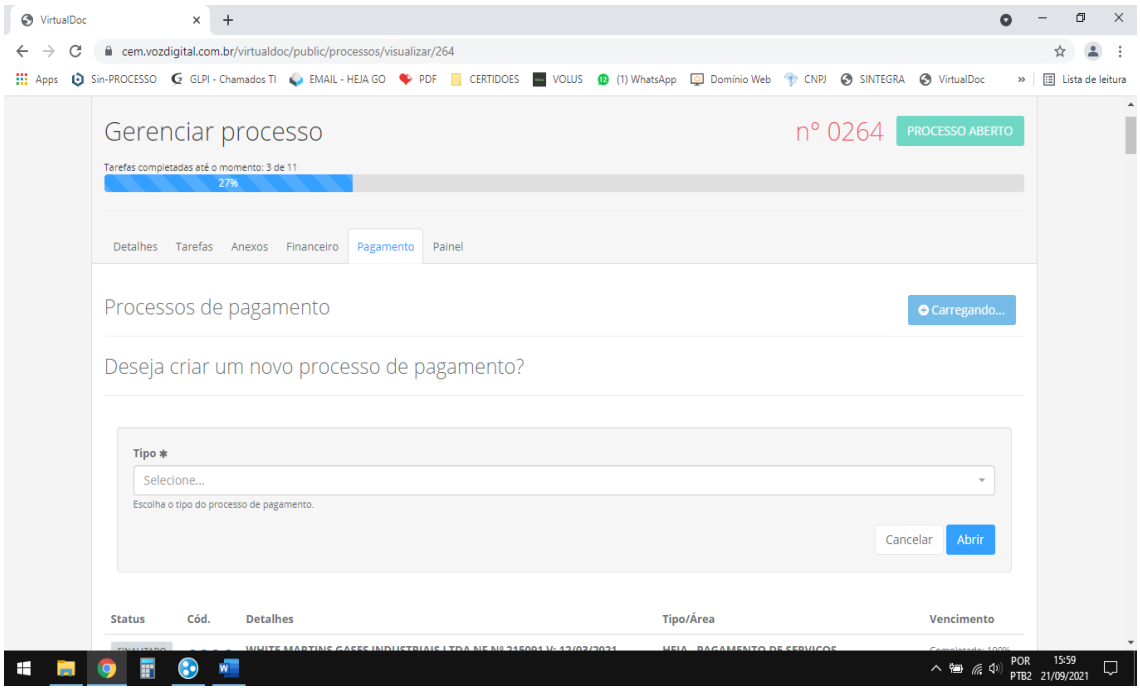
➢ Pagamento


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264
VirtualDoc
Dashboard
Novo processo
Processos
Minhas tarefas
Fiscal
Relatórios
JOVELINA
Sair
Gerenciar processo
nº 0264
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 3 de 11
27%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Processos de pagamento
Novo processo de pagamento
Status
Cód.
Detalhes
Tipo/Área
Vencimento
FINALIZADO
0296
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 215091 V: 12/03/2021
Criado em 11/03/2021 às 17:47
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
ALMOXARIFADO
Completado: 100%
FINALIZADO
0297
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 5226 V: 12/03/2021
Criado em 11/03/2021 às 18:01
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
ALMOXARIFADO
Completado: 100%
FINALIZADO
0298
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 5229 V: 12/03/2021
Criado em 11/03/2021 às 18:05
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
ALMOXARIFADO
Completado: 100%
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA NF Nº 5228 V: 12/03/2021
HEJA - PAGAMENTO DE SERVIÇOS
Completado: 100%
https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264#pagamentos

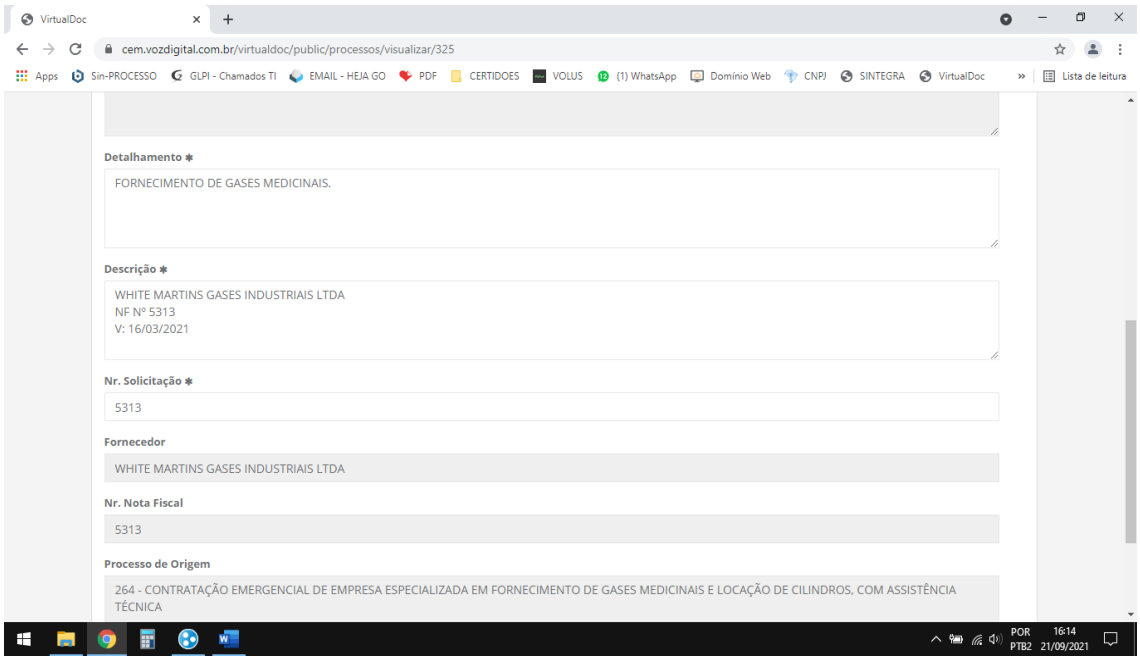
- Novo processo de pagamento



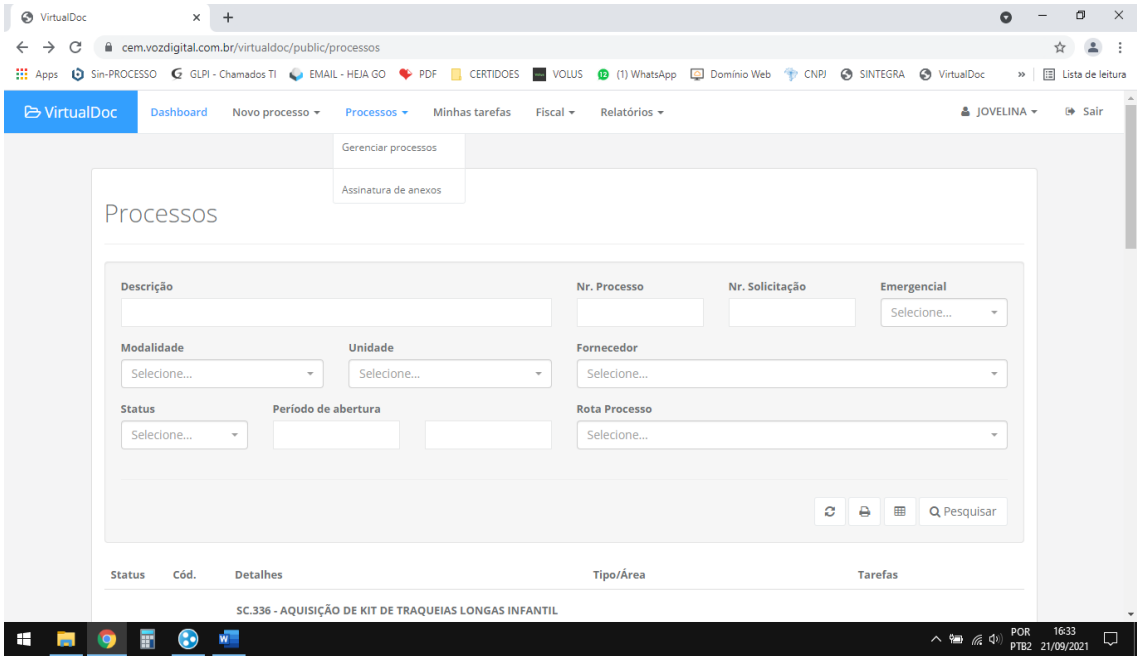
- Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



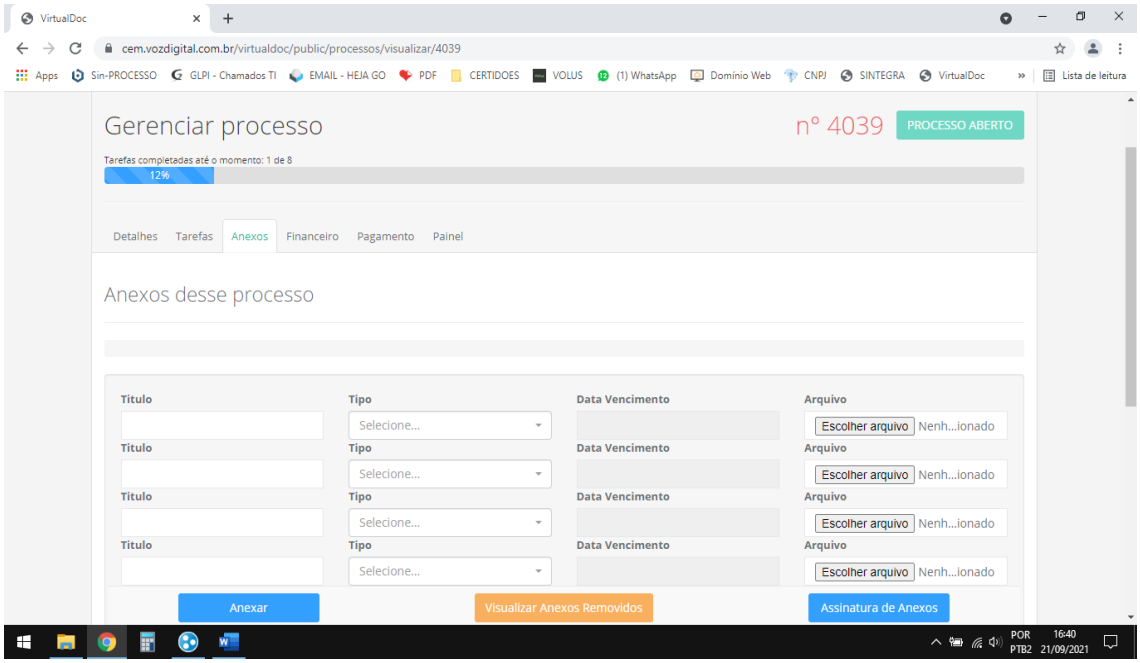
- Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



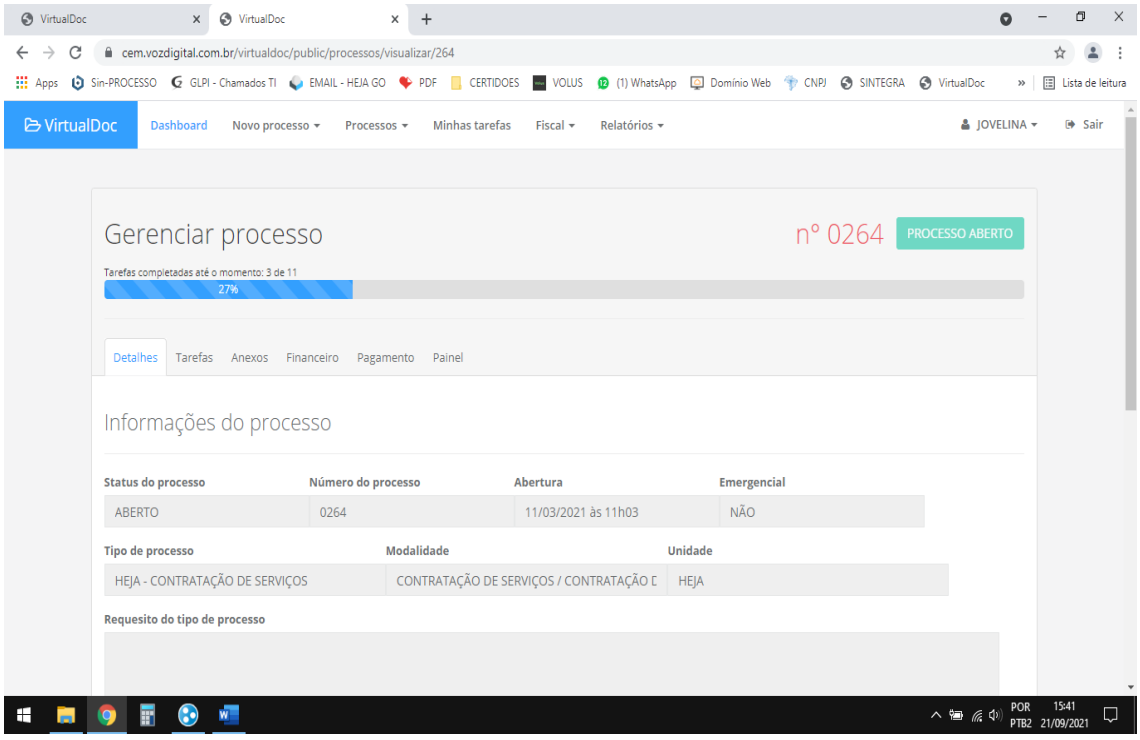
- Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



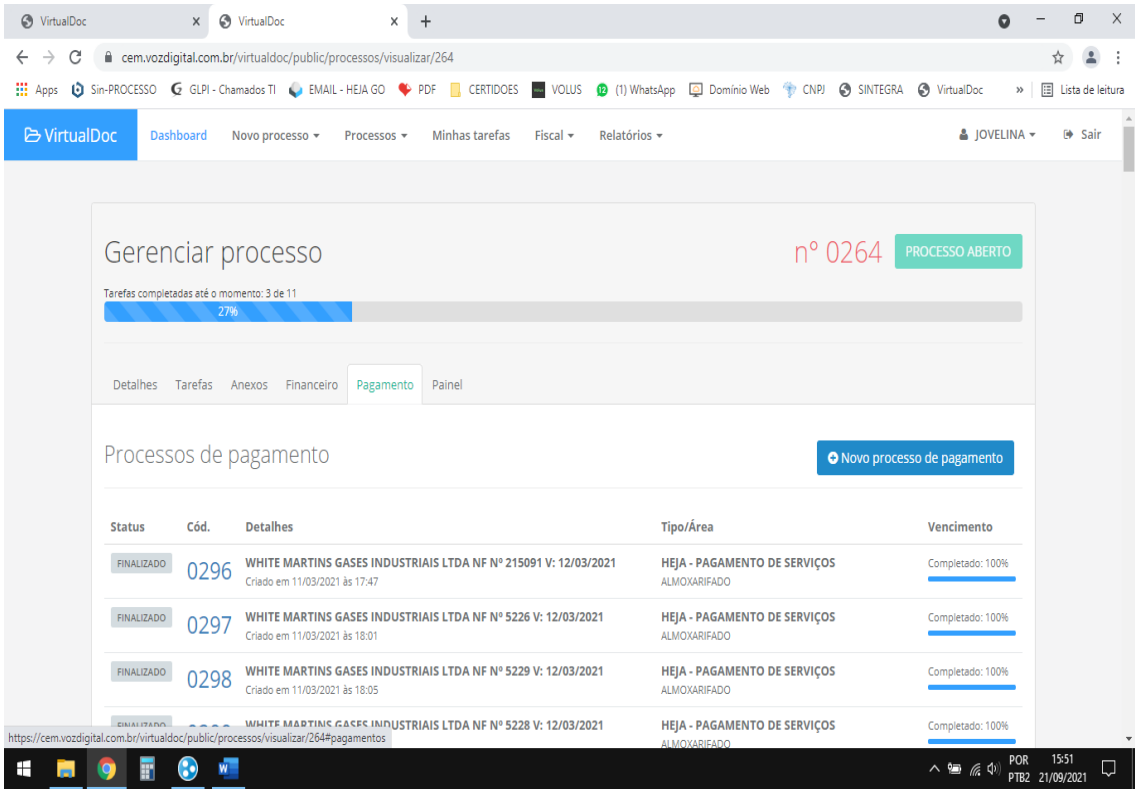
- Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/4039
Gerenciar processo
nº 4039
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 1 de 8
12%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Anexos desse processo
Titulo
Tipo
Data Vencimento
Arquivo
Selecione...
Escolher arquivo
Nenh...ionado
Anexar
Visualizar Anexos Removidos
Assinatura de Anexos

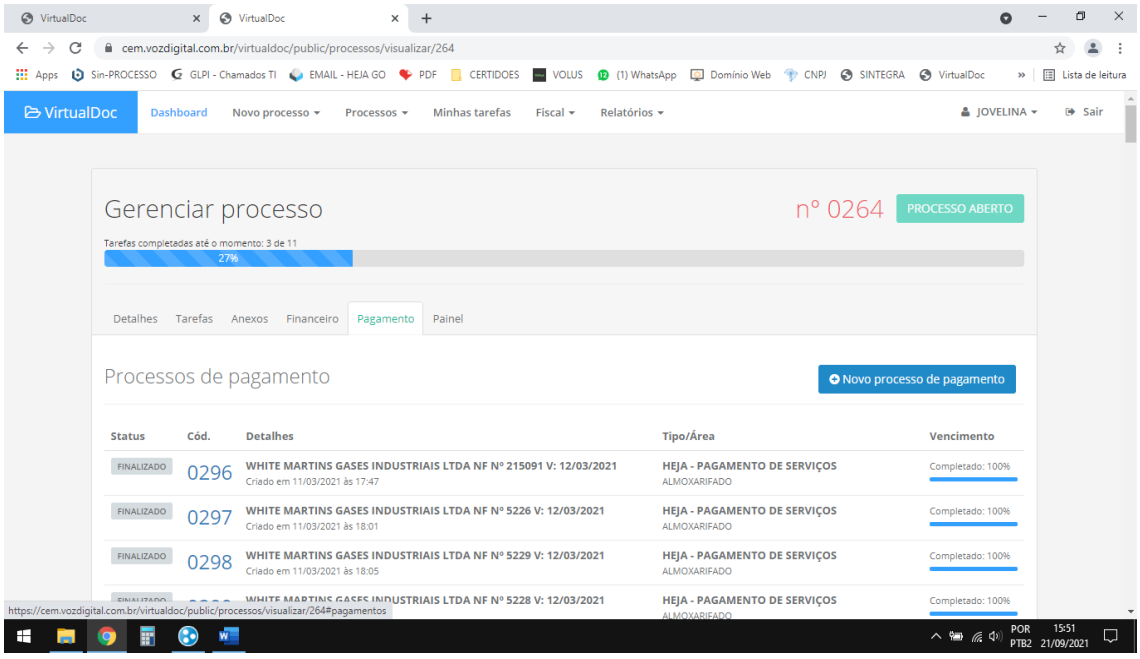
Visualizar


VirtualDoc
cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/processos/visualizar/264
VirtualDoc
Dashboard
Novo processo
Processos
Minhas tarefas
Fiscal
Relatórios
JOVELINA
Sair
Gerenciar processo
nº 0264
PROCESSO ABERTO
Tarefas completadas até o momento: 3 de 11
27%
Detalhes
Tarefas
Anexos
Financeiro
Pagamento
Painel
Informações do processo
Status do processo
Número do processo
Abertura
Emergencial
ABERTO
0264
11/03/2021 às 11h03
NÃO
Tipo de processo
Modalidade
Unidade
HEJA - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS / CONTRATAÇÃO D
HEJA
Requesito do tipo de processo

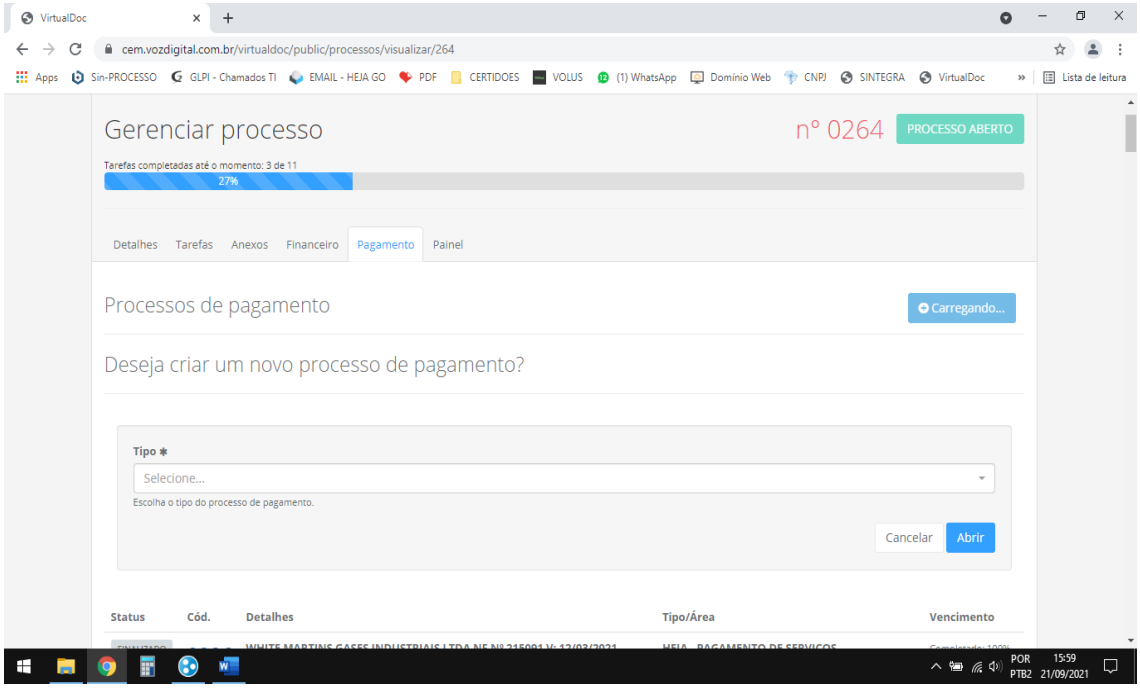
- Pagamento



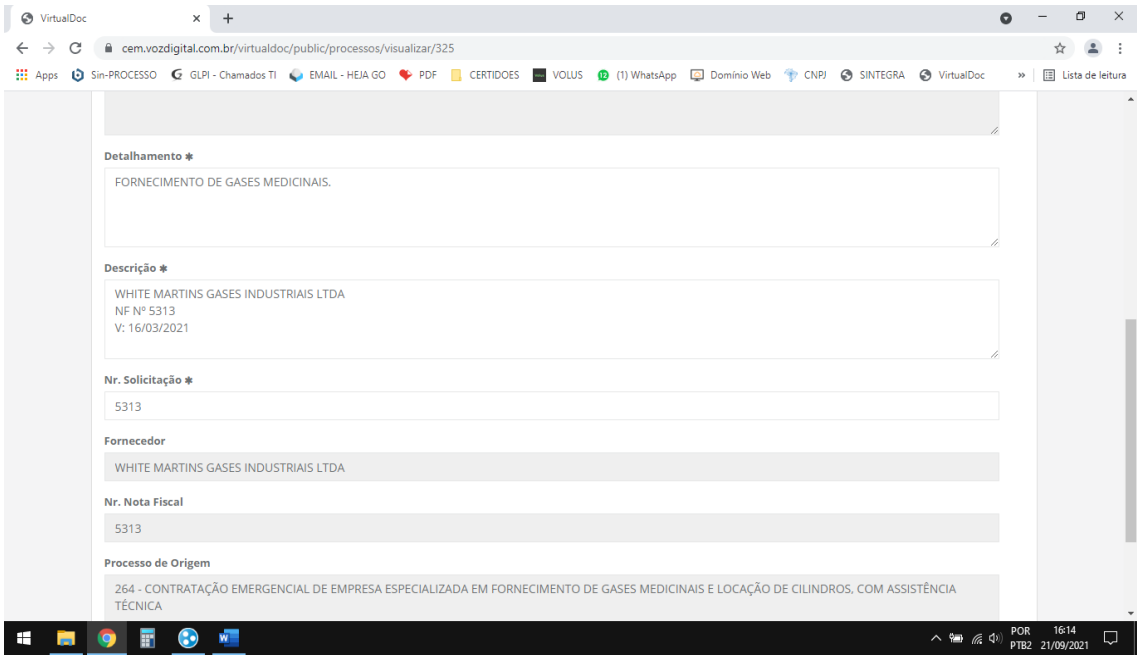
- Novo processo de pagamento



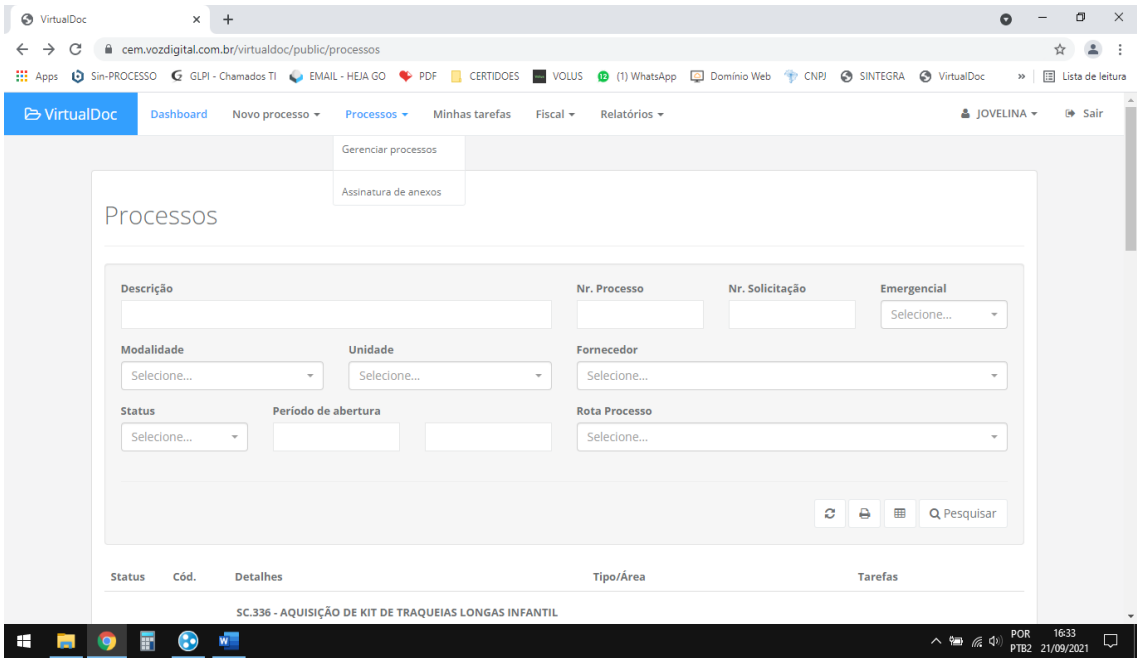
- Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



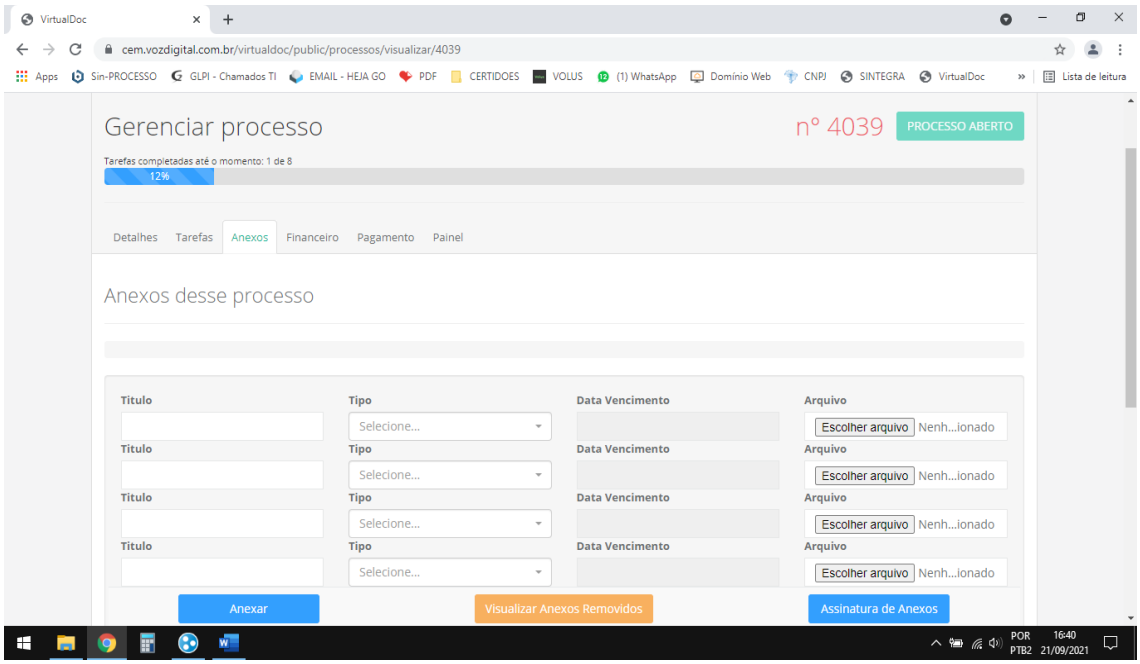
- Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



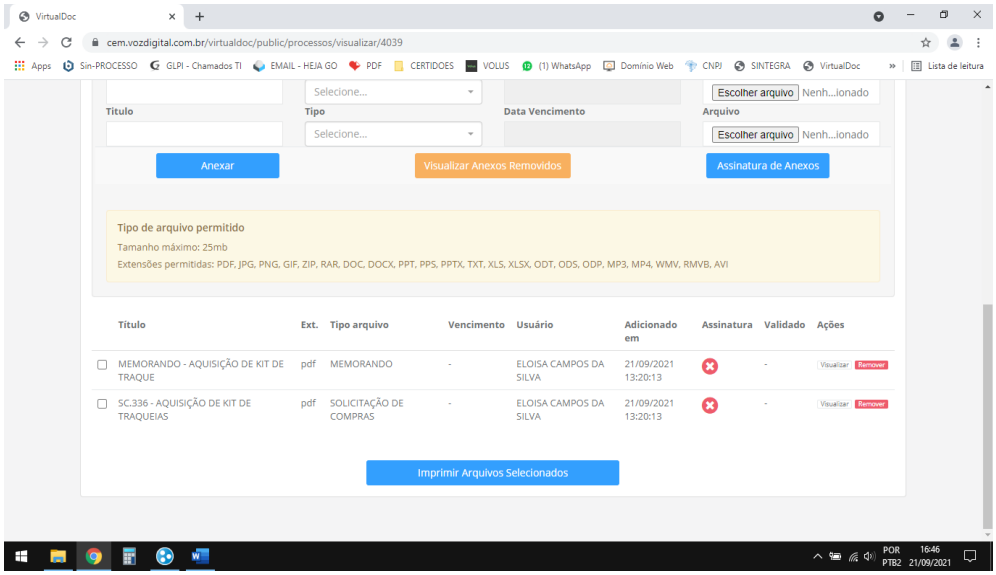
- Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



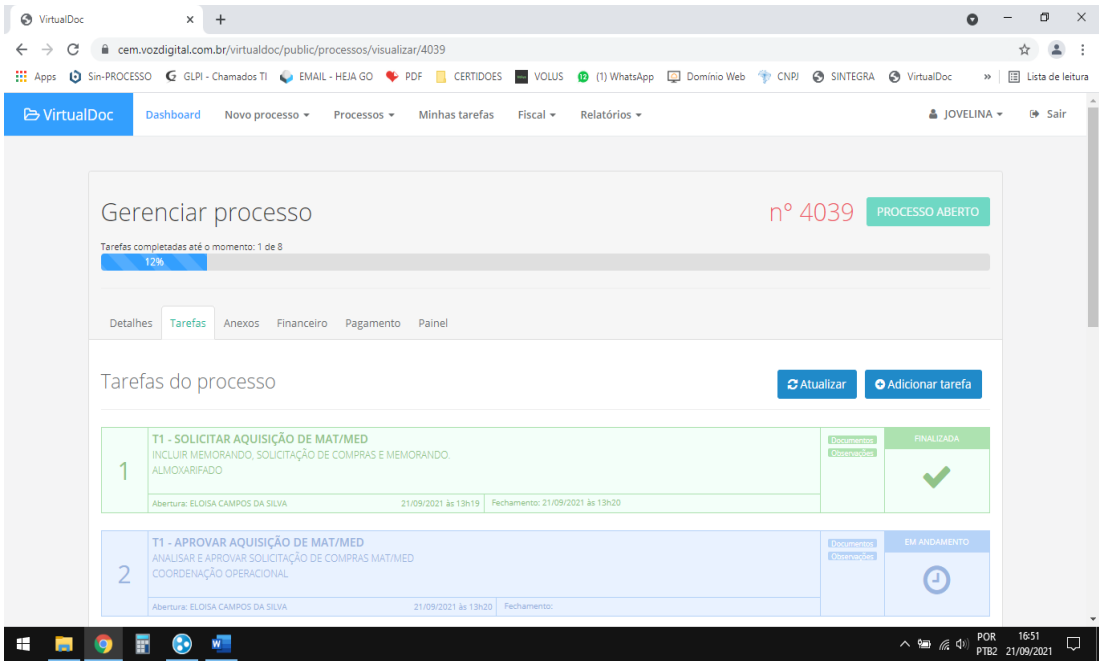
- Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões



. Clicar em Anexar->assinaturas de anexo->assinar - Conferido-assinado tudo correto prosseguir.



- Clicar em tarefas->iniciar execução->finalizar execução – processo concluído.



5.2.3 Manual Do Almoxarifado

1.1 Recebimento

Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais; Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos; Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;

- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreende quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência
- quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

1.1.1 Entrada de Materiais

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;

- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

1.1.2 Conferência Quantitativa

1) a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

1.1.3 Conferência Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios

específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

1.1.4 Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra;
- Catálogos
- Técnicos;
- Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

1.2 Armazenagem

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- ✓ Verificação das condições de recebimento do material; Identificação do material;
- ✓ Guarda na localização adotada;
- ✓ Informação da localização física de guarda;
- ✓ Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento; Separação para distribuição.
- ✓ Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:
- ✓ Máxima utilização do espaço;
- ✓ Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos); Pronto acesso a todos os itens;
- ✓ Máxima proteção aos itens estocados;
- ✓ Boa organização;
- ✓ Satisfação das necessidades dos clientes.
- ✓ No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:
- ✓ Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- ✓ Corredores (facilidades de acesso); Portas de acesso (altura, largura);
- ✓ Prateleiras e estruturas (altura e peso); Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

1.3 Distribuição

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos de uma empresa, normalmente, se faz por meio de requisição específica.

2 LEGISLAÇÃO

A administração de Almoxarifados de órgãos públicos federais é regida pela Instrução Normativa Nº. 205 de 08 de abril de 1988 que tem como objetivo racionalizar, com minimização de custos, o uso de material através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades. Para tal considera-se material como sendo uma designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

3 ALMOXARIFADO CEM

Os espaços destinados à guarda e conservação dos materiais visam atender as normas de segurança bem como a legislação federal que rege sobre a administração de Almoxarifado de órgãos públicos, garantindo assim que as instalações estejam adequadas para movimentação dos materiais, assim sendo, adota procedimentos que visam assegurar o atendimento ideal às demandas da Universidade.

Tendo como o principal objetivo deste Manual a documentação dos procedimentos realizados pela Divisão de Almoxarifado, seguem as rotinas detalhadas adotadas atualmente pelo Almoxarifado da CEM.

3.1 Recebimento e Aceitação

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas.

São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos:

Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura;

Termo de Cessão, Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta; Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;

Guia de Produção.

Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor.

Observando-se que, quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado pelo recebimento ou o Almoxarife, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega.

3.1.1 Rotina para Recebimento de Materiais

A empresa transportadora deve aguardar sua vez para o atendimento do recebedor devendo este:

- ✓ Retirar a Nota de Empenho e conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor. Receber o material apenas se o valor da Nota Fiscal for igual ou menor do que o valor total da Nota de Empenho. Atentar-se com relação ao tipo de empenho: Ordinário ou Global. Quando ordinário, a entrega é feita na sua totalidade, se global, a entrega pode ser parcial.
- ✓ O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material.
- ✓ O recebedor deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo do frete. (Como o frete não é “a pagar”, não é deixada nenhuma via do recibo do frete, sendo viável anotar a transportadora que realizou o serviço).
- ✓ No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização.

- ✓ Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve escrever ou carimbar no canhoto da Nota Fiscal: Recebido..... volumes sujeito à conferência.
- ✓ Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almoxarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto

- ✓ Natureza da Operação, muitas vezes caracterizada “Simples Remessa”. Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.

O Fluxograma 1 a seguir representa as etapas descritas anteriormente.

1. Início
2. Almoxarife recebe uma via da Nota de Empenho
3. Almoxarife lança a Nota de Empenho para controle
4. Nota de Empenho arquivada até o Recebimento
5. No recebimento, confere Nota Fiscal com Nota de Empenho
6. Há Divergencia?
7. Se SIM há divergencia

   7.1. Entrar em contato com o fornecedor para averiguação

   7.2. Recusa recebimento

   7.3. FIM
8. Se NÃO há divergência

   8.1. Receber o material e conferir embalagem e quantidade

   8.2. Finalizar o recebimento assinando o canhoto da Nota Fiscal ou equivalente

   8.3. FIM

3.1.2 Rotina para Aceitação de Materiais

Finalizado o recebimento do material, o Almoxarife providenciará a conferência do mesmo conforme descrito abaixo e representado pelo Fluxograma 2:

1. O Almoxarife deve identificar e solicitar ao responsável pelo material ou equipamento que realize a conferência.

2. Quando o material é caracterizado como sendo de “consumo”, o responsável deve retirá-lo, mediante assinatura em protocolo específico ou similar. Quando for um bem considerado “permanente”, sendo necessário identificá-lo junto à Divisão de Patrimônio, o Almoxarife deve providenciar o formulário denominado “Conferência Técnica” (Figura 1).

3. Após a devida conferência do material, o Almoxarife deve dar entrada em sistema informatizado, próprio da UTFPR, do referido bem e encaminhar a Nota Fiscal para pagamento, quando material de consumo, ou encaminhar o processo de compra para a Divisão de Patrimônio, quando bem permanente.

4. Se constatado alguma irregularidade no material recebido durante sua conferência, o Almoxarife deve providenciar junto ao fornecedor sua resolução, estando o responsável pelo material ciente deste processo. Em caso de devolução, o Almoxarife deve preencher a “Nota de Simples Remessa / Devolução” e providenciar, em comum acordo com o fornecedor, o meio mais eficiente para devolução do material. Esta Nota de Simples Remessa poderá também ser utilizada para envio de outros materiais.

CONFERÊNCIA TÉCNICA

O pagamento a empresa discriminada abaixo somente será efetuado após a entrega deste documento junto a Divisão de Patrimônio (*Devolver com Urgência*).

Requisitante:	Setor:
Material:	Quantidade:

Data da Emissão: _____/_____/_____

Foram conferidas as mercadorias constantes no Empenho Nº. _____ de ***20***___ de acordo com a Nota Fiscal Nº. _____ da Empresa _____, os quais se encontram:

( ) de acordo com as especificações técnicas solicitadas, bem como em condições normais de funcionamento.

( ) em desacordo com especificações técnicas solicitadas pelo motivo a seguir:

_____

_____

_____

_____

_____

Preencher o quadro abaixo após o Laudo Técnico

Conferido por:	
Setor:	_____ Assinatura
Data: _____/_____/_____	
Responsável Patrimonial:	Sala:

Figura 1: Conferência Técnica

Nome / Razão Social:			CNPJ:
Endereço:	Bairro:		Inscrição Estadual:
Município:	UF:	CEP:	Fone/Fax:

Dados do Produto

Item	Descrição do Material	Unidade	Qtde	Valor Unitário	Valor Total
				TOTAL	

Dados Adicionais / Observações

Expedição / Recebimento

Expedido por: Nome: _____ Setor: _____ Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____	Recebido por: Nome: _____ Documento (RG): _____ Data: _____/_____/_____ Qtde. Volumes:_____ Transportadora: _____ Assinatura: _____

3.2 Protocolo e Nota Fiscal

De acordo com o Item 3 da Instrução Normativa Nº. 205 de 08/04/1988, toda entrega de material adquirido por um órgão público deve ser realizada no Almoxarifado, salvo quando o mesmo não possa ou não deva ser ali estocado ou recebido, entretanto, qualquer que seja o local de recebimento, o registro de entrada do material será sempre no Almoxarifado.

O primeiro registro de entrada de um material se faz por meio de protocolo, que será utilizado também para conferência do material e envio da Nota Fiscal para pagamento. Neste protocolo são preenchidos os dados abaixo:

- ✓ Data de chegada do material;
- ✓ Número do empenho ou similar;
- ✓ Número da Nota Fiscal ou
- ✓ similar; Nome do Fornecedor;

- ✓ Valor da Nota Fiscal ou similar;
- ✓ Data de emissão da Nota Fiscal ou similar;
- ✓ Descrição sucinta do material recebido;
- ✓ Data da conferência e/ou entrega;
- ✓ Assinatura do conferente;
- ✓ Data de envio da Nota Fiscal;
- ✓ Nome do Setor/Departamento que recebeu a Nota
- ✓ Fiscal; Assinatura do recebedor da Nota Fiscal.

Após a conferência do material e este estando de acordo com as especificações e quantidades adquiridas, será realizado o lançamento da Nota Fiscal em sistema informatizado próprio da UTFPR de acordo com a Nota de Empenho. Após o lançamento, o Almoxarife carimba a Nota Fiscal dando seu acordo para pagamento e, por fim, envia ao setor competente.

Em alguns casos, o Almoxarife pode constatar algumas divergências da Nota Fiscal com a Nota de Empenho, sendo assim, será necessário entrar em contato com o fornecedor para proceder com a correção das irregularidades ora encontradas.

3.3 Aquisições de Materiais para o Estoque

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque. O Almoxarife efetua o pedido ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades dos setores requisitantes até a compra de nova remessa.

Tradicionalmente, a aquisição de materiais para o Almoxarifado se faz a cada início de ano com previsão de consumo para 12 (doze) meses. Para tanto, o Almoxarife pesquisa a saída de materiais durante o período de um ano e requisita a quantidade necessária para atender por mais um ano, sempre observando o disposto no Item 2.5 da Instrução Normativa Nº. 205 de 08/04/1988 onde diz que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso, também daqueles propensos ao obsoletismo.

Para a aquisição de materiais, se faz necessário o levantamento de, no mínimo, três orçamentos. Com os valores fornecidos pelas empresas, calcula-se a média e faz a requisição de compra em sistema informatizado, a qual deve ser enviada, anexa aos orçamentos, à Divisão de Compras

3.4 Requisições de Material

Os materiais de uso comum a diversos setores da Instituição são mantidos em estoque, sendo assim, o Almoxarifado possui atualmente mais de 150 itens em seu estoque cuja relação está disponível para consulta na internet na página da CEM. Estes materiais são entregues mediante requisição própria assinada por um servidor previamente cadastrado no sistema informatizado do Almoxarifado.

Para que um servidor possa requisitar um material em estoque é necessária a sua liberação para uso do sistema, tal liberação se dá por meio do preenchimento do Cartão de. Por meio desta solicitação, o Almoxarife inclui o servidor na lista de pessoas autorizadas a retirar os materiais em estoque.

Após o preenchimento e impressão da requisição, o servidor poderá se deslocar até ao Almoxarifado, onde o Almoxarife entregará os materiais solicitados e fará a baixa da referida requisição.

3.5 Balanços Mensais do Movimento de Estoque

Com o objetivo de conferir e compatibilizar o saldo das contas dos materiais disponíveis no estoque do Almoxarifado com os registros contábeis, no início de cada mês, o Almoxarife providencia junto ao sistema o relatório “Balancete por Saldo” relatório é encaminhado para o Departamento Financeiro e Contábil.

Todos os relatórios deverão ser assinados pelo Almoxarife e Contador. Após a conferência dos relatórios, uma das vias é devolvida ao Almoxarifado para arquivamento, de forma a facilitar sua consulta quando necessário.

3.6 Inventários e Tomada de Contas do Almoxarifado

Os necessários controles dos materiais em estoque no Almoxarifado serão feitos por meio de inventários que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes de acordo com os relatórios processados pelo sistema eletrônico do Almoxarifado.

De acordo com o Artigo 88 do Decreto-Lei Nº. 200 de 25/02/1967, os estoques serão obrigatoriamente contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis objetivando verificar se os procedimentos estão de acordo com as disposições legais que a regulamentam. Portanto, a Tomada de Contas do Almoxarife tem por finalidade:

- ✓ Relacionar e especificar detalhadamente o material existente em estoque;
- ✓ Apurar o material em estoque para fins de transferência de responsabilidade;

- ✓ Analisar os documentos que controlam as atividades de entrada e saída dos materiais; Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- ✓ Avaliar a disposição física dos materiais a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;
- ✓ Analisar o funcionamento sistemático do Almoxarifado como um todo a fim de verificar se o seu gerenciamento está se procedendo de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- ✓ Apurar o material em estoque para fins de encerramento quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades.
- ✓ A Tomada de Contas do Almoxarifado pode ocorrer:
- ✓ No final de exercício: elaborado no mês de dezembro de cada ano;
- ✓ Na passagem de responsabilidade: quando houver mudança de responsável pelo Almoxarifado;
- ✓ No encerramento: quando o órgão for extinto ou transferido.

Todos os trabalhos inerentes à Tomada de Contas devem ser efetuados por meio de uma Comissão específica composta de, no mínimo, três pessoas diferentes das que trabalham no Almoxarifado.

- ✓ Compõe o processo de Tomada de Contas do Almoxarifado:
- ✓ Portaria de nomeação da Comissão;
- ✓ Relatórios de saldos e movimentações de materiais do estoque; Termo de Conferência;
- ✓ Encaminhamentos;
- ✓ Despacho do Diretor Geral do CEM.

5.2.3.1 Fluxo – Almoxarifado

O fluxograma da rotina de sistemas utilizados no setor de almoxarifado da cada unidade.

Após o recebimento e conferência da mercadoria é realizado a entrada no sistema SOUL MV para

realização de consumo na unidade.

Iniciamos esta entrada com os seguintes passos:

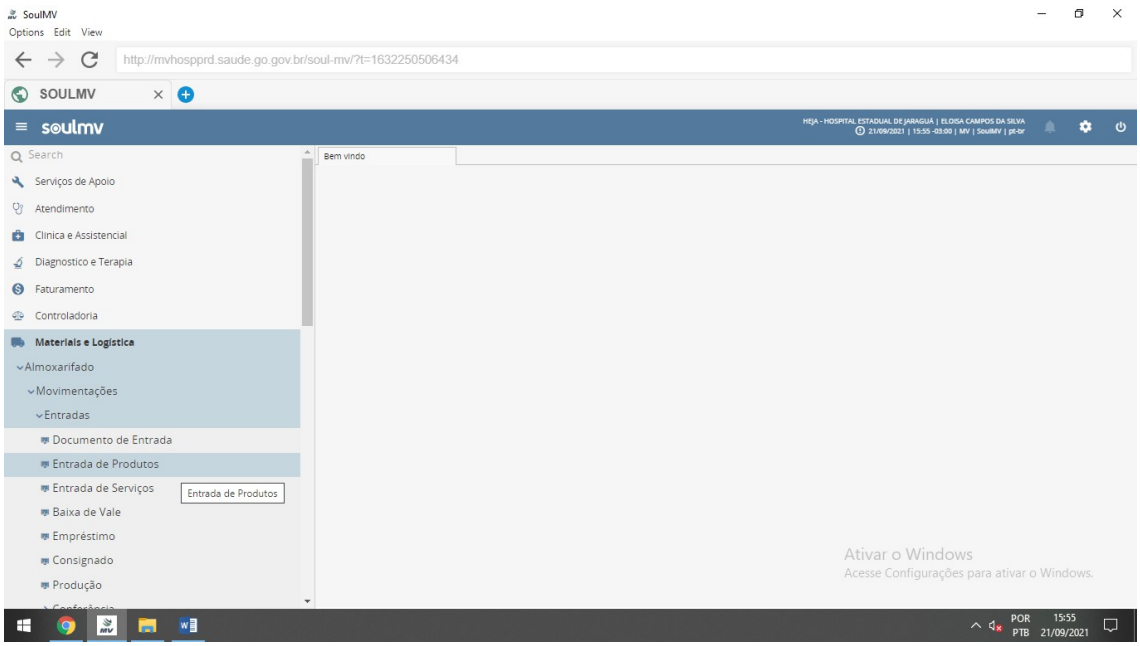
Materiais e Logística (Caminhãozinho);

Almoxarifado;

Movimentações:

Entradas:

Entradas de Produtos;



É aberto uma nova aba onde iremos adicionar os dados da nota fiscal:

Ordem de compra;

Tipo de documento;

Chave de acessi Danfe;

Estoque;

Número de Documento;

Número de Série;

Fornecedor;

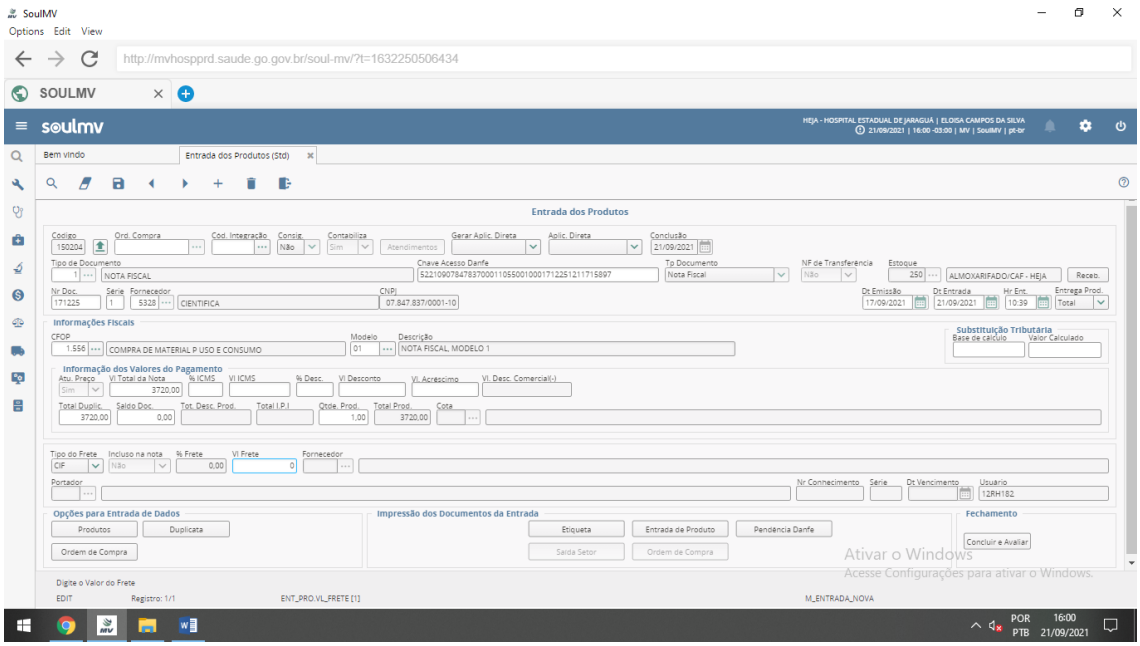
Data de emissão da nota fiscal;

Data da entrada da nota fiscal;

CFOP (Códiogo Fiscal de Operação e Prestações);

Modelo de documento;

Valor da nota;



Só após todos estes dados adicionados é clicado na aba **Produtos** para lançamento dos itens que compoem a nota. Nesta aba é necessário os seguintes pontos:

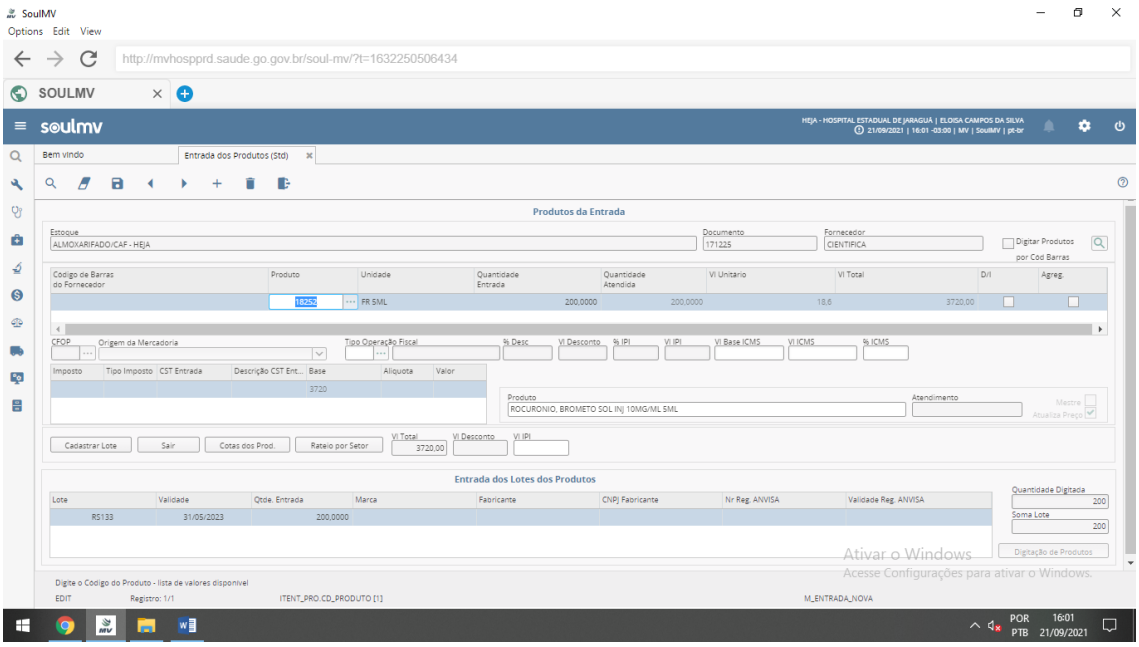
Descrição do produto;

Quantidade;

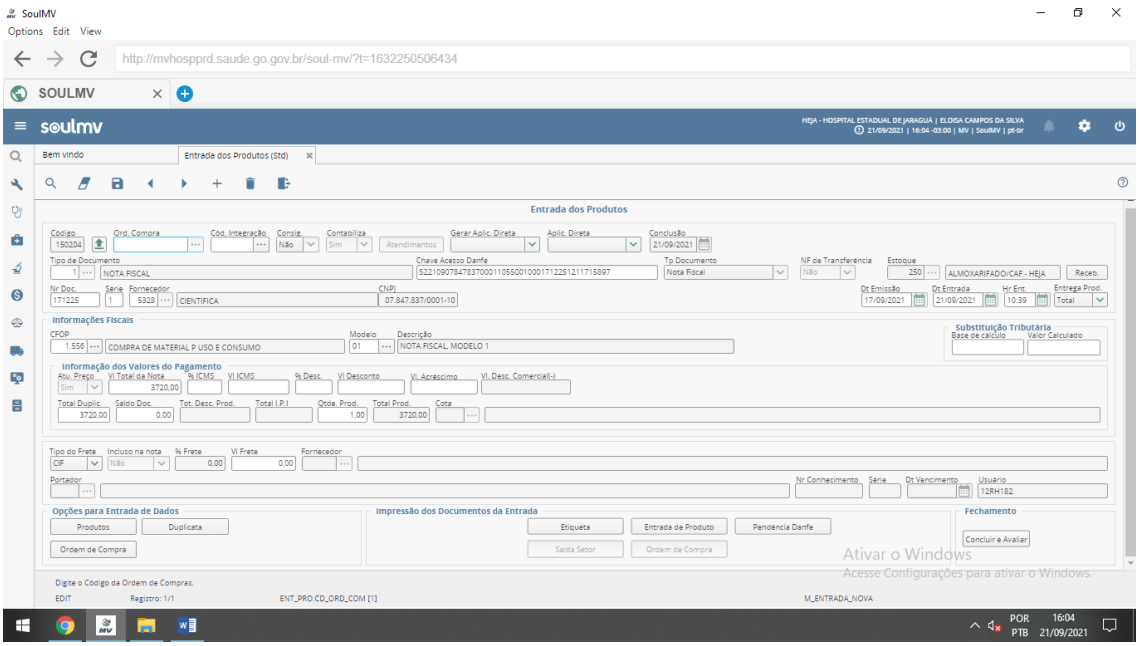
Valor unitário;

Valor total;

Clicar na aba **Cadastrar Lote** (caso haja).



Depois de todos os itens lançados clicar na aba **Sair** que retornará a tela principal e fazer o lançamento da **Duplicata:**

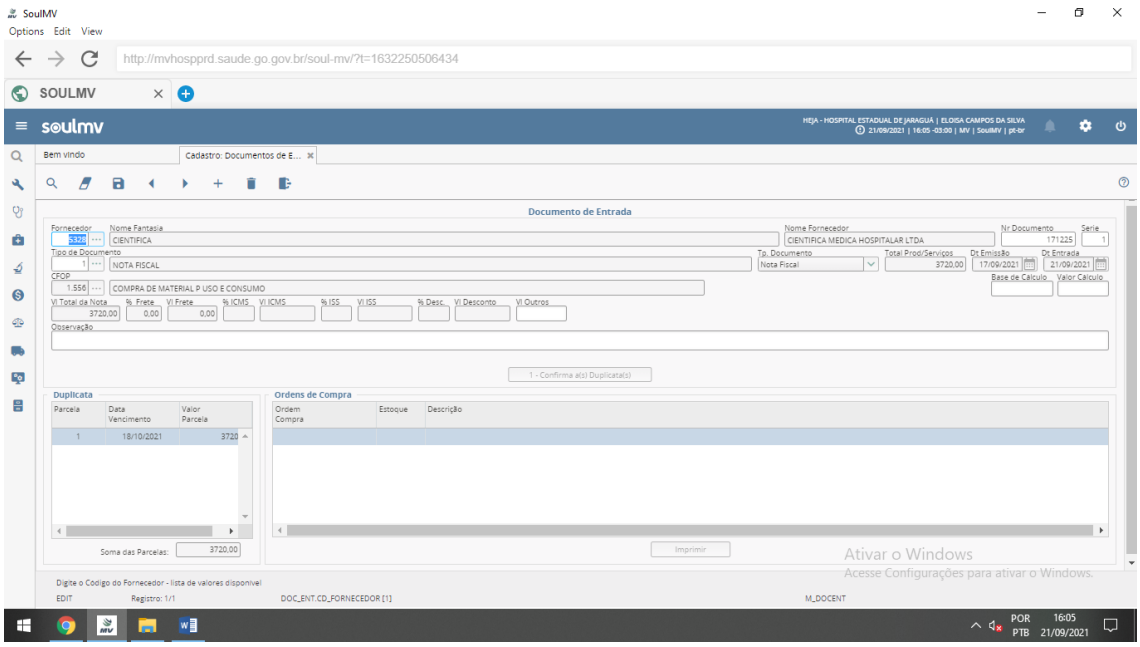


Nesta aba é necessário a inserção de:

Quantas parcelas;

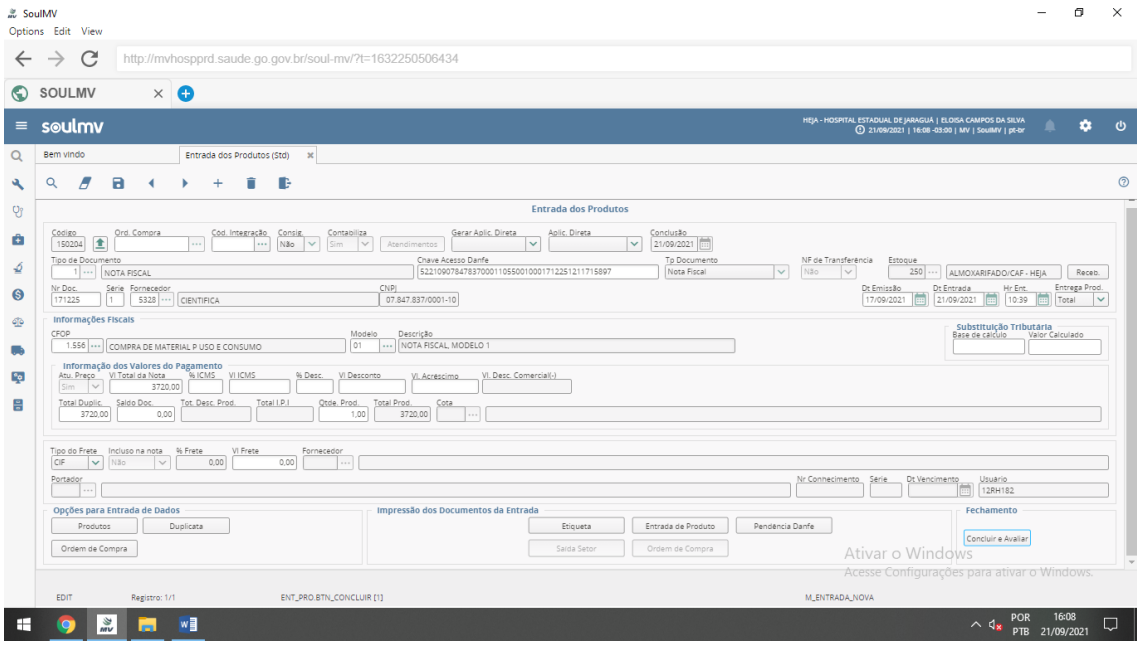
Data de vencimento;

Valor da parcela;



Depois clica na aba sair para finalização da entrada.

Por fim, é necessário a finalização e avaliação do fornecedor na aba principal:



A partir daí todos os itens presentes naquela nota já se encontra no sistema para movimentação e consumo.

5.2.4 Protocolo De Rotinas Administrativas Para Almoxarifado E Patrimônio

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº	Cópia Controlada
ALMOXARIFADO	Data:	POP.QUA.001

1. OBJETIVO

O Almoxarifado é o local destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura hospitalar da Policlínica. Sendo assim, o Almoxarifado tem como suas principais funções: Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Termo de Transferência, Termo de Empréstimo e Nota Fiscal) ou equivalentes; Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque; Registrar em Sistema de Gestão - ERP as notas fiscais dos materiais recebidos/adquiridos e encaminhar a Diretoria Administrativa para o envio ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento; Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras; Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados; Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados; Viabilizar o inventário semestral dos materiais estocados; Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente; Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente; Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo; Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados; Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição. Normatizar os procedimentos de entrada e saída de insumos/materiais adquiridos pela Policlínica; Garantir recebimentos dos materiais no que se refere à quantidade, qualidade e prazo de vencimento; Normatizar o acesso de pessoas no setor de almoxarifado; Assegurar de forma atualizada a quantidade e periodicidade dos materiais estocados (sistema de estoques máximos e mínimos); Garantir a integridade dos materiais armazenados, quanto à conservação, qualidade e limpeza dos produtos estocados; Suprir a demanda da Policlínica em todos os seus setores/departamentos, conforme a disponibilidade de estoque e prioridade.

2. REFERÊNCIA

A administração de Almoxarifados de órgãos públicos federais é regida pela Instrução Normativa Nº. 205 de 08 de abril de 1988 que tem como objetivo racionalizar, com minimização de custos, o uso de material através de técnicas modernas que atualizam e enriquecem essa gestão com as desejáveis condições de operacionalidade, no emprego do material nas diversas atividades. Para tal considera-se material como sendo uma designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos setores da Unidade de saúde.	Responsáveis Técnicos, Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sistema de Gestão - ERP;

Sites para pesquisa de mercado;

Materiais de Papelaria e Escritório;

Computador;

Acesso a chamadas externas via telefone;

Impressora e

Sala com refrigeração.

6. DEFINIÇÕES

INSTITUTO CEM – Instituto CEM

SISTEMA DE GESTÃO - ERP: Sistema gerenciador administrativo e assistencial da Policlínica

ALM – ALMOXARIFADO.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES

O levantamento de necessidade de aquisição é setorizado por áreas:

* Aquisição de materiais administrativos;

* Insumos,

* Bens patrimoniais,

* Higienização e limpeza,

* Papelaria e escritório,

* Insumos radiológicos,

* Insumos químicos,

* Materiais de proteção individual,

* Produtos descartáveis,

* Insumos Hospitalares utilizados na Assistência,

* Materiais de Informática,

* Impressos,

dentre outros fornecidos pelo setor de almoxarifado, registrado no sistema, no ícone Suprimentos e utilitários.

Código 094

É feito o levantamento de necessidades de aquisição bem como a guarda e gerenciamentos dos produtos de acordo com a competência.

O levantamento é realizado a partir da consulta no Sistema de Gestão - ERP no módulo ESTOQUE – RELATÓRIOS- SUGESTÃO DE COMPRAS onde será aberta a janela:

1-) comprar o equivalente a, que deverá ser preenchida com: 1.6

2-) No campo Quantidade atual originário dos estoques deverá ser preenchido com o número 00094, que corresponde ao setor em questão.

3-) Logo após deverá ser clicado em CÓDIGO/PRODUTO, onde aparecerão todos os itens para fazer o filtro da relação de materiais a serem adquiridos, selecionando-

os todos e clicando em OK em seguida.

4-) Clicar em imprimir, logo após o sistema gerará a relação dos itens desta área.

5-) A tela deverá ser salva em planilha no libre office/calc ou no word/excell

6-) Deve-se separar os itens por categoria:

a)- Higienização e limpeza;

b)- Descartáveis;

c)- Raios x;

d)- Informática;

e) - Impressos;

f)- Papelaria e escritório;

g)- Bem patrimonial.

7-) Por meio da média do consumo diário levantado pelo responsável pelo almoxarifado são solicitados os quantitativos necessários para a formalização do processo de aquisição;

8-) Deverão ser impressas separadamente, as telas por itens conforme descrito acima;

9-) Na tela Relatórios: Sugestão de compras do Sistema de Gestão - ERP modulo de ESTOQUE deve-se clicar no campo Código/Produto para gerar novamente a janela com a relação dos itens.

10-) Nesta tela, no campo inferior esquerdo deve-se clicar no campo: PESQUISAR POR CÓDIGO selecionando todos os itens desejados. Em seguida clicar em OK;

12-) Após o OK o sistema voltará para a tela RELATÓRIO; SUGESTÃO DE COMPRAS já com os itens selecionados para compra por categorias.

13-) Na mesma tela clica-se no campo GERAR SOLICITAÇÃO e será aberta uma nova janela com o nome: GERAR SOLICITAÇÃO DE COMPRA, onde aparecerá o nome do colaborador que está fazendo a solicitação de compra e o motivo da compra.

Estes motivos estão descritos em memorandos conforme solicitação de cada responsável por departamento e poderão ser diversos, conforme a necessidade e demandas dos setores.

As solicitações de compras não rotineiras deverão ser solicitadas a partir de

memorando, apresentando as respectivas justificativas necessárias para uso do bem ou produto a serem adquiridos e do preenchimento de formulário constante no PORTAL na área do Módulo ALMOXARIFADO, com o nome de TERMO DE REFERENCIA PARA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS (EXCETO MAT/MED DE ROTINA) A SER ENCAMINHADO JUNTO COM A SOLICITAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE.

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS

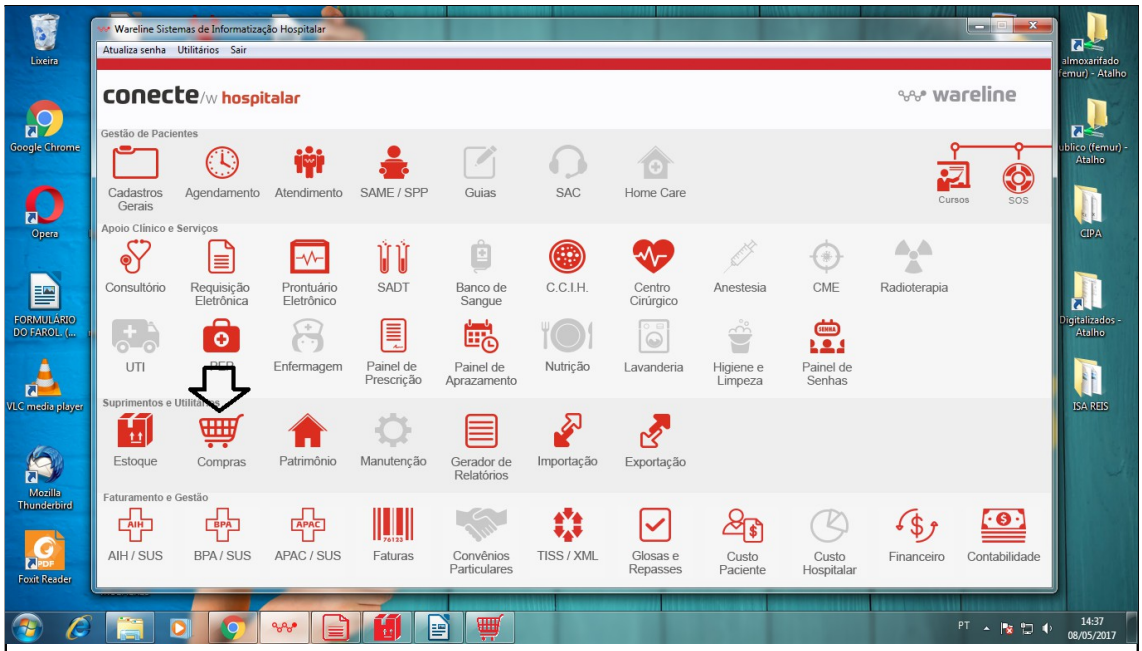
Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque. O Almoxarife efetua o pedido ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades dos setores requisitantes até a compra de nova remessa.

Tradicionalmente, a aquisição de materiais para o Almoxarifado se faz a cada início de mês com previsão de consumo para 1 (um) mês. Para tanto, o Almoxarife pesquisa a saída de materiais durante o período de um mês e requisita a quantidade necessária para atender por mais um mês, sempre observando o disposto no Item 2.5 da Instrução Normativa Nº. 205 de 08/04/1988 onde diz que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso, também daqueles propensos ao obsoletismo. Para a aquisição de materiais, se faz necessário o levantamento de, no mínimo, três orçamentos. Com os valores fornecidos pelas empresas, calcula-se a média e faz a requisição de compra em sistema informatizado, a qual deve ser enviada, anexa aos orçamentos, à Divisão de Compras quando necessário.

Como já descrito anteriormente após seleção dos insumos no sistema em que foi gerado uma nova listagem, esta é enviada para autorizo para o Diretor Administrativo que aprovará ou não a solicitação da compra.

Este material listado no sistema fará parte de um novo ícone no Sistema CONECTE/HOSPITALAR com o nome SUPRIMENTOS/UTILITÁRIOS/COMPRAS, conforme figura 4

Figura 4



Nesta aba o sistema permite que se façam as correções, exclusões e inserções de novos itens caso tenham sido levantadas necessidades a posterior. Podendo modificar inclusive a quantidade solicitada ou solicitação de outro determinado item que por ventura tenha sido esquecido na fase de levantamento de necessidades.

O sistema não libera as quantidades dentro das medias calculadas. Caso seja necessário solicitar um item a mais do que o previsto pelo sistema ou a menos, esta solicitação deverá ser realizada diretamente no modulo COMPRAS e não passando pelo ESTOQUE/SUGESTÃO DE COMPRAS.

Ao entrar no referido ícone COMPRAS, poderão ser anexadas informações de especificação do produto a ser adquirido, também imagens, especificações técnicas, observações, etc..

Tendo o cuidado de realizar todo o processo de uma só vez porque ao inserir os dados no sistema, a tela estará disponível automaticamente para a Diretoria Administrativa autorizar e validar o processo de compra.

Os documentos deverão ser impressos e ordenados por data. Para rastreabilidade deve ser feita pelo número do memorando na qual a solicitação é realizada. Esta solicitação então é remetida para a Diretoria administrativa e registrada no caderno de protocolo para acompanhamento e controle.

O processo de compras é realizado pelo setor de compras no Escritório/INSTITUTO CEM em Goiânia e, acompanhado por meio do portal BIONEXO pelos responsáveis do setor de Compras. As solicitações deverão ser publicadas no Portal BIONEXO,

em seguida no portal da Transparência/chamamentos no site da INSTITUTO CEM, para que as empresas tomem conhecimento da necessidade de aquisição e possíveis participação das cotações.

Apresentadas as propostas de melhor preço e exigências do Termo de Referência quando necessário, e aprovação da Superintendência do INSTITUTO CEM conforme recurso autorizado e alocado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Após autorizada e realizada a compra, o Setor de Compras da INSTITUTO CEM envia por e-mail a autorização de compras chamada “BIONEXO ou ORDEM DE COMPRA” em formato PDF, essas informações estão constantes no SISTEMA do Portal Bionexo.

O Responsável pelo almoxarifado imprimirá esse relatório do Bionexo em duas vias, sendo que na primeira via serão anotadas as alterações necessárias como alteração do telefone, endereço entre outros dados do fornecedor caso necessário. A segunda via irá para o setor financeiro para fins de pagamento da nota fiscal. É por meio deste relatório que a compra deverá ser acompanhada.

Obs.: Os produtos não poderão ser recebidos sem o Relatório de Confirmação de Compras, ou seja, sem o BIONEXO conhecido como ORDEM DE COMPRA.

MODELO DO RELATÓRIO DE CONFIRMAÇÃO DE COMPRAS

RECEBIMENTO DO PRODUTO

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado da unidade de saúde, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas. São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos: Nota Fiscal, e Nota Fiscal/Fatura e termo ou Nota de Transferência. Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material/produto, quantidade, unidade de medida; código; data da entrega; fabricante; embalagem, se caixa, se unidade, se litros, etc.; preço unitário e preço total; quantidades entregues de acordo com a quantidade solicitada.

Observando-se que, quando o material/produto não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o responsável do Almoxarifado, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega. Na rotina para Recebimento de materiais a empresa transportadora deve aguardar

sua vez para o atendimento do recebedor do almoxarifado, devendo este: Retirar a ordem de compra " BIONEXO" e conferir com a nota fiscal enviada pelo fornecedor. Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da ordem de compra "BIONEXO".

O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o responsável do Almoxarifado, indicar o local adequado para colocar material/produto. O responsável pelo Almoxarifado deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes e unidades dos produtos/itens entregues de acordo com a ordem de compra "BIONEXO" e nota fiscal.

No ato do recebimento, se o responsável pelo Almoxarifado verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso da nota fiscal: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização. Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve datar, assinar e carimbar no canhoto da nota fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almoxarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto à natureza da operação, muitas vezes caracterizada "Simples Remessa". Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.

Se constatado alguma irregularidade no material recebido durante sua conferência, o Almoxarifado deve providenciar junto ao fornecedor sua resolução, estando o responsável pelo material ciente deste processo. Em caso de devolução, o Almoxarifado deve escrever no verso da "Nota Remessa / Devolução" e justificar o motivo da devolução e providenciar, em comum acordo com o fornecedor, o meio mais eficiente para devolução do material. Toda entrega de material adquirido por um órgão público deve ser realizado no Almoxarifado, salvo quando o mesmo não possa ou não deva ser ali estocado ou recebido, entretanto, qualquer que seja o local de recebimento, o registro de entrada do material será sempre no Almoxarifado.

A conferência da nota deverá ser rigorosa, porém caso haja não conformidades com a nota e não com o produto, este não deixa de ser recebido, para posteriormente as não conformidades da nota sejam resolvidas diretamente com fornecedor que deverá remeter nova nota fiscal corrigida ou carta de correção.

Durante a conferência do produto, se houver necessidade da avaliação de determinado setor específico como a engenharia clínica, o coordenador de enfermagem, o mesmo é convocado para validarem e atestarem o produto a serem recebido. Assim deverá se processar com todos àqueles que fizeram

solicitação de compras que não estão dentro do rol de produtos rotineiros, exemplo, estetoscópios, oxímetros, etc. quando da entrega do produto que deverá ser acompanhada pelos responsáveis solicitantes dos mesmos que munidos do relatório da confirmação de compras “Bionexo”, deverão proceder com o recebimento da mercadoria.

Caso este relatório não esteja no sistema ou em mãos, é solicitado ao setor de compras/INSTITUTO CEM via telefônica e e-mail a cópia do referido relatório. Caso o produto não esteja de acordo com o relatório Bionexo, este não poderá ser recebido. O fornecedor deverá atentar-se para as especificações da ordem de Compra cotada durante o processo no portal Bionexo. Essas conferidas e validadas pelos interessados solicitantes.

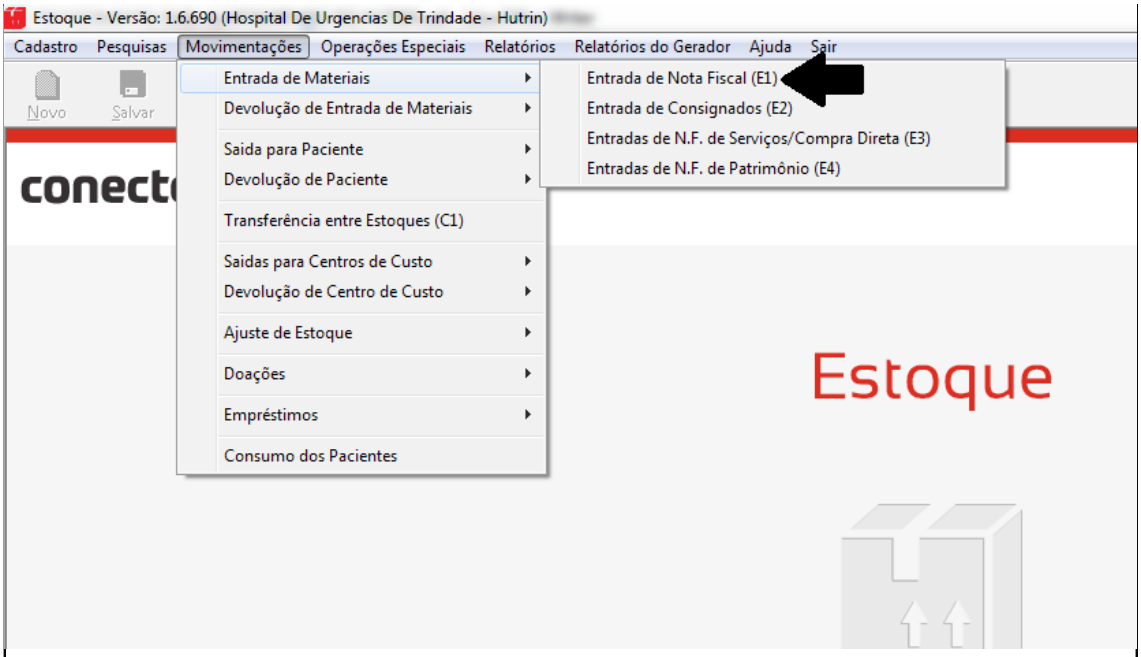
É retirada cópia da nota fiscal que deverá ser atestada pelo responsável do setor solicitante datando e assinando. Esta será arquivada no caderno de controle de atesto do Almoxarifado. Procedimento valido para todos que realizou a conferência e validação no ato da entrega do produto.

LANÇAMENTO DA NOTA FISCAL

Após a conferência do material e este estando de acordo com as especificações e quantidades adquiridas, será realizado o lançamento da Nota Fiscal em sistema informatizado WARELINE de acordo com a ordem de compra e nota fiscal. Após o lançamento, o Almoxarifado valida com dois carimbos atestando a nota fiscal: Um de atesto e outro lançado no estoque dando seu acordo para pagamento e, por fim, envia ao setor competente neste caso Diretoria Administrativa.

O lançamento da nota fiscal se dá por meio do Sistema de Gestão - ERP, pelo modulo estoque:

Ao entrar no Sistema de Gestão - ERP, no modulo estoque clica-se em movimentações, depois entrada de materiais, em seguida entrada de nota fiscal (E1).



Ao entrar na Movimentação: Entrada de nota fiscal (E1), clica-se em novo e inicia o lançamento da nota fiscal. Se o pedido já estiver no sistema, deve-se selecionar o campo pedido do sistema e prosseguir com o lançamento colocando todos os dados solicitados tais como: Código do fornecedor, para selecionar o fornecedor, código do estoque, condições de pagamentos, número da nota fiscal, número de série e data da emissão da nota fiscal e em seguida realizar a conferência dos itens já importados pelo pedido do sistema, em seguida realiza uma conferência geral para averiguar a certeza de todos dos dados, inclusive os respectivos valores unitário e valor total e, por fim, clica em salvar para concluir o lançamento da nota fiscal.

Caso, o pedido não esteja lançado no sistema pelo setor de compras deve-se seguir com o mesmo procedimento, porém não selecione o campo pedido do sistema. Prossegue selecionando o código do fornecedor, para selecionar o fornecedor, código do estoque, condições de pagamentos, número da nota fiscal, número de série e data da emissão da nota fiscal e clicar em selecionar itens, neste caso seleciona todos os itens mencionados na nota fiscal com as quantidades e os valores corretos, valores unitários e valor total uma vez que neste lançamento os itens ainda não estão disponíveis no sistema, em seguida realiza uma conferência geral para averiguar a certeza de todos os dados e, por fim, clica em salvar para concluir o lançamento da nota fiscal.

Após o lançamento da nota fiscal, e validação da mesma através dos carimbos adequados mencionados anteriormente, o responsável pelo lançamento da nota fiscal faz um memorando encaminhando a nota fiscal para Diretoria Administrativa, para posterior envio para o departamento Financeiro/INSTITUTO

CEM para pagamento.

Todos os memorandos de envio são protocolados no caderno de protocolo para controle dos memo. enviados, para futuras rastreabilidades, caso se façam necessários.

ARMAZENAMENTO DO PRODUTO

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

Verificação das condições de recebimento do material;

Identificação do material;

Guarda na localização adotada;

Informação da localização física de guarda;

Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;

Separação para distribuição.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

Máxima utilização do espaço;

Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);

Pronto acesso a todos os itens;

Máxima proteção aos itens estocados;

Boa organização;

Satisfação das necessidades dos clientes. No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos: Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume); Corredores (facilidades de acesso); Portas de acesso (altura, largura); Prateleiras e estruturas (altura e peso); Piso (resistência). Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma. Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo

como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais. Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

Em seguida, os produtos recebidos são alocados/estocados em seus lugares, categorias por categoria, ou seja, família por família de produtos. Sendo os produtos organizados por ordem. Os mesmos também devem ser organizados de acordo com o sistema PEPS (PEPS – Primeiro que entra, primeiro que saí), para evitar que produtos venham ter sua validade vencida no estoque por descuido.

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos de uma empresa, normalmente, se faz por meio de requisição específica - no nosso caso requisição eletrônica.

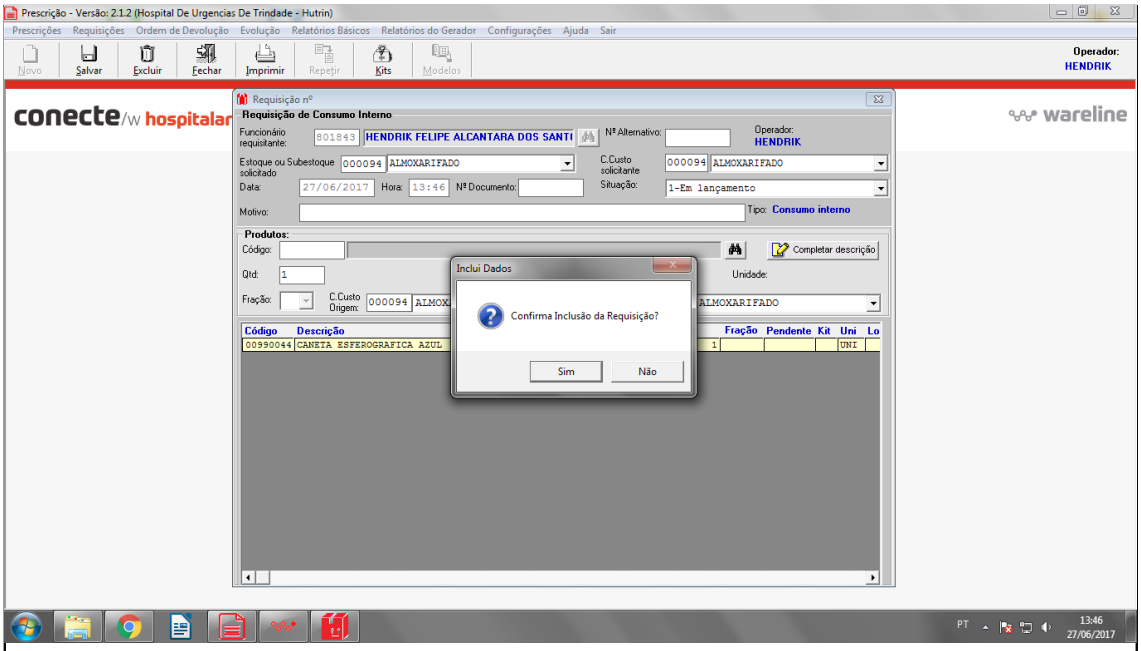
DISPENSAÇÃO DO PRODUTO

Os materiais de uso comum a diversos setores da Instituição são mantidos em estoque, sendo assim, o Almoxarifado. Estes materiais são entregues mediante requisição própria assinada por um servidor previamente cadastrado no sistema informatizado do Almoxarifado. Para que um servidor possa requisitar um material em estoque é necessária a sua liberação para uso do sistema, tal liberação se dá por meio do preenchimento do Cartão de Assinatura 3. Por meio desta solicitação, o Almoxarife inclui o servidor na lista de pessoas autorizadas a retirar os materiais em estoque.

A dispensação do produto é realizada a partir da necessidade de cada departamento da Unidade.

Cada responsável técnico, deve acompanhar diariamente o consumo dos insumos e materiais pertinentes aos seus respectivos setores.

A solicitação de matérias de consumo interno, deve ser feita no Sistema de Gestão - ERP na aba requisição eletrônica de acordo com o centro de custo solicitante. O requisitante após, realizar as solicitações dos insumos, deve realizar uma conferência antes de salvá-la, para ter a certeza de que os itens solicitados são e estão devidamente corretos.



O Departamento de Almoxarifado em suas atividades habituais realiza a conferência como também o controle das requisições de consumo interno.

O assistente do almoxarifado realiza a impressão de todas as requisições pendentes no sistema no período matutino, onde as mesmas passam por uma nova conferência pelo Responsável Técnico do Almoxarifado, justamente para melhor controle dos insumos e materiais disponíveis no departamento.

Havendo necessidades de modificação na requisição analisada pelo responsável técnico do almoxarifado, é informado ao solicitante, para que corrija de acordo com as orientações do Almoxarifado, claro ambas as partes utilizando o bom senso. Isso apenas para um melhor controle no estoque dos produtos – conhecido como gestão do estoque. Após a adequação/edição da requisição a mesma estando habilitada de acordo com os padrões, poderá ser entregue.

Os horários de solicitações de requisição de consumo interno para o Almoxarifado da Unidade é das 08h:00 as 10h:00 de segunda a sexta para setores que não podem estocar produtos como centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica médica, administração dentre outros; podendo os mesmos retirarem seus produtos ou aguardar a disponibilidade do almoxarifado para realizar dentro do cronograma de atividades diárias as entregas. Já para os setores que podem estocar materiais e insumos como pronto socorro, farmácia, etc. Esses terão todas as terças-feiras de cada semana para requisitarem via Sistema de Gestão - ERP seus respectivos produtos para consumo semanal e os receberão todas as sextas de cada semana.

É importante ressaltar que o Almoxarifado, não atende aos finais de semana e tampouco aos feriados, portanto todos os departamentos devem se programarem

para não faltarem produtos em seus setores, mas devem solicitar de acordo com as demandas de uso para suprir as necessidades pertinentes a esse fim.

O assistente administrativo do Almoxarifado tendo a requisição impressa adequada, realiza a separação dos itens solicitados e faz as entregas aos departamentos da Unidade. No ato do recebimento dos itens, o recebedor deve assinar a requisição comprovando que recebeu os materiais e insumos. A impressão assinada tanto pelo entregador, quanto pelo recebedor é utilizada para dar baixa no sistema para comprovar a retirada do produto e para liberar do estoque no sistema e em seguida a mesma é arquivada para futuras auditorias e controle das dispensações.

CONTROLE DE ESTOQUE (INVENTÁRIO)

Com o objetivo de conferir e compatibilizar o saldo das contas dos materiais disponíveis no estoque do Almoxarifado com os registros contábeis, no início de cada semestre, o Almoxarifado providencia junto ao departamento de TI (Tecnologia da Informação) e Diretoria Administrativa a solicitação da abertura do Inventário no período designado para os responsáveis pelo Inventário no INSTITUTO CEM.

O responsável pelo Almoxarifado da Policlínica, envia um e-mail para todo corpo de Diretoria e toda comissão de Inventario do INSTITUTO CEM , solicitando a abertura do inventário para a data definida. Após a confirmação por e-mail da comissão de Inventário do INSTITUTO CEM , é que o Almoxarifado local inicia a contagem dos itens.

Antes de realizar as contagens dos produtos do Almoxarifado prepara para a realização do Inventário, realizando a organização e separação dos produtos os deixando ao ponto de contagem, se for o caso separe até por lote. Em seguida o responsável pelo almoxarifado, imprime as listagens do inventário em duas vias: Sendo essas a relação dos itens a serem inventariados.

Será impressa em duas vias, pois a contagem será feita duas vezes por colaboradores distintos, para ter a certeza de que a contagem esteja realmente correta. Após as duas contagens são confrontadas as listas para verificar se em algum item houve divergência, se houver, esse item deve ser conferido/contado novamente, agora por uma terceira pessoa, ou seja, não será contado por nenhum dos colaboradores que já havia cotado o item. Caso não tenha nenhuma divergência/discrepância, segue com Inventário.

Em seguida o responsável pelo almoxarifado faz uma impressão de uma listagem de posição de estoque onde são transferidos os dados apurados através de todas as contagens para uma única lista, tendo divergências ou não; mas após a

conferências realizadas pelo terceiro colaborador feito os confrontos com as duas listagens anteriores.

Ao transcrever os dados para nova listagem de posição de estoque, é observado nesse momento todas as divergências para mais ou para menos, havendo quaisquer uma dessas citadas o responsável pelo almoxarifado grifa em pincel amarelo para correção.

Após toda conferência na lista e grifadas as divergências, caso haja, a mesma é escaneada e enviada por e-mail para comissão de Inventário do INSTITUTO CEM , para as futuras correções e finalização do Inventário.

O responsável pelo Almoxarifado deve atentar por alguns detalhes:

* Antes de iniciar o Inventário, deve abastecer todos os departamentos da Unidade, para que evite faltar materiais e insumos aos departamentos;

* Deve-se enviar um e-mail para todos os responsáveis dos departamentos informando sobre a data e horário do Inventario, para que os mesmos também se programem com suas equipes, para evitar maiores transtornos;

* Deve-se anexar em murais um informativo sobre a realização do Inventário e sobre o cronograma de atendimento no setor;

* Ao iniciar o Inventário é terminantemente proibido a movimentação no sistema de quaisquer espécies, salvo ações relacionados ao Inventário; sendo autorizado a movimentação no sistema após a finalização do mesmo.

* Deve-se aguardar um e-mail da comissão de Inventário do INSTITUTO CEM , validando o Inventario e finalizando o mesmo.

Após seguir atentamente todas as orientações acima, e finalizado o Inventário, o Almoxarifado, poderá voltar as atividades normais.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais

Não se aplica.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		Assistente Administrativo – Chefe Seção		
Revisão		Qualidade		
Revisão		Scih		
Aprovação		Diretor Administrativo		
Aprovação		Diretor-Geral		

Revisão Nº	**Motivo**	**Data da Revisão**

5.3 Proposta de Manual de rotinas administrativas Financeira

5.3.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se à gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas Institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A gestão contábil financeira da Policlínica em relação ao Contrato de Gestão para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e

procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição. A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

Contas a Pagar e a Receber: Processo a ser operado pela área de Finanças que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;

Fluxo de Caixa: Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;

Aplicação de Recursos Financeiros: Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;

Controle de estoque: É o processo que deverá registrar, fiscalizar e gerir a entrada e saída de mercadorias e produtos da instituição. A parte física deverá ser realizada pela área administrativa, enquanto a parte financeira é feita pela área gestão financeira/contábil;

Apuração de resultados: Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;

Gestão patrimonial: Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;

Gestão orçamentária: Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

Abaixo apresentamos um modelo do Manual de Rotinas para Administração Financeira que poderia ser aplicado para o Da Policlínica, a se adequar respeitando as devidas proporcionalidades e características da unidade:

À Gerência Contábil e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade de saúde.
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços.
- Outras atividades correlatas.
- A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.
- A Gerência Contábil e Financeira é composta por: Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber, Serviço de Finanças, Serviço de Contabilidade

Fluxo Administração Financeira

Incluir Nota fiscal, relatório de atividades, certidões de regularidade, declaração do fiscal de execução dos serviços – Gestão de Contratos

Incluir ordem de pagamento e memorando de autorização - Controladoria

Aprovar memorando de autorização de pagamento – Diretoria Geral

Emitir planilha de retenção de impostos - Contabilidade

Auditoria Interna – Auditor Interno

Realizar Pagamento – Diretoria Financeira

Anexar comprovante de Pagamento - Controladoria

Lançar Documentos no SIPEF

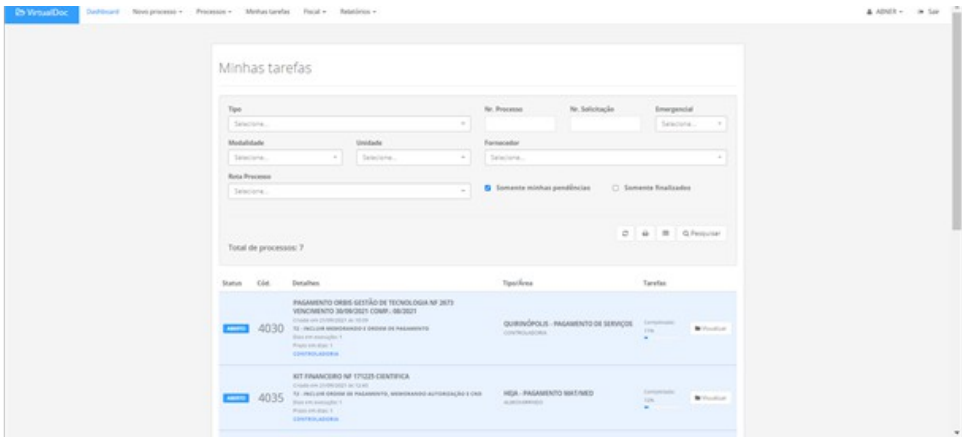
Contabilizar Documentos/Comprovantes - Contabilidade

CONHECENDO O SISTEMA VIRTUAL DOC

No layout da página do virtual DOC, vamos fazer o loguin para acessar a plataforma, são colocados o usuário e senha cadastrados para cada colaborador.

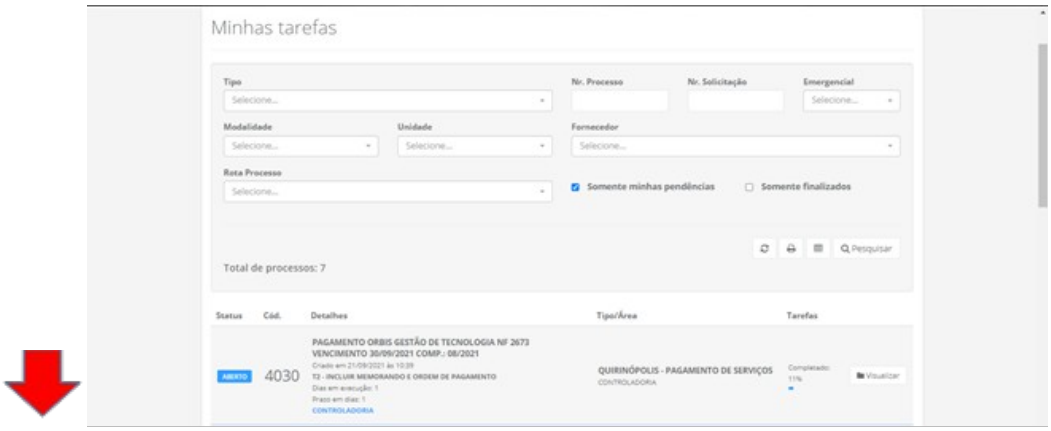
Após o acesso a área do usuário, entramos no dashbord inicial do sistema, com várias informações no menu superior, são cinco itens contendo subitens para cada evento e etapas do processo, irei relacionar abaixo os passos que competem a CONTROLADORIA.

É necessário abrir a página de “Minhas Tarefas” para identificar quais pendencias e demandas já estão disponíveis para o setor.



Nesse exemplo, temos 7 processos pendentes na tarefa da CONTROLADORIA, tarefas entre inclusão de Memorando de Autorização, Ordem de Pagamento e CND's e também inclusão de Comprovante de Pagamento, quando já houver a realização do pagamento. São exibidas informações como número do processo, descrição, unidade hospitalar/policlínica, entre outras conforme demonstrativo abaixo.

Próximo passo é abrir o processo que iremos dar andamento, clicando no Ícone "Visualizar".



Irá abrir a página do processo, contendo todas as informações do mesmo, na aba "DETALHES" contém informações de:

-STATUS DO PROCESSO (ABERTO/FINALIZADO/CANCELADO)

-NUMERO DO PROCESSO

-DATA DA ABERTURA DO PROCESSO

-PROCESSO EMERGENCIAL (SIM OU NÃO)

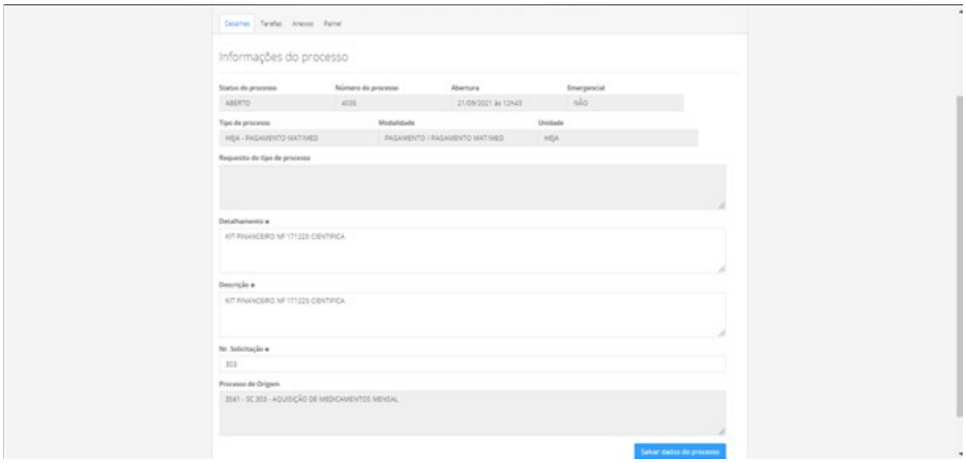
-TIPO DE PROCESSO/MODALIDADE (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS/ MAT/MED)

-DESCRIÇÃO (DESCRIÇÃO SIMPLES DO QUE SE REFERE O PROCESSO)

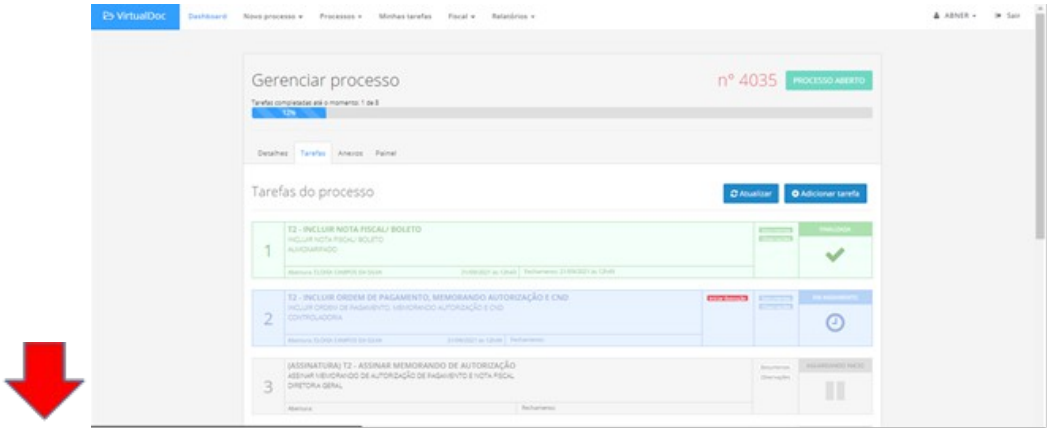
-DETALHAMENTO (DESCRIÇÃO DETALHADA DO QUE SE REFERE O PROCESSO)

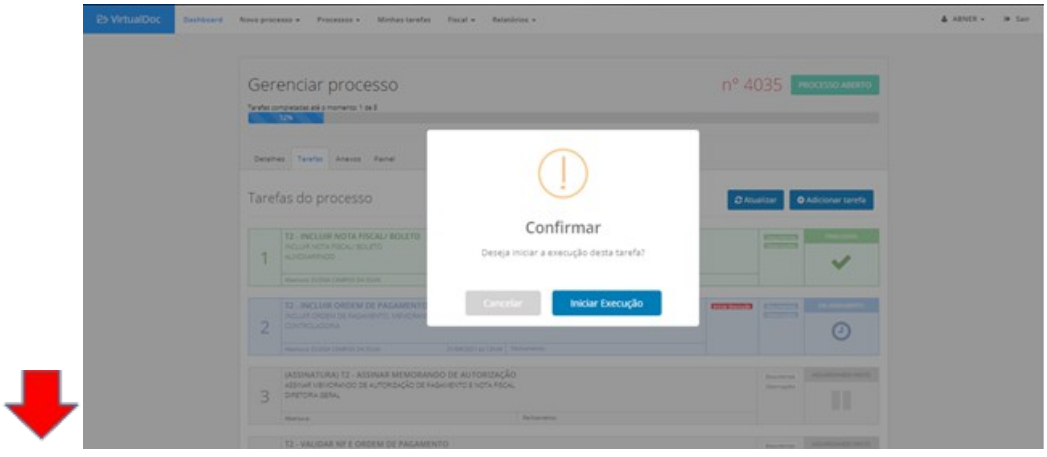
-NUMERO DA SOLICITAÇÃO

-PROCESSO DE ORIGEM (PROCESSO QUE ORIGINA O PAGAMENTO)

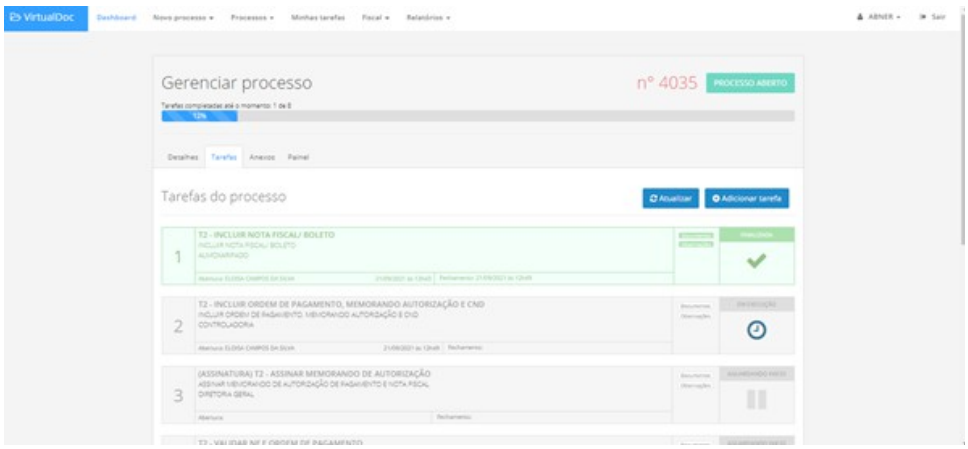


Na aba “TAREFAS” informa o passo-a-passo do processo até que se possa ter a finalização e conclusão do mesmo, nesse exemplo precisamos iniciar nossa tarefa, clicando no botão “Iniciar Execução” e confirmando a execução da tarefa, para que se inicie as atividades dentro do processo.

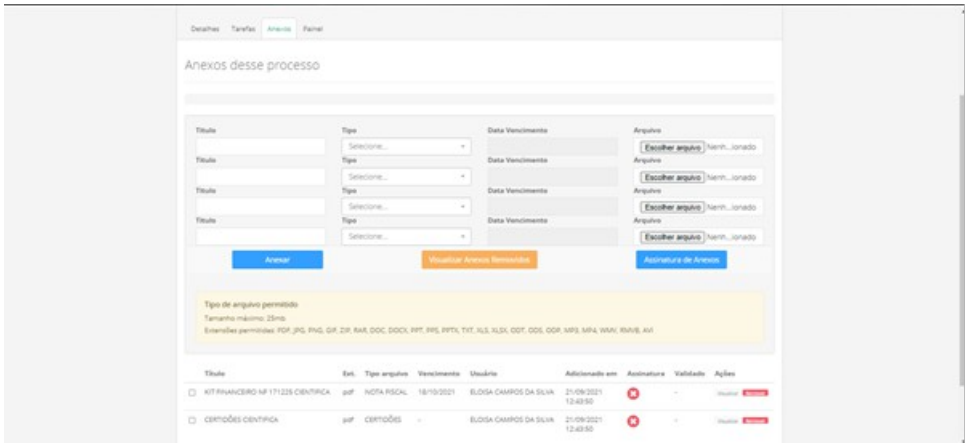




Após iniciar a execução, o sistema iniciara a contagem de quanto tempo a tarefa ficara em aberto, até que se conclua essa etapa.

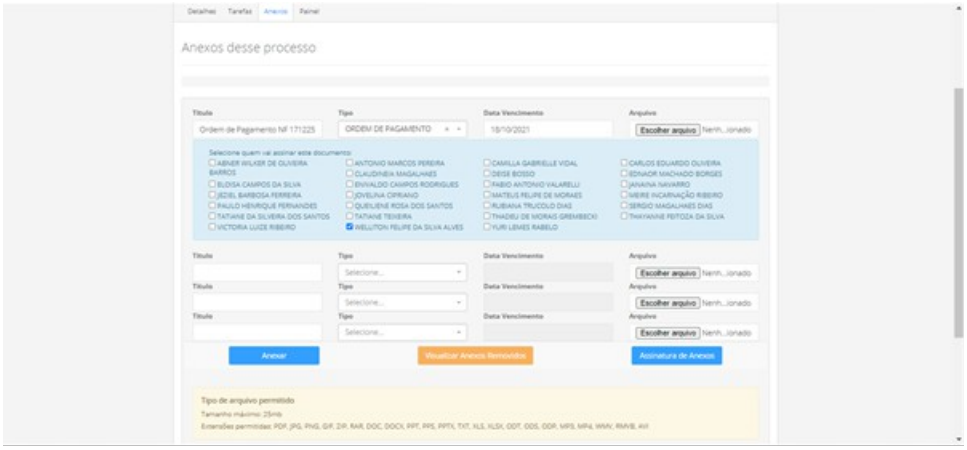


Na aba “anexos” é onde de fato se encontra toda a documentação do processo, e onde se pode anexar mais documentos para composição do processo, neste passo podemos anexar, tanto documentos em formato PDF, EXCEL e em formato Word, mas, somente em formato PDF, que o documento poderá ser visualizado em a necessidade de fazer o download. Os processos já anexados ficam disponíveis em ordem de inclusão, mas podem ter sua ordem alterada apenas “arrastando” e alocando conforme necessidade do usuário.

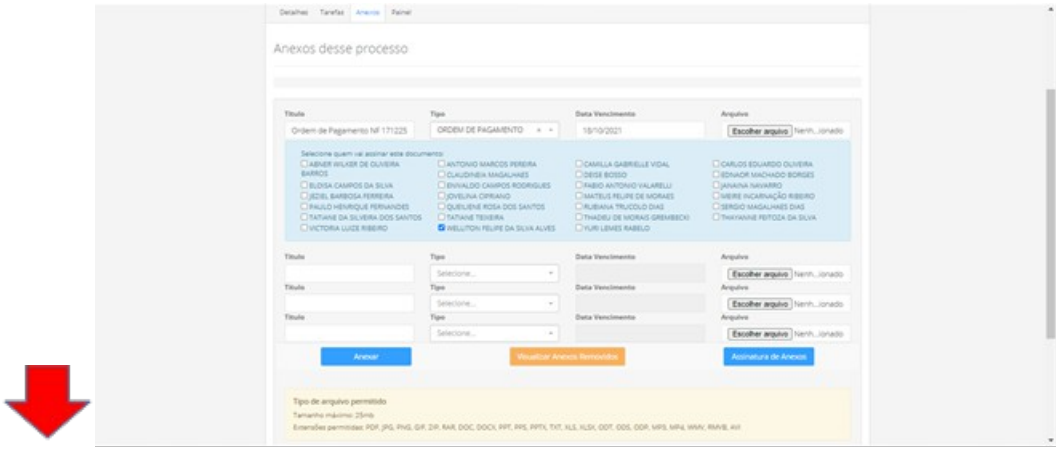


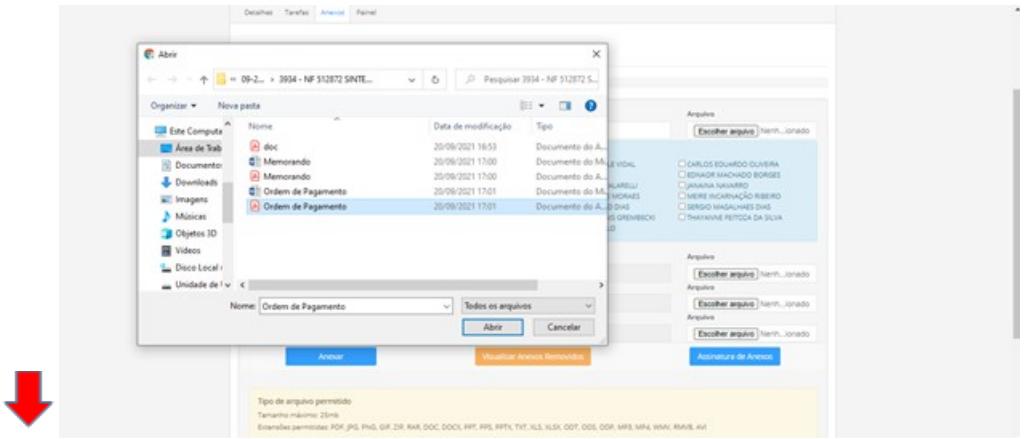
No campo “Titulo”, é campo de descrição livre, podemos colocar o nome do anexo que estaremos inserindo no sistema, não tem quantidade limite de caracteres. No campo “Tipo”, é um campo onde já tem descrições já pré-definidas e resumidas, sem opção para edição, como (boletos, relatórios, memorandos, etc) e que vão ser escolhidas conforme anexo que estará inserindo, nesse momento, dependendo do anexo e da descrição escolhida, abrirá a caixa de data de vencimento e uma caixa adicional para assinatura do anexo, que permite que qualquer usuário cadastrado

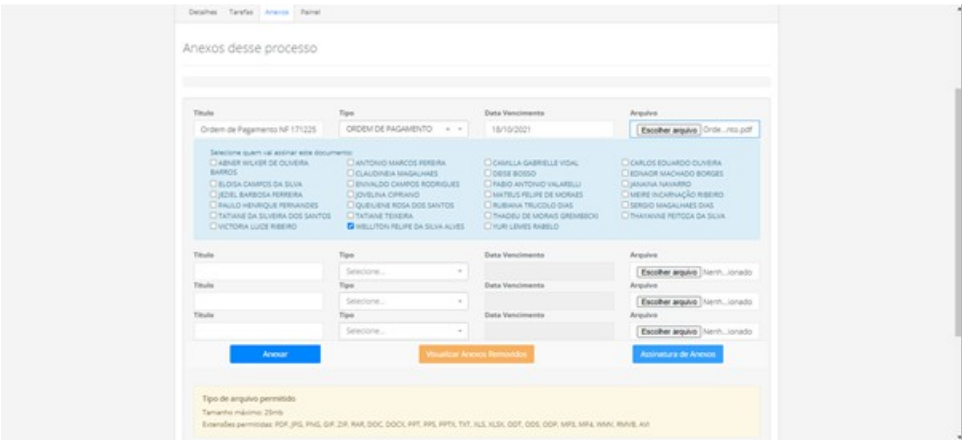
possa assinar o anexo digitalmente, validando o documento, clicando no usuário que deva assinar.

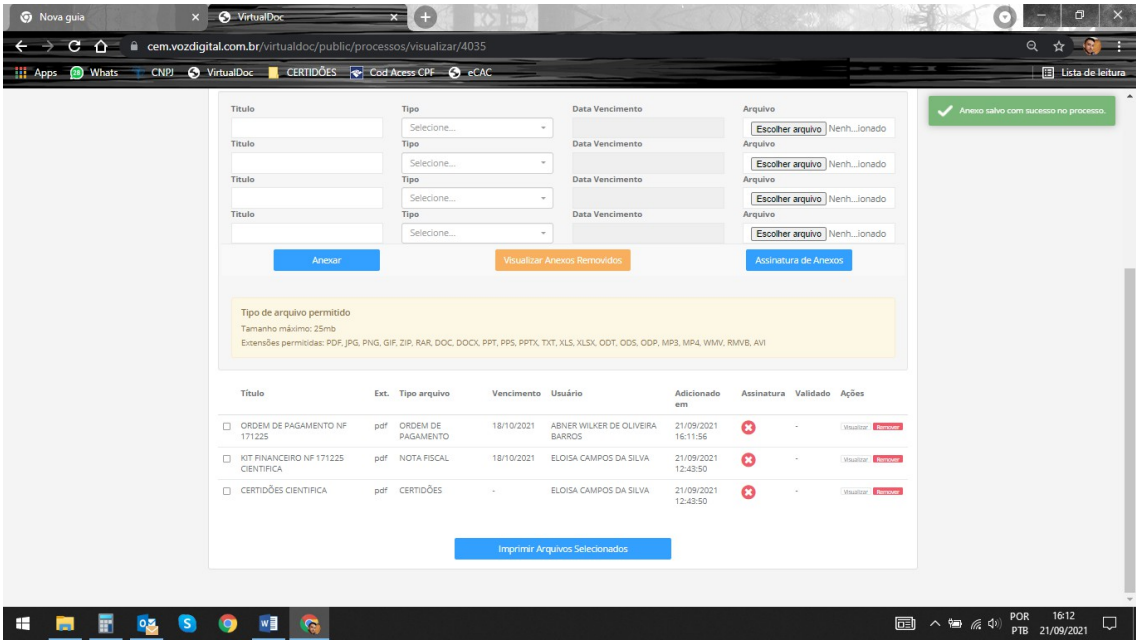


Com essas informações preenchidas, basta anexar o arquivo clicando no campo “Arquivo”, e escolher qual documento inserir, e clicar no ícone “Anexar”, e o documento já estará visível na relação abaixo.

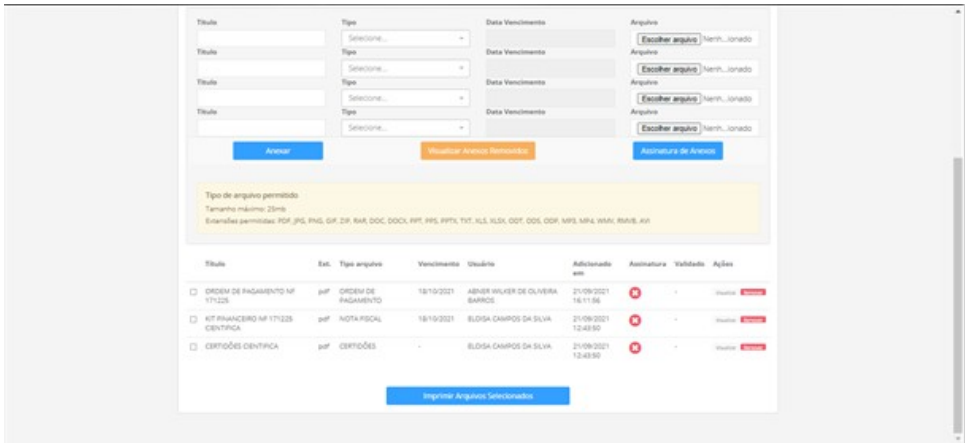


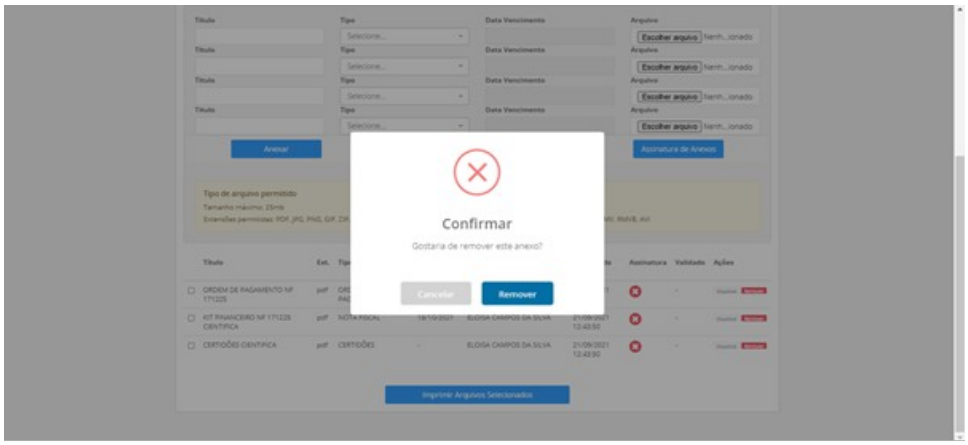


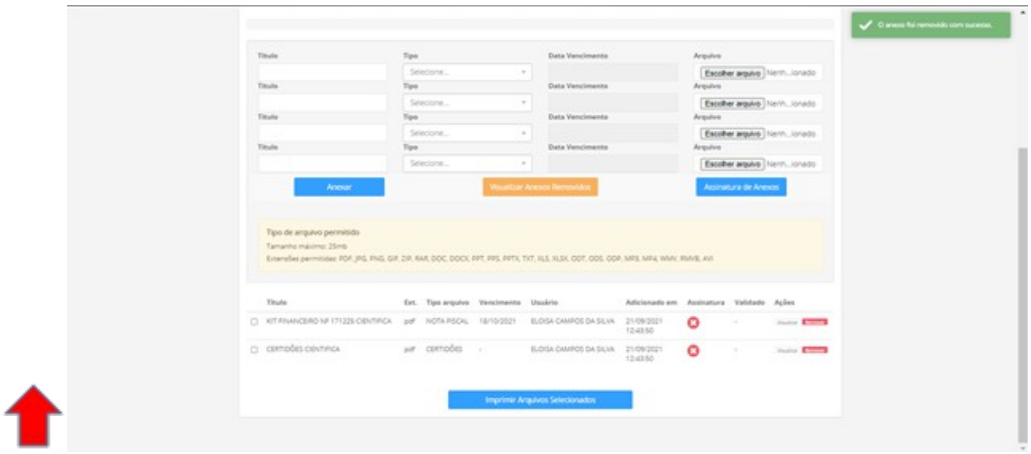




Caso, por algum motivo, haja necessidade de remoção do arquivo, pelo usuário, devera ser solicitado ao Diretor financeiro a exclusão apontando a justificativa, após a autorização basta clicar em “Remover” e confirmar a remoção, e anexar um novo arquivo.

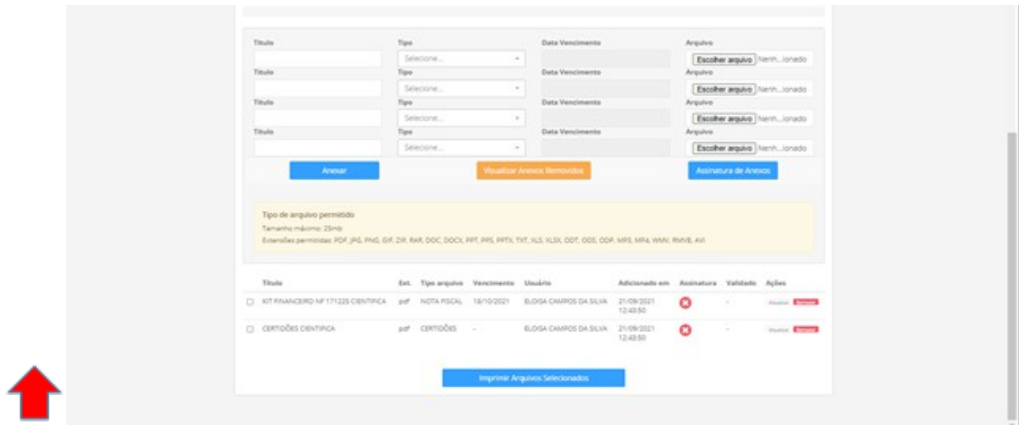


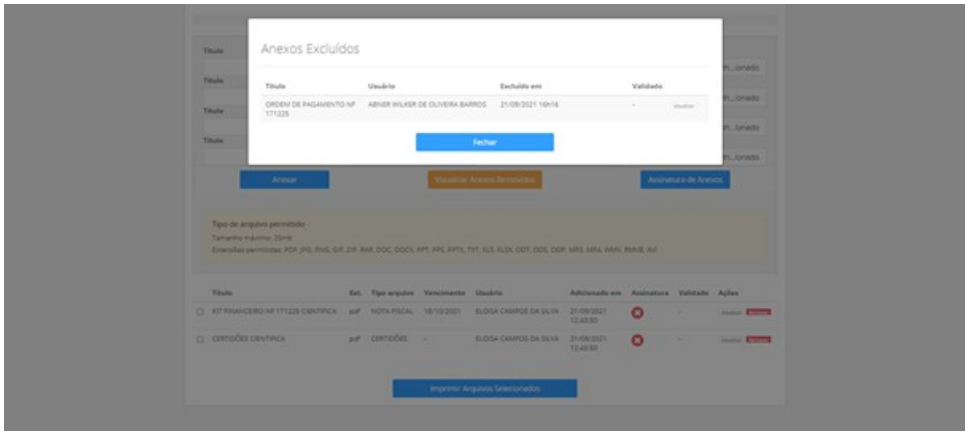




Obs.: Todos os arquivos removidos, permanecem em visualização, e contém informações de qual arquivo foi removido, qual usuário removeu e qual data/hora da exclusão.

Basta clicar no ícone “Anexos Removidos”.





DOCUMENTOS CONFECCIONADOS

Na primeira etapa da CONTROLADORIA, são elaborados documentos que dão suporte e veracidade no andamento do processo, são eles:

Memorando de Autorização:

Neste documento, contém informações de origem da nota fiscal, do motivo resumido da compra/prestação de serviços e o tipo de mercadoria que foi comprada, este documento é validado pela diretoria geral, dando plena ciência e afirmando que tal fornecedor está habilitado a receber pelo passivo ora empregado.

Memorando nº 0XXX/2021 - HEJA

Jaraguá, XX de agosto de 2021.

Assunto: ENCAMINHAMENTO DE NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, NO MÊS DE JULHO DE 2021.

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar Nota fiscal em anexo, para realização de pagamento de prestação de serviços de hospedagem, Referente ao mês de julho/2021.

Segue o protocolo de entrega da nota fiscal e encaminhada ao Instituto CEM conforme abaixo relacionado:

NF	EMPRESA	VALOR
XXXX	XXXXXXXXXX	XXXX

Atenciosamente,

Diretor Geral

Ordem de Pagamento:

Neste documento, reforçamos informações para conferencia de vencimento, fornecedor, data do pagamento, valor a pagar/pago, conta contábil a qual tal produto ira ser alocado, conta de custos para controle de custos, número do contrato/cotação para identificação da melhor oferta, entre outros. Documento é validado pela diretoria financeira, a qual verifica se o processo vai ou não a pagamento na data provisionada.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CI-FINANCEIRO Pago 05/08/2021

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Despesas com: Prestação de Serviços de Hospedagem

Período: julho/2021 **Valor: R$** XX,XX

Documento: Nota Fiscal XXXXX

Vencimento: 06/08/2021 **Local**: Jaraguá

Fornecedor: XXXX XXXXXXXXXX XX

Contrato nº/Cotação: XX/XXXX

Fonte Pagadora: Instituto Cem

Conta do Projeto: 5.7 Outras Despesas

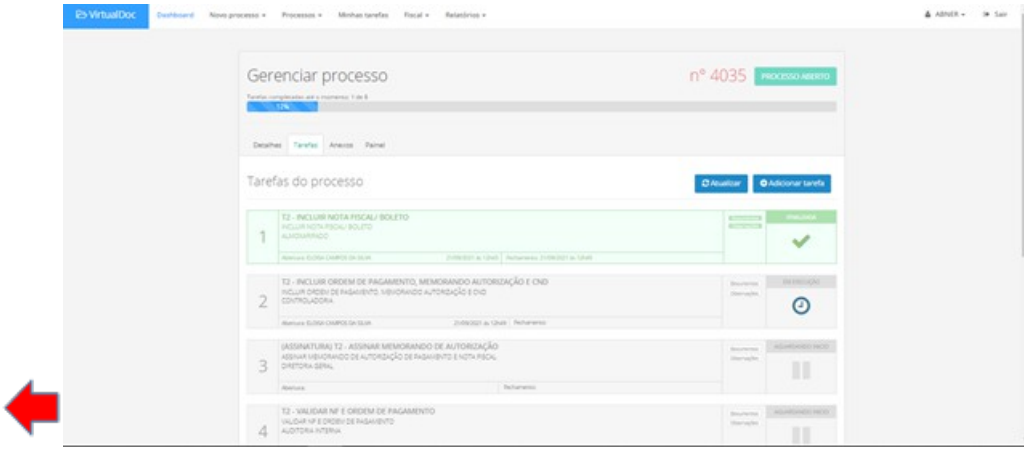
Conta Contábil: 3.2.14.015.011 – Viagens e Estadias

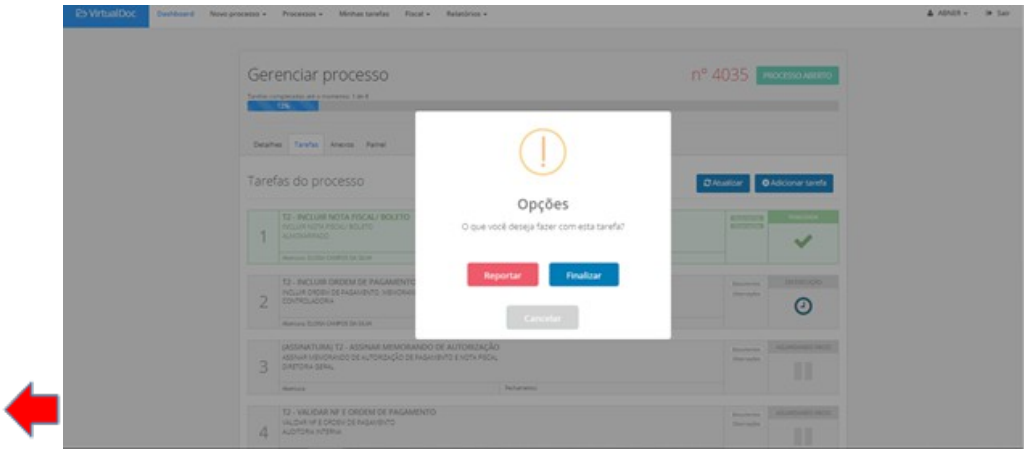
Autorização

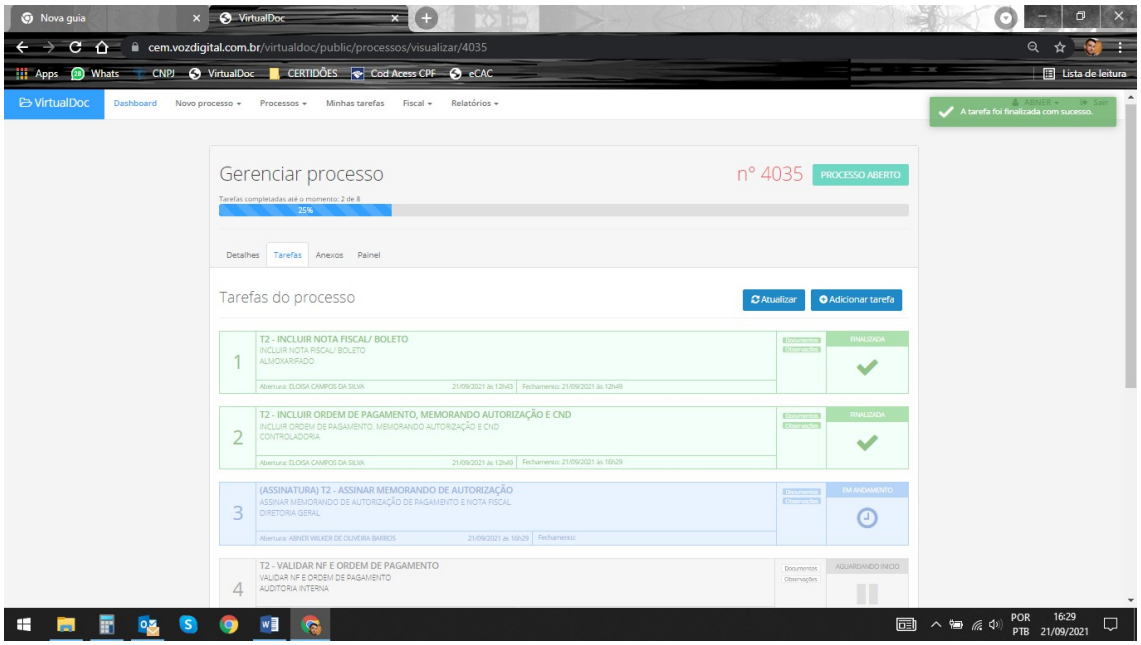
_____

Diretor Financeiro

Após elaborados os dois documentos pela CONTROLADORIA, e anexados no sistema, devemos finalizar o processo, e dar sequência no processo para próximo usuário. Basta voltar na aba “TAREFAS” e finalizar, clicando no “reloginho” e confirmando.





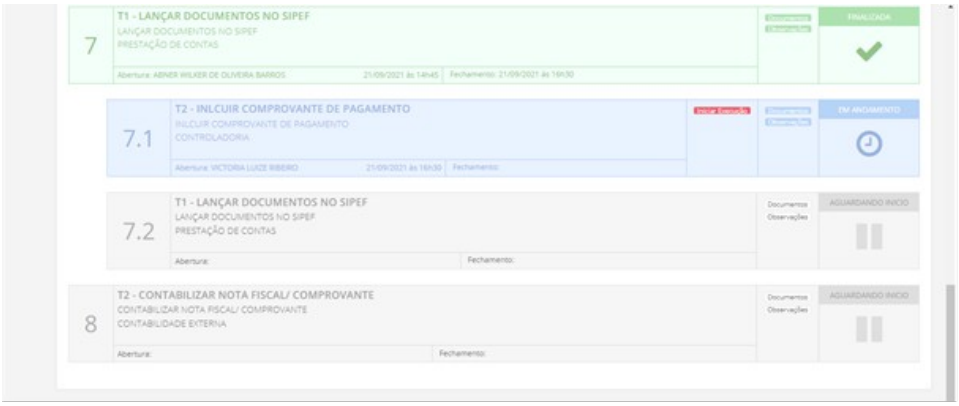


COMPROVANTE DE PAGAMENTO

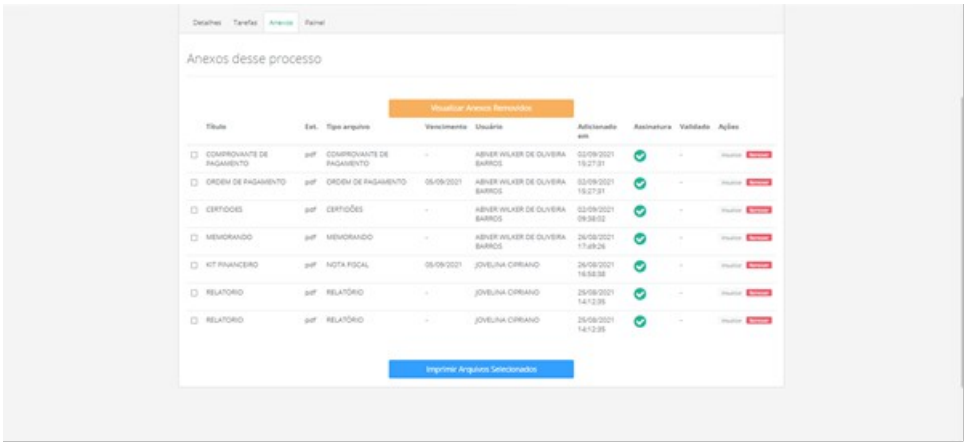
Na segunda etapa da CONTROLADORIA, já ocorreu o pagamento do processo e é anexado o comprovante de pagamento, passo importante para que o processo esteja apto e completo na hora de prestar contas ao Estado.

No que se refere ao VIRTUAL DOC, esse passo é encontrado em “Minhas Tarefas” no passo 6:

6 | Anexar comprovante de Pagamento - Controladoria



Esse passo ocorre depois do pagamento do processo pela Diretoria Financeira, e somente anexar o comprovante de pagamento, seguindo os mesmos passos já mencionados acima.



Após anexar, somente finalizar a tarefa, e o processo dará sequência para o passo 7, onde o setor de prestação de contas irá fazer o download dos documentos para envio a Secretaria de Estado – SES, por meio do SIPEF.

ROTINA

Abaixo, segue fluxograma das rotinas exercidas pela controladoria.

5.3.1.1 CONTABILIDADE

DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da Unidade de saúde.

Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.

- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.
- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.
- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas. Promover as devidas depreciações do bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

OBJETIVO

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito do Instituto CEM.

A escrituração dos atos e fatos administrativos do instituto CEM será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Diretoria Geral e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

- Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa
- Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial
- Emitir relatórios e peças contábeis - Diário, Razão, Balancetes e Demonstrações mensais e balanços e demonstrações anuais
- Demonstrar os resultados econômico-financeiros do Instituto CEM para serem analisados e interpretados
- e. Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

PROCEDIMENTOS

Visando à segurança, o controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será,

preferencialmente, feita nas dependências do Instituto CEM e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Diretor Administrativo é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis do Instituto CEM e pelo fornecimento de informações gerenciais ao Diretor Executivo e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

- Adotar o sistema contábil informatizado utilizado pelo Instituto CEM, e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos do Instituto CEM;
- Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
- Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos.

EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS

As operações econômicas e financeiras do Instituto CEM serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação
- Balanço Financeiro
- Balanço Patrimonial
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

RELATÓRIOS ANUAIS

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro.

São peças componentes das demonstrações contábeis

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de Janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

PLANO DE CONTAS

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão do Instituto CEM, observadas a legislação aplicável e as características específicas do Instituto CEM.

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos do Instituto CEM, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro. Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente. Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto CEM, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;
- Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao Instituto em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;
- Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;
- Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto CEM, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

ROTINAS BÁSICAS DO SERVIÇO DE CONTABILIDADE ESCRITURAÇÃO FISCAL

Ação / Descrição

- Receber as notas fiscais de produto entrada, emitir notas fiscais de produto saída, provenientes dos setores da unidade de saúde quando necessário.
- Importar, validar, conciliar e gerar o arquivo para o Sistema SPED Fiscal, efetuando a apuração do ICMS, repassar o arquivo para envio à RFB, ao Gerente Contábil e Financeiro.
- Apurar PIS/COFINS sobre o faturamento e ICMS, emitir DARE/DARF e repassar ao Gerente Contábil e Financeiro para pagamento.
- Efetuar Backup da Escrituração Fiscal logo após a apuração mensal dos impostos. Organizar a documentação fiscal em ordem cronológica para proceder à encadernação.

CONCILIAÇÃO CONTÁBIL

Ação / Descrição

- Receber os relatórios de posição de estoque para posterior conciliação.
- Receber os relatórios de posição de estoque via Sistema de informática, para posterior análise e conciliação.
- Realizar a importação da movimentação mensal no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, para posterior conciliação.
- Conferir a conciliação dos lotes de importação no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, e validar os saldos para emissão do balancete.
- Realizar a conciliação contábil do Razão com os relatórios dos estoques.
- Classificar os documentos conforme o Plano de Contas estabelecido pela Instituição. Sugerir alterações necessárias no Plano de Contas, seguindo os aspectos legais e as necessidades da unidade de saúde.
- Gerar o arquivo de provisão da folha de pagamentos no sistema, importação para o sistema de informática, e validação dos saldos.
- Elaborar e emitir demonstrativos mensais (balancetes contábeis), sempre que se efetivar o fechamento, bem como confeccionar os demonstrativos contábeis anuais da unidade de saúde para efeitos prestação de contas, e submetê-lo a avaliação e validação pelo Gerente Contábil e Financeiro.
- Realizar parametrizações nos sistemas informática, quando necessários visando a correta contabilização quando das importações dos mesmos.

GERAÇÃO E TRANSMISSÃO DE ARQUIVOS

Ação / Descrição

- Gerar e transmitir a Declaração de Débitos e Créditos de Tributos Federais (DCTF), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Contribuições do PIS e COFINS (DACON), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (DIPJ), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto Retido na Fonte (DIRF). Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Receber os dados da folha de pagamento dos colaboradores da unidade de saúde, conferir e transmitir o arquivo para pagamento, colhendo a autorização dos Superintendentes Executivo e Administrativo e Financeiro.

- Efetivar o fechamento, gerar e transmitir o Sistema de Fundo de Garantia e Informações à Previdência (SEFIP) Sistema fornecido pela Caixa Econômica Federal. Com as informações do FGTS e INSS da folha de pagamento do mês anterior, de acordo com a legislação trabalhista e previdenciária.

- Gerar e transmitir o SPED Fiscal, no sistema fornecido pela pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Realizar a análise e importação da entrada de notas fiscais de produtos e serviços no sistema de informática.

PAGAMENTOS

Ação/ Descrição

- Receber os processos com as Notas Fiscais e demais documentos relativos aos pagamentos a serem efetuados encaminhados por diversos setores via protocolo e encaminhá-los ao Gerente Contábil Financeiro.

- Receber os processos, conferir e separar os pagamentos, distribuindo-os por Bancos, de acordo com os saldos nas contas correntes.

- Manter controle, e elaborar, caso necessário, a documentação hábil para efetivação de pagamentos e recebimentos.

- Emitir e encaminhar ao Gerente Contábil e Financeiro os cheques/documentos de pagamentos previstos para o dia.

- Conferir os documentos enviados para pagamento, colher autorização e assinatura (física ou eletrônica), dos Diretores, nos pagamentos contidos nos processos com as Notas Fiscais e demais guias.

- Elaborar mapa demonstrativo de despesas e receitas de forma a produzir diariamente a previsão de Fluxo de Caixa (Posição de Saldos), lançando os valores efetivados. Efetuar a baixa na planilha de posição de saldo, os pagamentos realizados que foram debitados nas contas correntes, efetuando o fechamento e imprimindo-a e apresentar quando solicitado aos Superintendentes, Executivo e Administrativo e Financeiro.

- Efetuar o pagamento, conferir e anexar à documentação hábil correspondente a cada um dos compromissos pagos.
- Formalizar os processos e encaminhá-los aos setores para gestão. Organizar os documentos pagos em seus respectivos processos.
- Alimentar a planilha de Prestação de Contas com as informações dos pagamentos efetuados para fins de prestação de contas à Secretaria da Saúde e ao Ministério da Saúde, quando for o caso.

ROTINA BÁSICA DO SERVIÇO DE FINANÇAS

- Receber repasse de numerários dos diversos setores. Acompanhamento dos recebimentos do SUS.
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação. Pagamento via suprimento de Caixa.
- Pagamento de Fornecedores. Alimentação da Posição de Saldos. Fechamento do Caixa daFinanças.
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve. Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática.

ACOMPANHAMENTO DE RECEBIMENTOS SUS

Ação/ Descrição

- Receber a comunicação do faturamento, referente as faturas do SUS.
- Emitir a Nota Fiscal, juntando, se solicitado for, os documentos hábeis (certidões, declarações, etc).
- Providenciar a entrega das referidas Notas Fiscais aos respectivos clientes. (eletronicamente).
- Aguardar e acompanhar os créditos do SUS.

PAGAMENTO VIA SUPRIMENTO DE CAIXA (FUNDO ROTATIVO)

Ação/ Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador

- Conferir as Notas e / ou Cupons fiscais de acordo com a solicitação de compras. Analisar criteriosamente os documentos fiscais, observando o preenchimento correto destes.

- Lançar no sistema de informática os valores das Notas Fiscais pagas e também lançar na REST das Notas fiscais de serviços.

- Organizar os documentos no processo de suprimento de caixa.

- Quando se verificar que o saldo requer um novo reforço, emitir o extrato do caixa e conferir os lançamentos com as notas fiscais pagas e anexar ao processo de suprimento.

- Encaminhar o processo ao gerente Contábil e Financeiro para análise.

- Conferir o processo e solicitar novo reforço de caixa.

PAGAMENTO DE FORNECEDORES (PAGAMENTOS VIA CHEQUE NOMINAL)

Ação/ Descrição

- Receber as notas e demais documentos relativos a pagamentos previstos.) Efetivar os pagamentos e colher as devidas quitações.

Após pagamento, repassar o processo ao Serviço de contas a pagar e receber.

FECHAMENTO DO CAIXA DA FINANÇAS

Ação/ Descrição

- Controlar o saldo do caixa Finanças , efetuar as transferências devidas dos valores ao caixa central, mantendo um saldo de fundo de caixa para troco.

- Receber o repasse efetuado pela Finanças , conferindo os valores transferidos aos caixas centrais.

5.3.1.2 FINANCEIRO

DO SERVIÇO DE CONTAS A PAGAR / E OU RECEBER

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pelas atividades de contas a pagar /e ou receber e pelos respectivos controle e registros legais.

Ao Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber compete:

- Planejar, e controlar as atividades de contas a pagar e a receber de forma a estabelecer fluxo de caixa.
- Verificar, processar e controlar os pagamentos e recebimentos dentro da codificação estabelecida pelo plano de contas e custos.
- Realizar lançamentos no fluxo de caixa, bem como visar ordens de fornecimento e/ou pagamento.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

DO SERVIÇO DE FINANÇAS

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Finanças compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade de saúde.
- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.
- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Finanças é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

OBJETIVO

Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito do Instituto CEM.

PROCEDIMENTOS

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos do Instituto CEM.

Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigente, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.

Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e também estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:

- Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus profissionais/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;
- Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;
- Rescindir ou suspender contratos de serviços assessórios;
- Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;
- Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e profissionais.

LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.

Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das previdências necessárias ao controle financeiro.

O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.

Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (emprenhado) para o exercício futuro.

FORMAS DE PAGAMENTO

Os pagamentos de despesas dar-se-ão através de transferência bancária (TED ou TEV), diretamente na conta do fornecedor, sendo admitidos eventualmente a emissão de emissão de cheque nominal, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.

Poderá haver o depósito em conta corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade do Fundação como comprovante do pagamento.

No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

ENCARGOS E TRIBUTOS

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretaria da Receita Federal nº 480 e 539;
- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social;
- IRPF – Tabela Progressiva;
- ISS – Regras definidas por cada município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).

Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.

Quesitos para a execução da Despesa

- Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la
- Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio

- Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município

- Competência – a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

FUNDO FIXO

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço da Fudação, para pagamento de despesas de pronto pagamento.

Os valores concedidos ao funcionário responsável e os seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Direção Geral. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social do Instituto CEM para o contrato de gestão específico.

INDICADORES FINANCEIROS

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira do Instituto CEM.

- Índice de Liquidez Corrente

- Índice de Liquidez Imediata

- Índice de Participação de Capital de Terceiros

- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros

- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)

- Composição dos Exigíveis (por vencimento)

- Índice de Gastos Administrativos

- Índice de Acumulação de Superávit

FLUXO SIPEF

2 INTRODUÇÃO

O Sistema de Prestação de contas Econômico Financeiro (SIPEF), é de suma importância para a transparência financeira da prestação de contas de Terceiros (Organizações Sociais, Hospitais Filantrópicos e Concessionárias) aos Órgãos Fiscalizadores, por intermédio da fiscalização eletrônica.

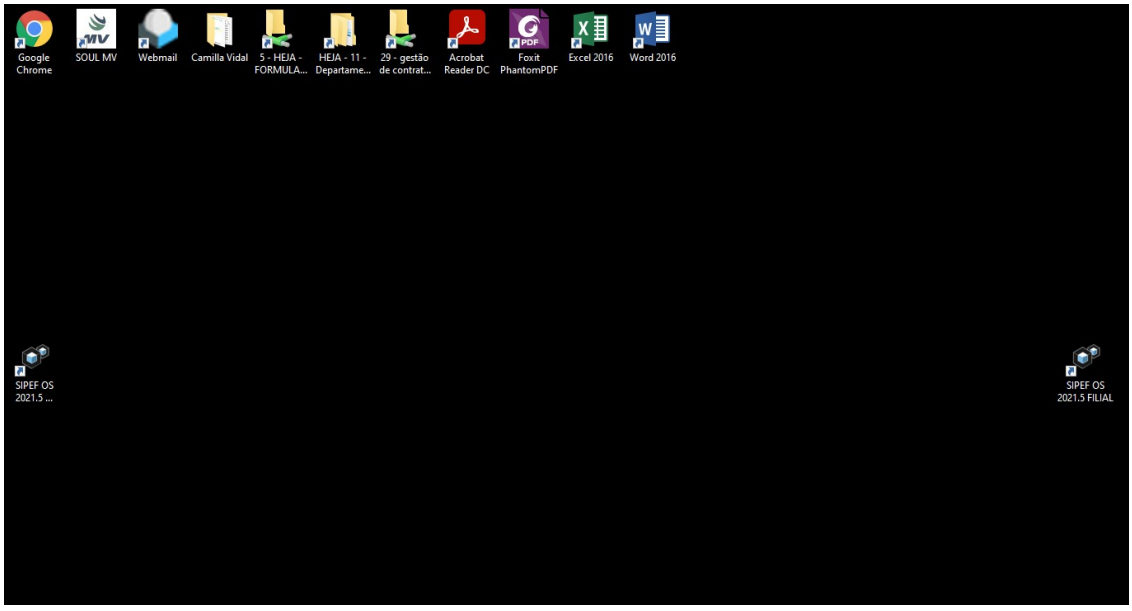
Logo, o objetivo principal do SIPEF é proporcionar segurança jurídica no que concerne aos aspectos financeiro e contábil da administração, possibilitando sua avaliação e, ainda, proporcionar o monitoramento dos contratos de gestão.

O SIPEF encontra-se em funcionamento na extensão da Policlínica Regional - Unidade Goiás, denominada filial, de 08h00 às 18h00, de segunda a sexta, e é gerido pela Camilla, com auxílio da Victória.

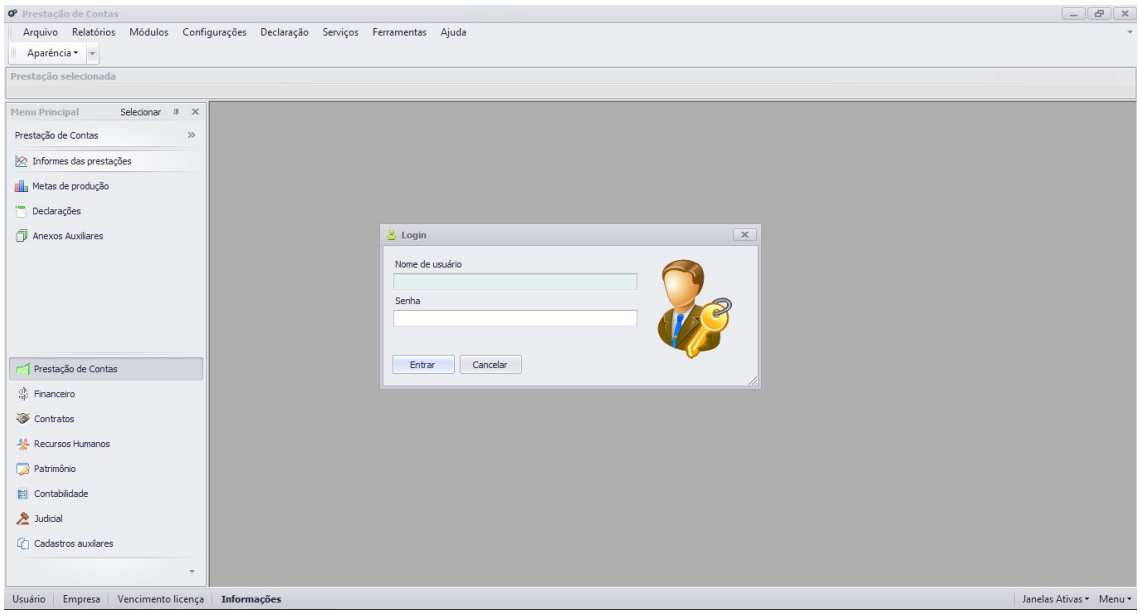
De modo geral, o SIPEF deve funcionar conforme D+1, ou seja, os dados de movimentação financeira são lançados e transmitidos no primeiro dia útil seguinte após a data do movimento financeiro.

3 MANUAL DE ROTINAS

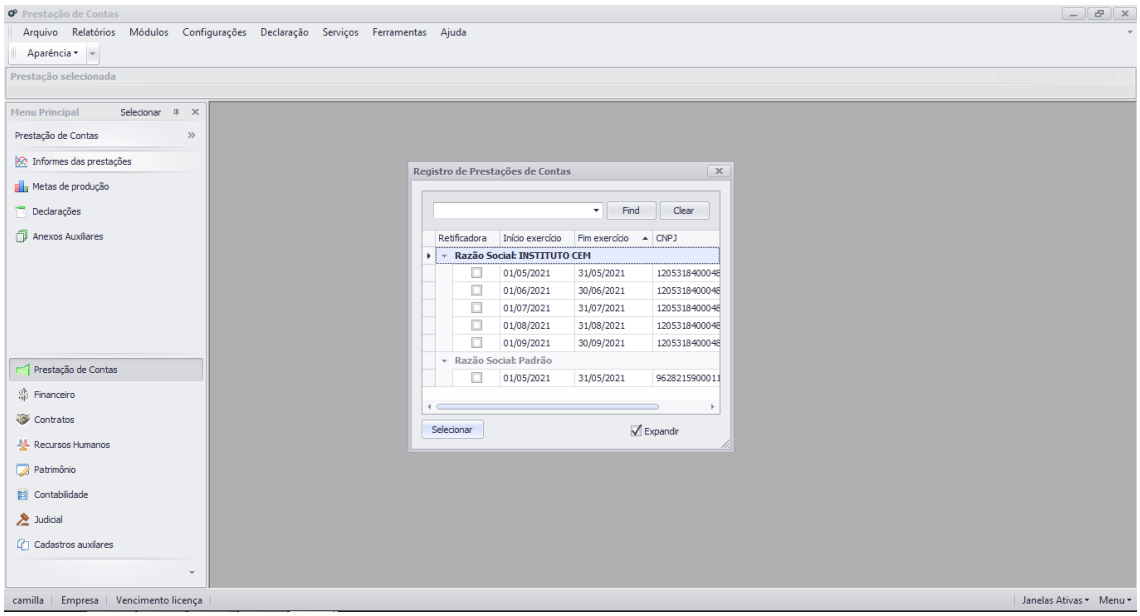
- ✓ Na área de trabalho, escolher em qual SIPEF irá fazer lançamentos (SIPEF CNPJ MATRIZ ou SIPEF CNPJ FILIAL).



- ✓ Ao executar, informar os dados de usuário e senha.



- ✓ No primeiro aceso, o sistema já possui um registro de prestação de contas padrão. Deve-se selecioná-lo para que se possa criar novas prestações mensais.



1º PASSO - CADASTRO CONTRATO GESTÃO

- Cadastro Contrato gestão: Clique em **Contratos → Contrato Gestão.**

clique em **Inserir**, para inserir através de texto externo; para alterar os dados de um contrato já cadastrado, clique em **Alterar**; caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **OK.**

Após clicar em **Inserir** abrirá os seguintes campos:

● Data início da vigência - Data de início do Contrato de Gestão;

● Data final da vigência - Data do encerramento do Contrato de Gestão;

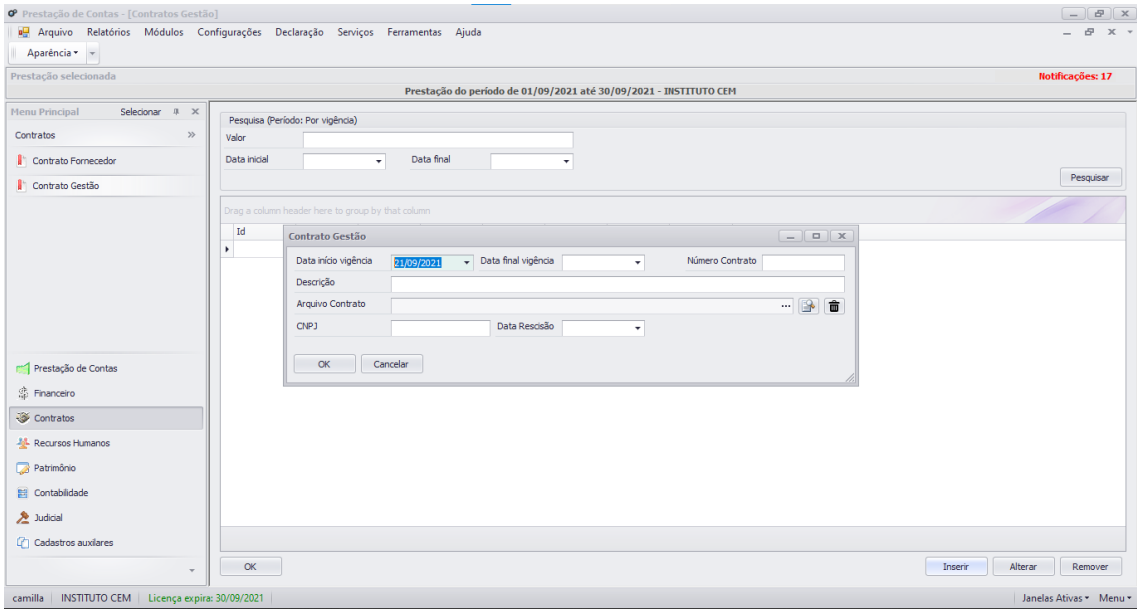
● Número do Contrato - Exemplo 065/SES/2020;

● Descrição do Contrato - Descrever o objeto do Contrato de gestão;

● Arquivo do Contrato - Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir. Lembrando que após selecionar os documentos, nem o caminho nem o nome do documento podem ser alterados.

● CNPJ - CNPJ da Unidade; e

● Data da Rescisão - (preencher somente após o término ou rescisão do Contrato de Gestão).



2º PASSO - CADASTRO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- Cadastro da Prestação de Contas: Clique em Prestação de Contas → Informes das prestações. Na janela Prestações de contas para inserir via sistema um novo período de prestação clique em **Inserir**.

Para **Inserir:** Se houve certificado digital selecionado na configuração, uma tela de listagem será aberta para que o mesmo seja selecionado. Ao selecioná-lo e clicar em **OK**, os campos de Razão Social e CNPJ são preenchidos automaticamente. Caso não deseje que os campos citados sejam preenchidos basta clicar em **Fechar**.

Com a tela de Prestação de Contas aberta preencha o formulário de acordo com os dados da unidade onde os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

● Razão Social – Razão social da unidade;

● Nome Fantasia – Nome fantasia da unidade;

● CNPJ – Número do CNPJ da unidade. Obs.: Deve ser o mesmo CNPJ do contrato de gestão com a secretaria (Filial);

● Insc. Estadual – Se houver preencher o Número da inscrição estadual da unidade;

● Insc. Municipal – Se houver preencher o Número da inscrição municipal da unidade;

● Data – Data do cadastro. Obs.: Não é necessário realizar alterações, o campo é preenchido automaticamente pelo Sistema;

● Arquivo – Não anexar nada na abertura (somente depois se precisar);

● CEP – CEP onde se localiza a unidade;

● UF – Estado onde se localiza a unidade. Obs.: Basta selecionar o estado, clique nos […];

● Município – Cidade onde se localiza a unidade. Obs.: Basta selecionar a cidade, clique nos […];

● Bairro – Bairro onde se localiza a unidade;

● Endereço – Endereço da unidade;

● Complemento – Complemento do endereço da unidade;

● E-mail – E-mail da unidade;

● Número End. – Número residencial da unidade;

● Tel 1 – Telefone da unidade (1ª opção);

● Tel 2 – Telefone da unidade (2ª opção);

● Isenta PIS – Unidade isenta do pagamento de PIS (Não mexer); e

● Retificadora – Só preencher no Caso em que a prestação seja uma retificadora de uma prestação já existente.

Na aba Outros Dados:

● Nr Contrato Gestão - Seleciona [...] para anexar um contrato de gestão já cadastrado no Sistema; ● Início Exercício – Data do primeiro dia do mês da prestação de contas. Ex.: 01/02/2020;

● Fim Exercício – Data do último dia do mês da prestação de contas. Ex.: 29/02/2020;

● Início Contrato - Data do início do contrato de gestão com a unidade;

● Fim Contrato - Data do fim do contrato de gestão com a unidade;

● Valor Total Contrato – Valor total do contrato de gestão com a unidade (Dados de acordo com o contrato de gestão da unidade com a SES);

● Valor Mensal Contrato – Valor mensal do contrato de gestão com a unidade;

● Desc. Contrato – Descrição do contrato de gestão com a unidade;

● Responsável – Nome do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;

● Cargo – Cargo do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;

● CPF – CPF do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;

● Responsável 2° - Nome do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade;

● CRC – CRC do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade; e

● CPF – CPF do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade.

Na aba Repasses:

● Desconto Folha – Desconto na folha de pagamento (NÃO PREENCHER);

● Desc. Contratos – Desconto nos contratos obtidos (NÃO PREENCHER);

● Desconto Outros – Outros tipos de descontos (NÃO PREENCHER);

● Data – Data do recebimento do repasse;

● Operação – Número da operação bancária;

● Tarifa Bancária – Valor da tarifa bancária (NÃO PREENCHER);

● Valor Repasse – Valor do repasse recebido;

● Classificação do Repasses – Classificação do repasse recebido:

1. Nenhuma, 2. Fixo + Variável, 3. Odontologia, 4. Investimento, 5. Ensino e Pesquisa, 6. Programas Especiais, 7. Plano de Investimento Autorizado.

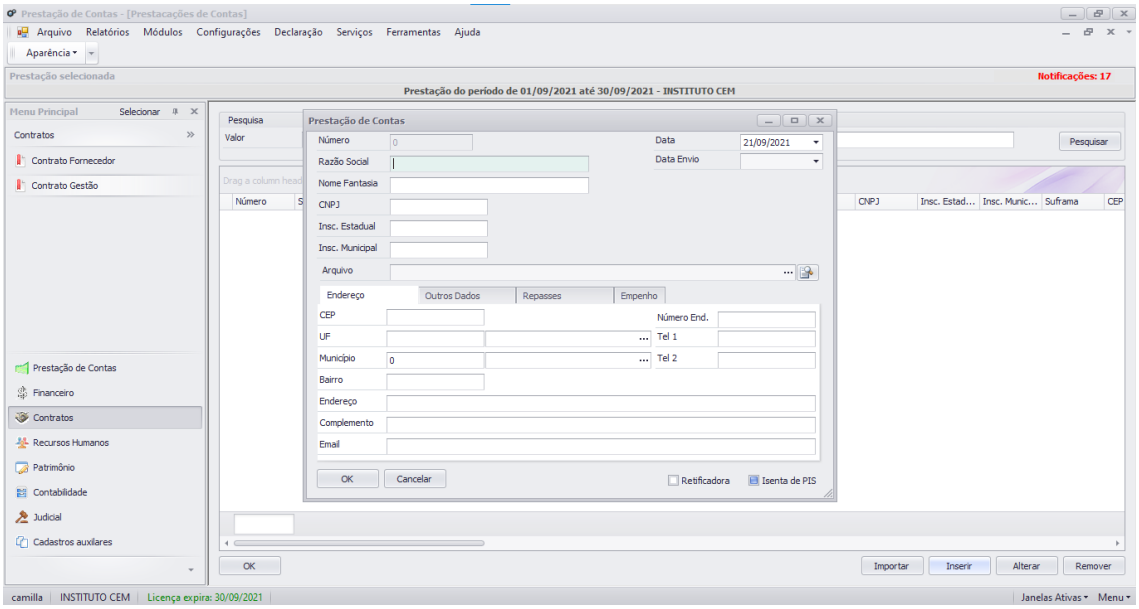
(OBS.: REPASSE MENSAL ESCOLHER O NÚMERO 2. FIXO + VARIÁVEL, OS OUTROS REPASSES ESCOLHER DE ACORDO COM O DESCRIMINADO NO EMPENHO); e

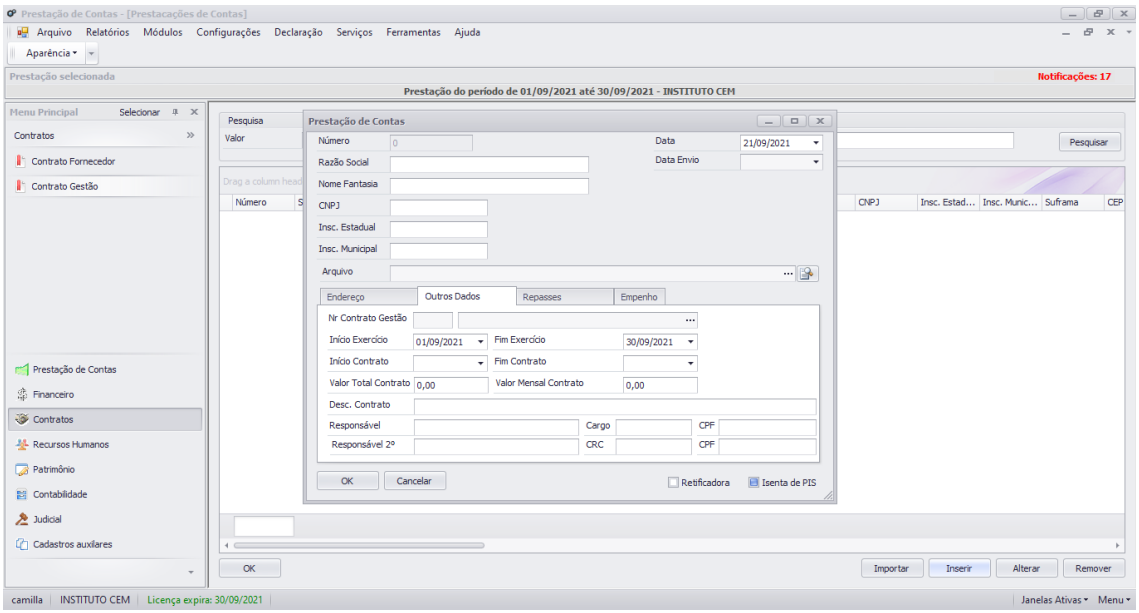
● Responsável pelo Registro – Obs.: É preenchido pelo próprio Sistema.

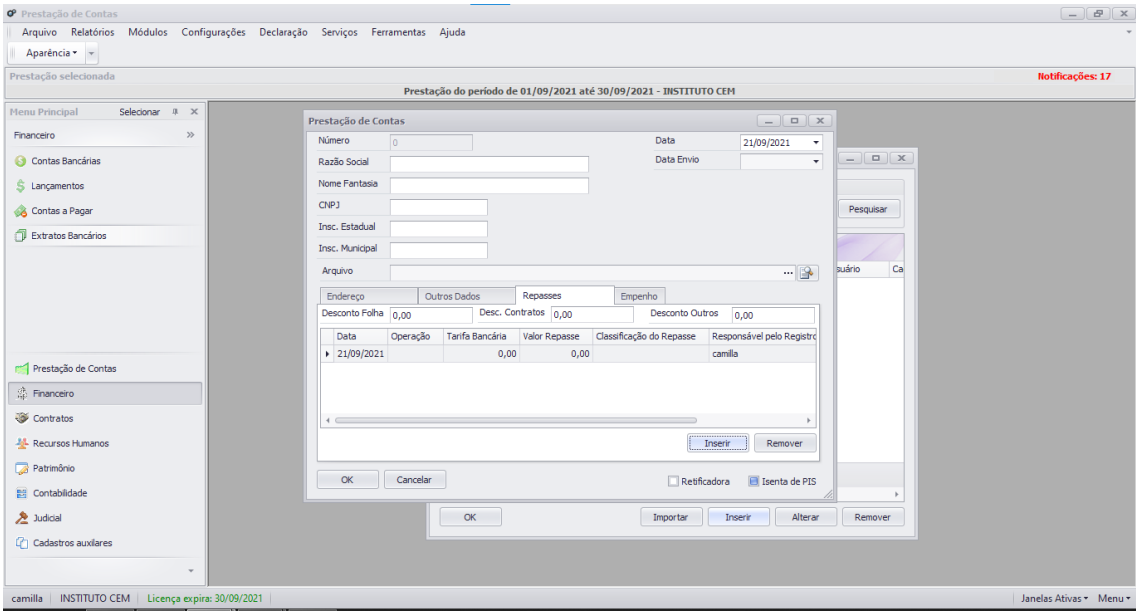
Na aba Empenhos:

(NÃO PREENCHER).

Observação final: para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar,** para alterar os dados de uma prestação já cadastrada, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para salvar os dados clique em OK.







3º PASSO - CADASTRO DE CONTAS BANCÁRIAS

Cadastro de Contas Bancárias: Clique em **Financeiro** → **Contas Bancárias**

Na janela Contas Bancárias para inserir via sistema um novo lançamento clique em **Inserir**, para excluir uma conta já cadastrada, selecione a desejada e depois clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Em **Inserir** os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- C. Contábil – Número da conta contábil vinculada a conta bancária. Ex. 1.1.10.202.002;

● Descrição – Descrição da conta bancária. Ex. Conta corrente matriz ou conta corrente filial;

● Registro – Data em que a conta é cadastrada no sistema. Obs.: É preenchido automaticamente pelo Sistema;

● N° Banco – Selecione o banco na listagem, clicando no símbolo de (+) após clicar no campo;

● Nome Banco – É preenchido após a seleção do banco;

● Agência – Número da agência bancária;

● Ag. Dig. – Dígito da agência bancária;

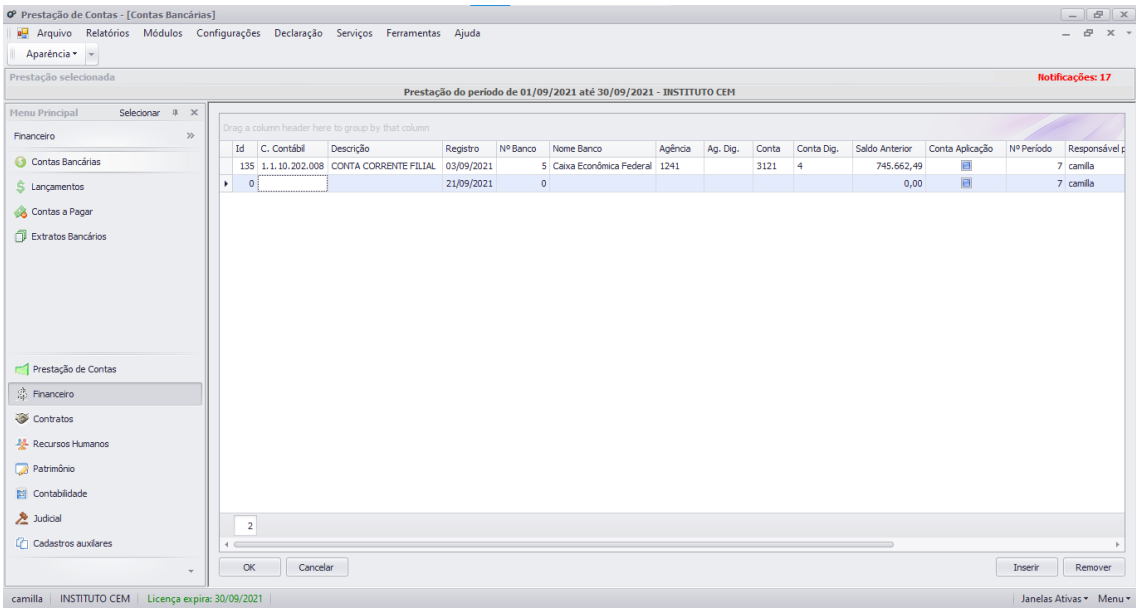
● Conta – Número da conta bancária;

● Conta Dig. – Dígito da conta bancária;

● Saldo Anterior – Valor do último saldo da conta no mês anterior a prestação de contas; e

● Conta Aplicação – Marque caso a conta bancária seja exclusiva para aplicações financeiras.

Ao finalizar o preenchimento, clique em **OK** para salvar.



4º PASSO - CADASTRO DE CONTRATOS E ADITIVOS CONTRATUAIS

Cadastro de Contratos e Aditivos Contratuais: Clique em **Contratos → Contrato Fornecedor.**

Na janela **Contratos Fornecedor** para inserir via sistema um novo contrato clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um contrato já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **OK.**

INSERIR: os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

● Número Contrato – Número do contrato (Exemplo: Contrato nº 001/2021 - Policlínica Regional – Unidade Goianésia);

● Data início vigência – Data do início do contrato;

● Data final vigência – Data do fim do contrato;

● Objeto Contrato – Objeto contratado;

● Nome/Descrição – Nome da Empresa;

● CNPJ/CPF – CNPJ ou CPF do fornecedor contratado;

● Centro de Custos – Centro de custo do contrato. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Cadastros Auxiliares → Centro de Custo (não preencher);

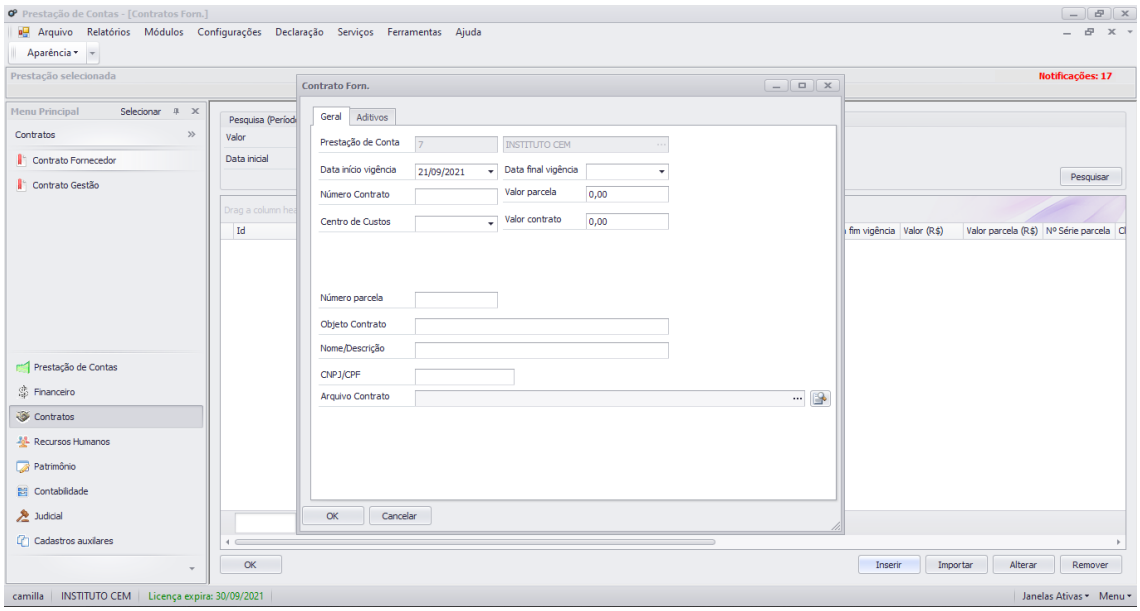
● Arquivo Contrato – Arquivo do contrato. Para selecionar clique em […], marque o pdf desejado e clique em Abrir (Não poderá ser mudado o caminho nem o nome do documento após ser selecionado);

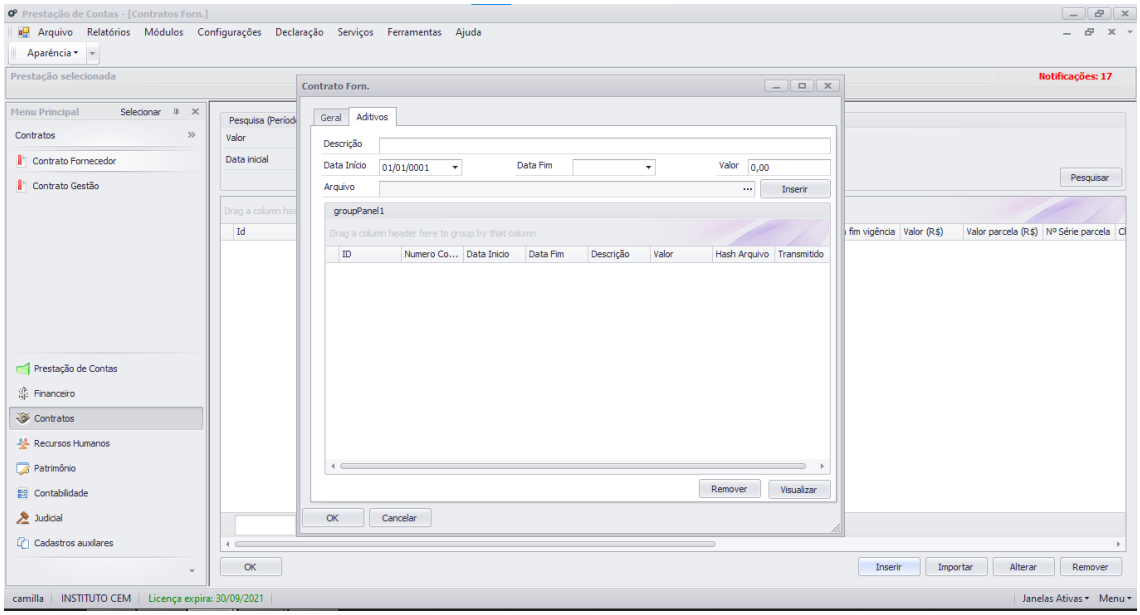
● Valor contrato – Valor total do contrato;

● Número parcela – Parcela do contrato. Ex.: 1; e

● Valor parcela – Valor da parcela do contrato.

Para salvar os dados clique em **OK**.





5º PASSO CADASTRO DE FORNECEDORES

Cadastro de Fornecedores Clique em Módulos → Cadastros Auxiliares → Fornecedores

Na janela Fornecedores para inserir um novo fornecedor clique em **Inserir**, para alterar os dados de um fornecedor já cadastrado, selecione o desejado e altere o campo, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

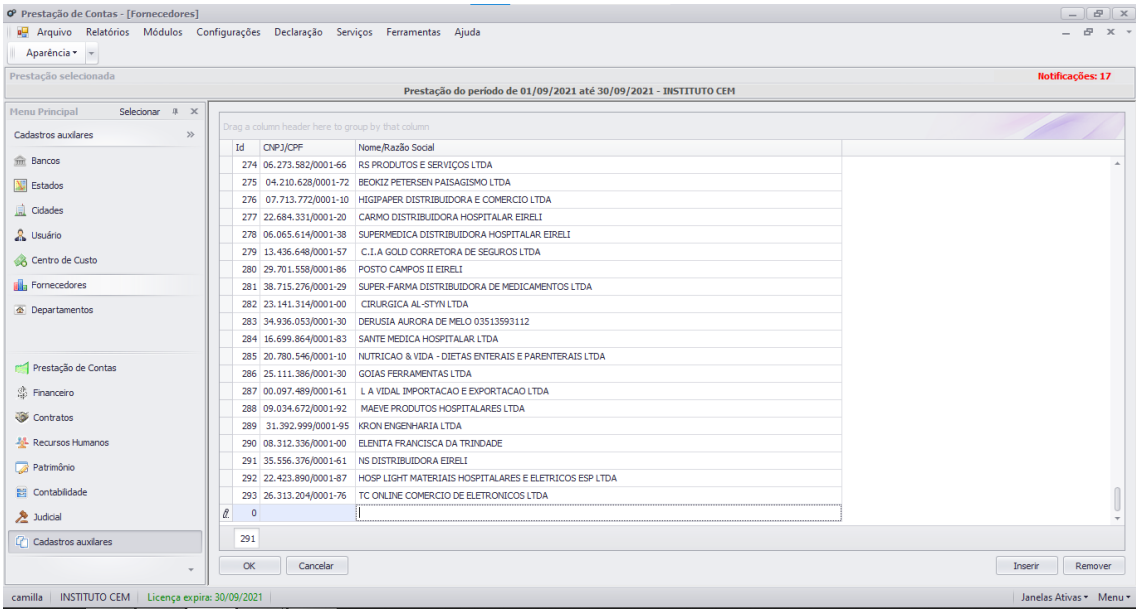
Para salvar clique em **OK** e para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Clique em **Inserir** para cadastrar um novo fornecedor. Onde os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

● CNPJ/CPF – CNPJ ou CPF do fornecedor.

● Nome/Razão Social – Nome ou Razão Social do fornecedor.

Para salvar os dados cadastrados clique em **Ok.**



6º PASSO CADASTRO DE LANÇAMENTOS FINANCEIROS

Cadastro de Lançamentos Financeiros Clique em **Financeiro** → **Lançamentos:**

Na janela Financeiros para inserir via sistema um novo lançamento clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir, selecione-o e clique em **Remover**.

- Se desejar visualizar a nota fiscal de um lançamento, selecione-o e clique em Visualizar NF. Para fechar a tela clique em OK

Inserir novo lançamento:

Na aba Geral:

● N° Operação – Número da operação bancária do lançamento financeiro;

● N° Documento – Número do lançamento financeiro;

● Valor – Valor pago;

● Conciliado – Informa se o lançamento foi ou não debitado no banco (NÃO PREENCHER);

● Competência - Mês do lançamento;

● Data do Pagamento – Data do pagamento/recebimento;

● Centro de Custos – Centro de custo do lançamento. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Cadastros Auxiliares → Centro de Custo (NÃO PREENCHER);

● Tipo Operação – Tipos de operação financeiras mais utilizadas pelo Instituto CEM:

1. Repasse (VERBAS DA SES PARA O INSTITUTO);

3. Resgate Aplicações (usado somente na contra aplicação, quando for DÉBITO, transferência da aplicação para a conta corrente);

6. Pagto. Folha Pagto (usado para lançar o pagamento dos colaboradores);

7. Pagto. Títulos Concessionarias (Água, luz, Telefone);

8. Pagto. Fornecedores (usado para lançar o pagamento de todos fornecedores serviço ou material 9. Pagto. Tributos, Taxas e Contribuições (usado para lancer taxas bancárias e impostos, exceto os da folha de pagamento);

11. Transferências Conta Aplicação (utilizados para lançamentos da conta corrente a DÉBITO, transferência da conta corrente para aplicação);

12. Aplicações Financeiras (Utilizado para lançamentos da conta Aplicação a CRÉDITO, transferência da conta corrente para aplicação);

13. Impostos C/A (Utilizado para lançamentos de impostos diversos na conta aplicação a DÉBITO);

14. Resgate Aplicações (utilizado na conta corrente a CRÉDITO, transferência da conta aplicação para conta corrente);

23. Reembolso de Rateios (rateios de despesas entre as unidades a DÉBITO – 3%);

26. Rescisões Trabalhistas;

32. Aluguel;

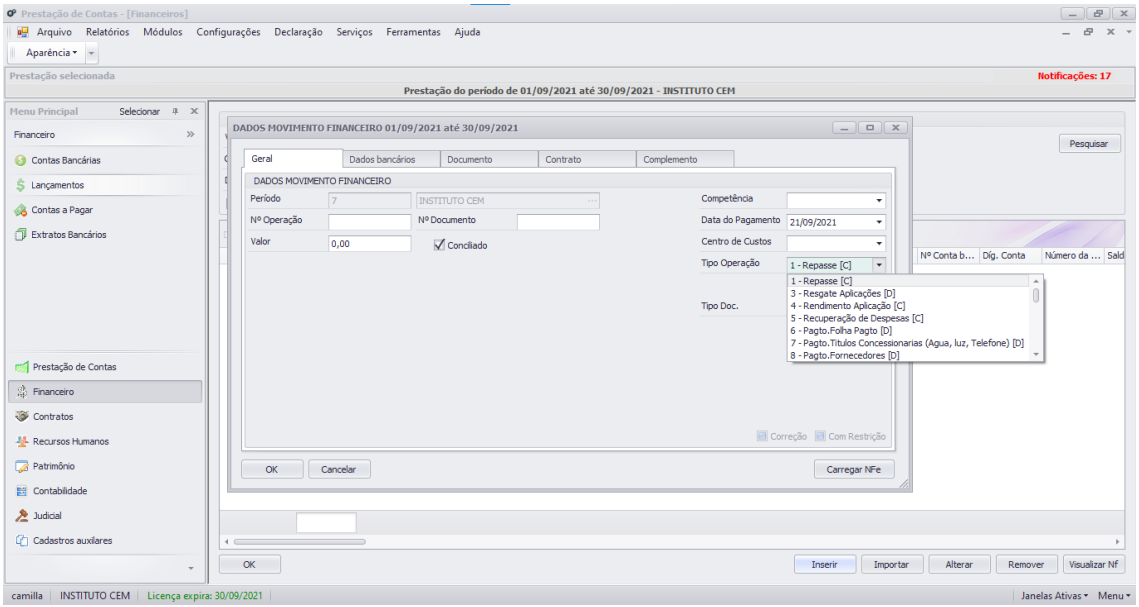
36. Encargos sobre Folha Pagamento (impostos sobre a folha IRRF, PIS, FGTS e INSS);

37. Reembolso de Despesas [Débito] (Estornos ou movimentação de verbas entres as unidades);

40. Reembolso de Despesas [Crédito] (Estornos ou movimentação de verbas entres as unidades);

46. Encargos sobre rescisão Trabalhista. (despesas com encargos na rescisão);

47. Reembolso de Rateios. (rateios de despesas entre as unidades a CRÉDITO – 3%);



● Tipo Doc. – Tipo de documento no qual foi realizado o lançamento:

1. CHEQUE

2. DEPÓSITO

3. TED

4. DOC

5. OUTROS

6. DINHEIRO

7. BOLETO

8. TEVS

9. DUA

10. DUAM

11. DARE

12. DARF

13. TARIFAS BANCÁRIAS

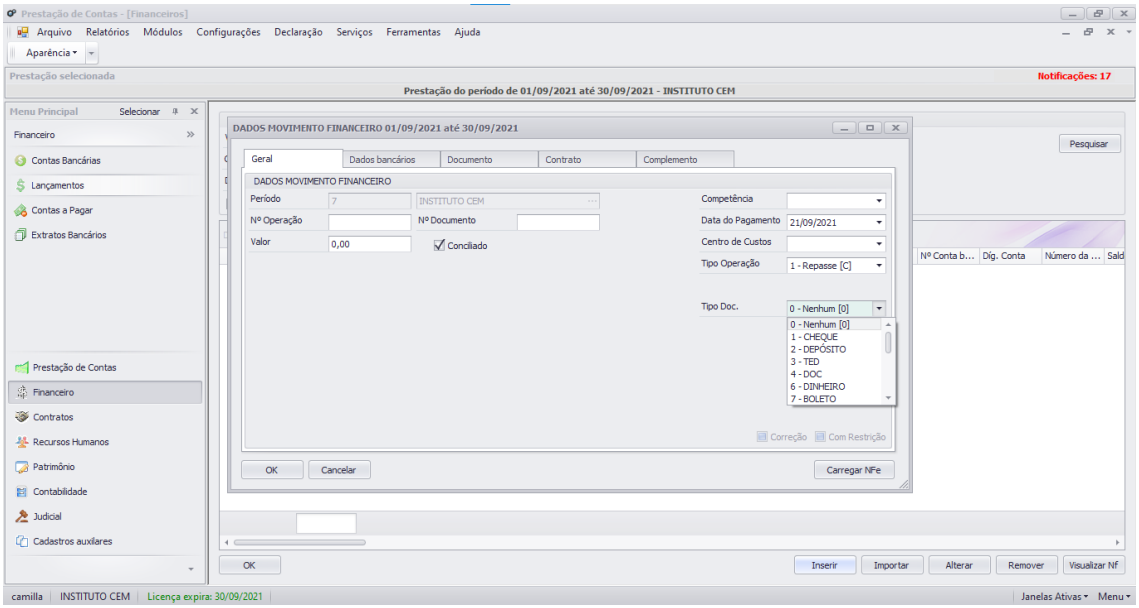
14. IPTU

15. IPVA

16. FATURA

17. GPS

18. FGTS



OBS.: CASO O “TIPO OPERAÇÃO” FOR “8-Pagto.Fornecedores ”, OS SEGUINTES CAMPOS PODEM SER VISUALIZADOS E DEVEM SER PREENCHIDOS:

● Classificação Pagto – Classificação do pagamento a fornecedor;

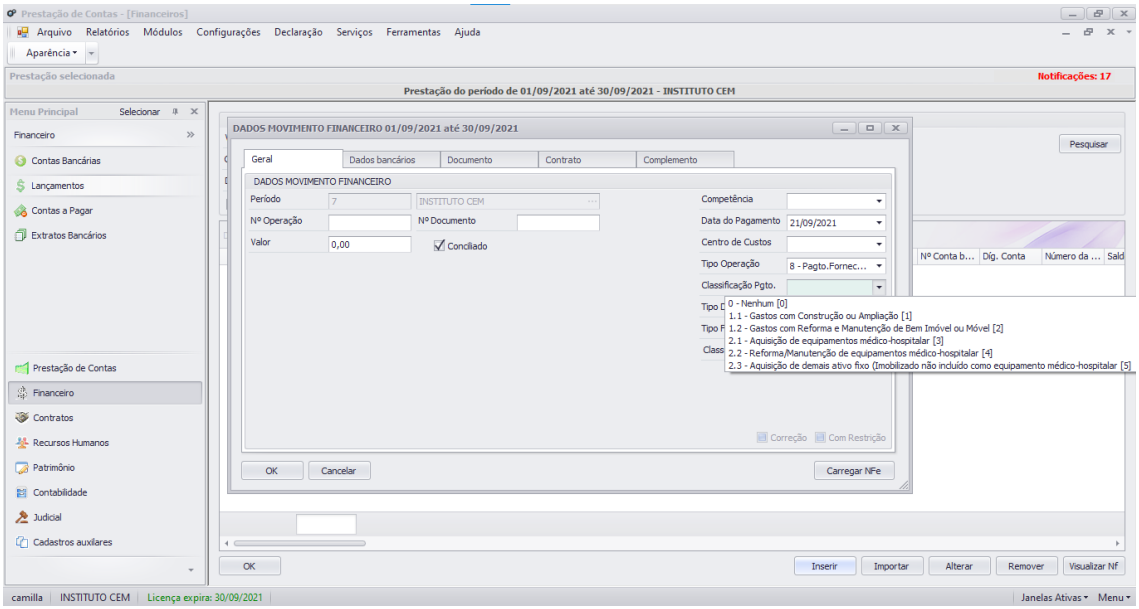
1. Gastos com Construção ou Ampliação;

2. Gastos com Reforma Bem Imóvel;

3. Aquisição de equipamentos médico-hospitalar;

4. Reforma/Manutenção de equipamentos médico-hospitalar;

5. Aquisição de demais ativos fixos (Imobilizado não incluído como equipamento médico-hospitalar);

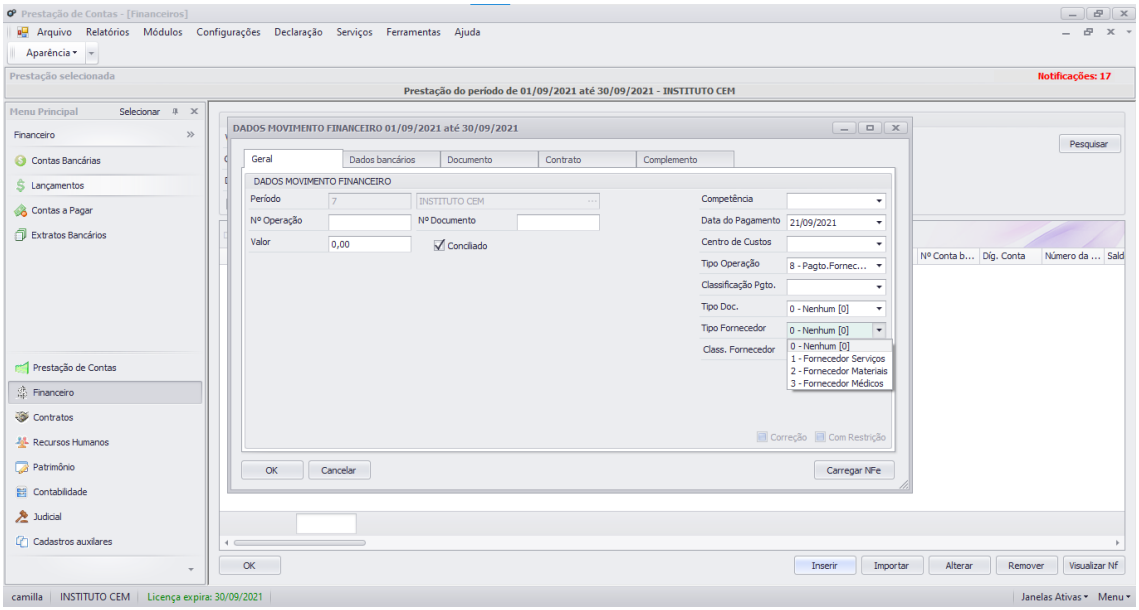


● Tipo Fornecedor – Tipo de fornecedor que gerou o pagamento:

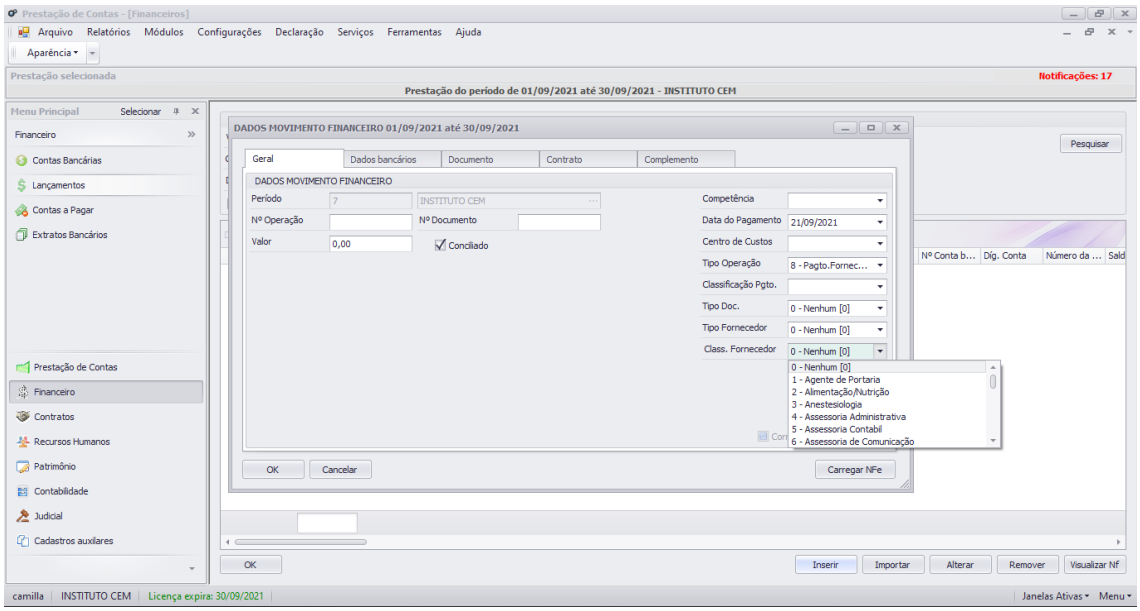
1. Fornecedor Serviços;

2. Fornecedor Materiais;

3. Fornecedor Médicos;



● Classificação fornecedor – selecionar o número que mais se enquadra com o lançamento.



Na aba Dados bancários:

Defina a conta bancária na qual ocorreu a movimentação financeira clicando em [..], selecione a conta desejada (conta corrente ou aplicação) e clique em Selecionar.

Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Financeiro → Contas bancárias. Os demais dados serão preenchidos automaticamente.

Na aba Documento:

● NF/DOC – Número da nota fiscal/documento;

● N° Série – Número de série da nota fiscal. (Se for de serviço e não tiver série escrever “eletrônica”);

● Participante – Nome do favorecido (quem recebeu o pagamento). Este pode ser selecionado em [...] se cadastrado previamente em **Cadastros auxiliares** → **Fornecedores**;

● CPF/CNPJ – CPF/CNPJ do favorecido (quem recebeu o pagamento);

● Valor Doc. – Valor do documento. (nem sempre o valor do documento e igual ao do pagamento);

● Juros/Multa – Valor pago em juros ou multa;

● Desconto – Valor de desconto;

● Frete – Valor do frete;

● Chave da NFe – Chave da nota fiscal. (Não há necessidade de preencher);

● Arquivo NF – Arquivo da nota fiscal. Para selecionar clique em […], marque o pdf desejado e clique em Abrir (O processo de compras ou aquisição de serviços, assim como os demais documentos devem ser preparados em pastas com locais específicos e apos a inserção no SIPEF o caminho dos documentos assim como foram nominados não mais podem ser modificados)

● Arquivo XML/DANFE - Arquivo do XML/DANFE. Para selecionar clique em […], marque o XML desejado e clique em **Abrir** (Não precisar preencher ou anexar);

● Data NF/DOC – Data da nota fiscal/documento;

● Vencimento – Vencimento da nota fiscal/documento. (Vencimento do Boleto bancário ou conforme contrato;

● CSRF – Valor das contribuições sociais retidas na fonte;

● INSS/ICMS – Valor do INSS/ICMS (Se tiver discriminado na nota);

● ICMS ST – Valor do ICMS ST (Se tiver discriminado na nota);

● IPI – Valor do IPI (Se tiver discriminado na nota);

● ISS – Valor do ISS (Se tiver discriminado na nota);

● IR – Valor do IR (Se tiver discriminado na nota);

● PIS – Valor do PIS (Se tiver discriminado na nota);

● CONFINS – Valor do CONFINS (Se tiver discriminado na nota);

● CSLL – Valor do CSLL (Se tiver discriminado na nota);

Na aba Contrato:

Obs.: CASO O “TIPO OPERAÇÃO” FOR “8-Pagto.Fornecedores ”, “32-Aluguel” ou “7-Pagto.Titulos Concessionária” OS CAMPOS DESTA ABA PODEM SER PREENCHIDOS.

● Descrição – Defina o contrato do qual o pagamento for proveniente clicando em [..], selecione-o e clique em Selecionar. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em **Contratos → Contrato Fornecedor**;

● Contrato N° – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Arquivo Contratos – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● CNPJ/CPF – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Início vigência – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Final vigência – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Valor total – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Valor mensal – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Série parcela – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;

● Arquivo Certidão – Certidão negativa de débitos do fornecedor contratado. Para selecionar clique em […], marque o pdf desejado e clique em Abrir; e

● Não possui contrato – Deve ser marcado para o caso de não haver contrato. Obs.: Obrigatório para as operações supracitadas.

Na aba Complemento:

● Histórico – Histórico do pagamento/recebimento

● Observação da Nota Fiscal – Qualquer observação desejada sobre o pagamento/recebimento. No botão Carregar NFe é possível selecionar o XML da nota, esse por sua vez irá preencher os campos supracitados que estiverem disponíveis.

Ao finalizar o preenchimento, clique em **OK** para salvar.

7º PASSO - CADASTRO DE EXTRATOS BANCÁRIOS

Clique em **Financeiro → Extratos Bancários,** na janela Extratos Bancários para inserir um novo extrato clique em **Inserir**, para alterar os dados de um extrato já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir, selecione-o e clique em **Remover**. Para visualizar o arquivo selecionado, clique em **Visualizar Arq**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastrar um novo extrato bancário, clique em **Inserir**, os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

● Descrição – Deve ser informada a descrição do arquivo, Exemplo “Conta corrente Matriz”;

● Arquivo – Arquivo do extrato bancário. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir;

● Conta Bancária – Defina de qual conta bancária é o extrato clicando em [..], selecione a conta desejada e clique em Selecionar. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Financeiro → Contas bancárias; e

● Data – Data de emissão do extrato bancário.

Para salvar os dados clique em **OK**.

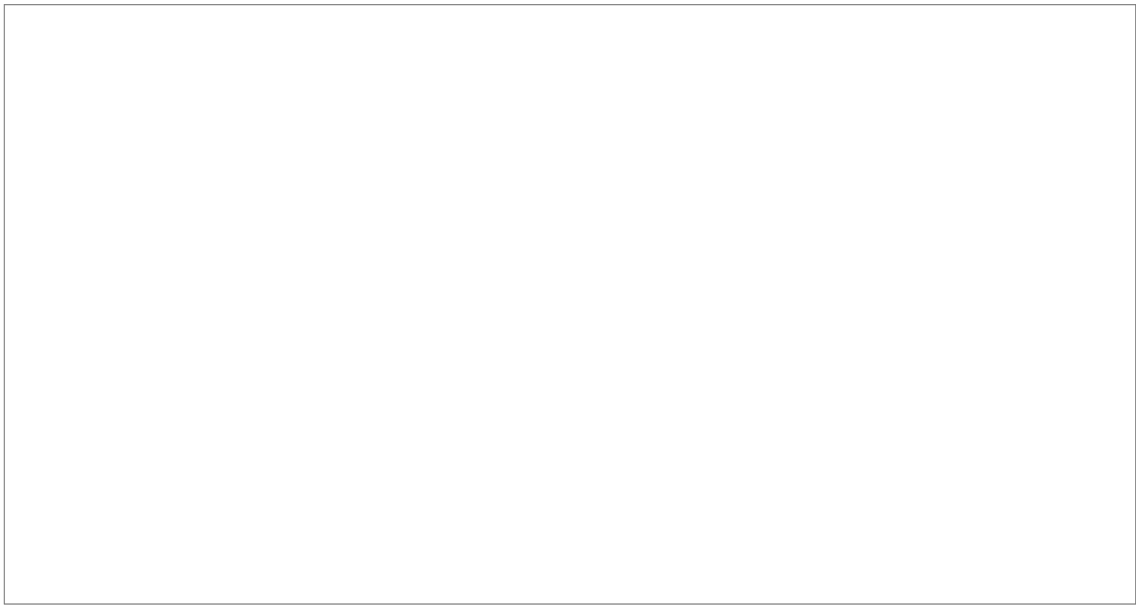
OBS.: O Extrato Bancário mensal deve ser inserido após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

8º PASSO - PLANILHAS

As **planilhas** servem para importação de dados para o Sistema SIPEF, as mais utilizadas pelo Instituto CEM são:

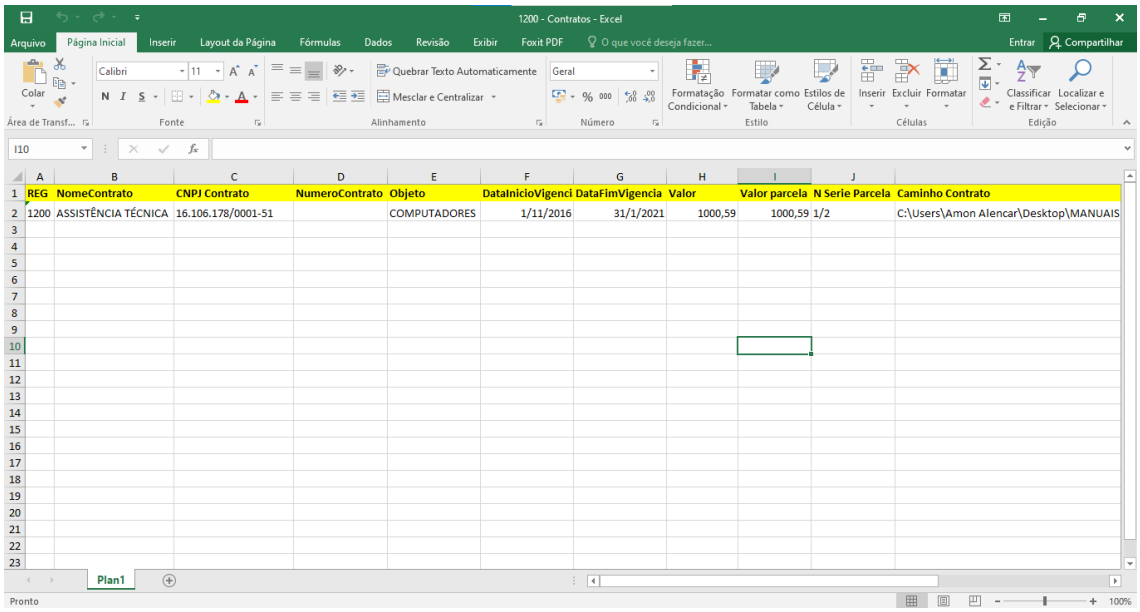
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA:

● **0200 - Movimentação financeira**: É utilizada para realização dos lançamentos financeiros D+1.



CONTRATOS:

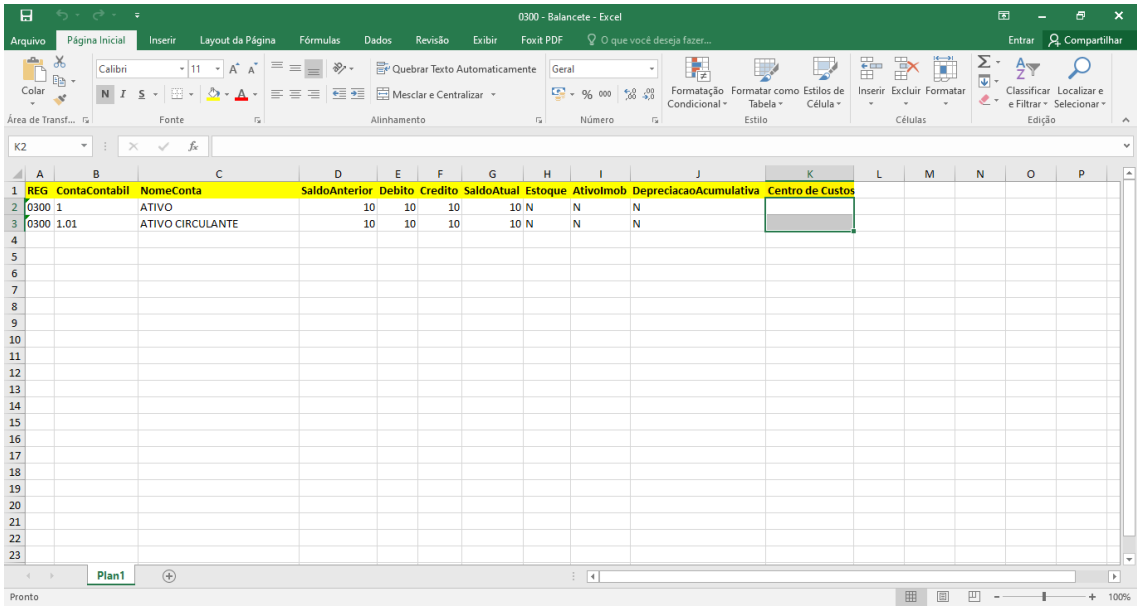
● **1200 - Contratos**: É utilizada para inserir os contratos com fornecedores no Sistema;



REG	NomeContrato	CNPJ Contrato	NumeroContrato	Objeto	DataInicioVigenci	DataFimVigencia	Valor	Valor parcela	N Serie Parcela	Caminho Contrato
1200	ASSISTÊNCIA TÉCNICA	16.106.178/0001-51		COMPUTADORES	1/11/2016	31/1/2021	1000,59	1000,59	1/2	C:\Users\Amon Alencar\Desktop\MANUAIS

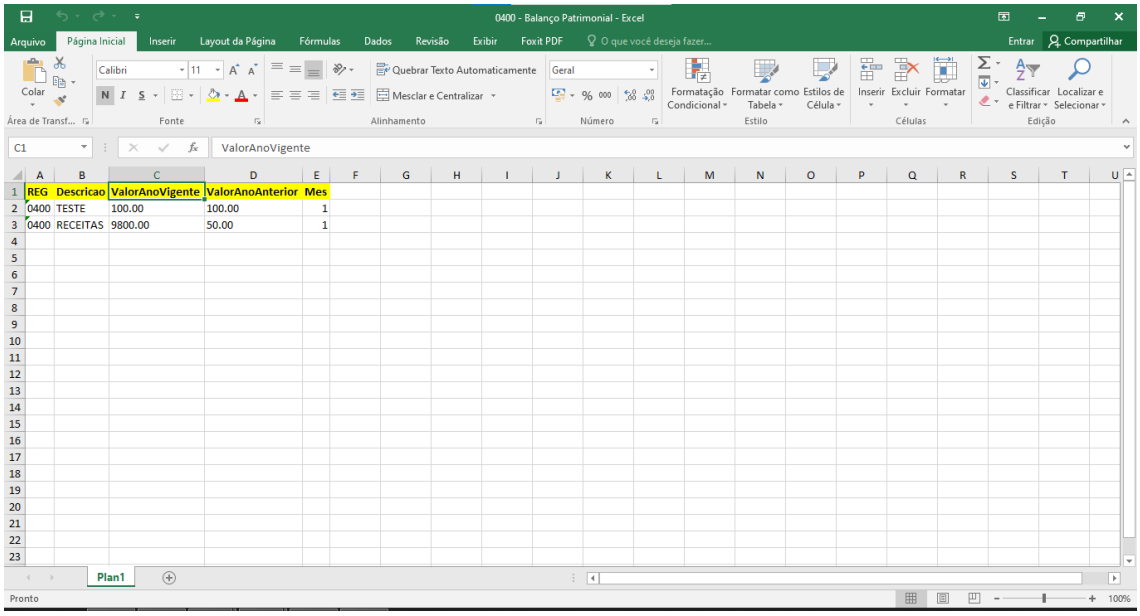
DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS:

● **0300 – Balancete**: É utilizada para inserir os dados do Balancete no SIPEF;



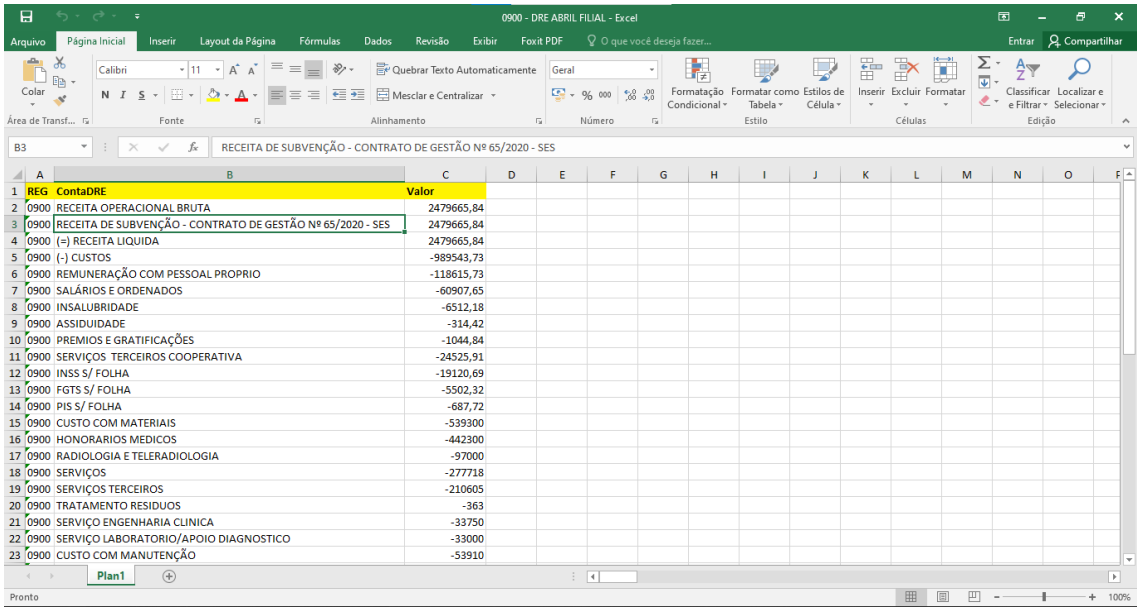
REG	ContaContabil	NomeConta	SaldoAnterior	Debito	Credito	SaldoAtual	Estoque	AtivoImob	DepreciacaoAcumulativa	Centro de Custos
0300	1	ATIVO	10	10	10	10	N	N	N	
0300	1.01	ATIVO CIRCULANTE	10	10	10	10	N	N	N	

● **0400 - Balanço Patrimonial:** É utilizada para inserir os dados do Balanço Patrimonial no SIPEF;



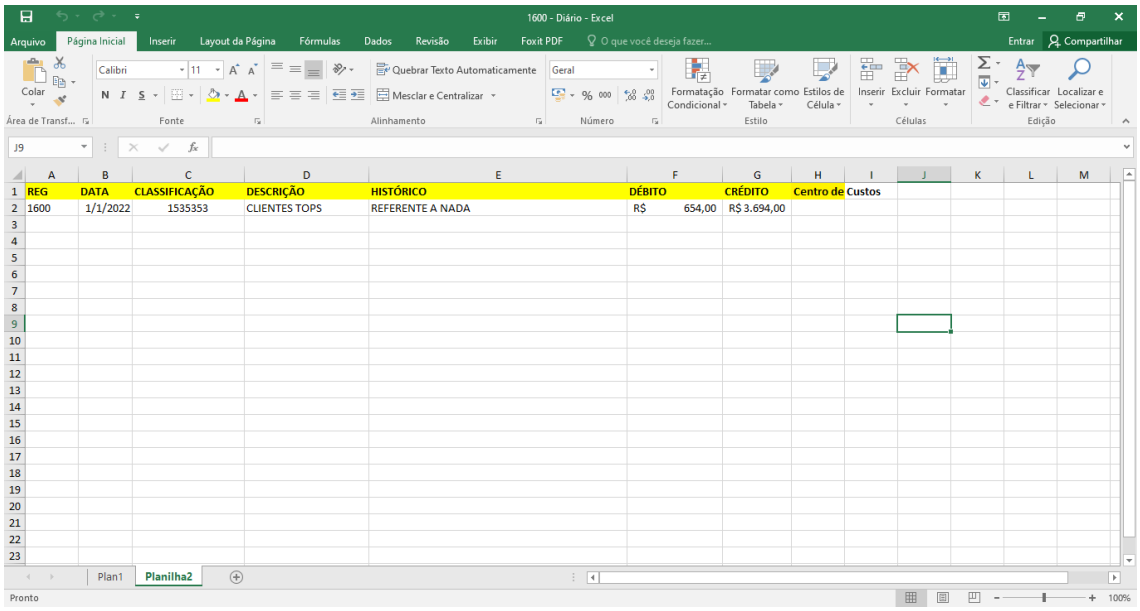
REG	Descricao	ValorAnoVigente	ValorAnoAnterior	Mes
0400	TESTE	100.00	100.00	1
0400	RECEITAS	9800.00	50.00	1

- **0900 - DRE:** É utilizada para inserir os dados do DRE no SIPEF;

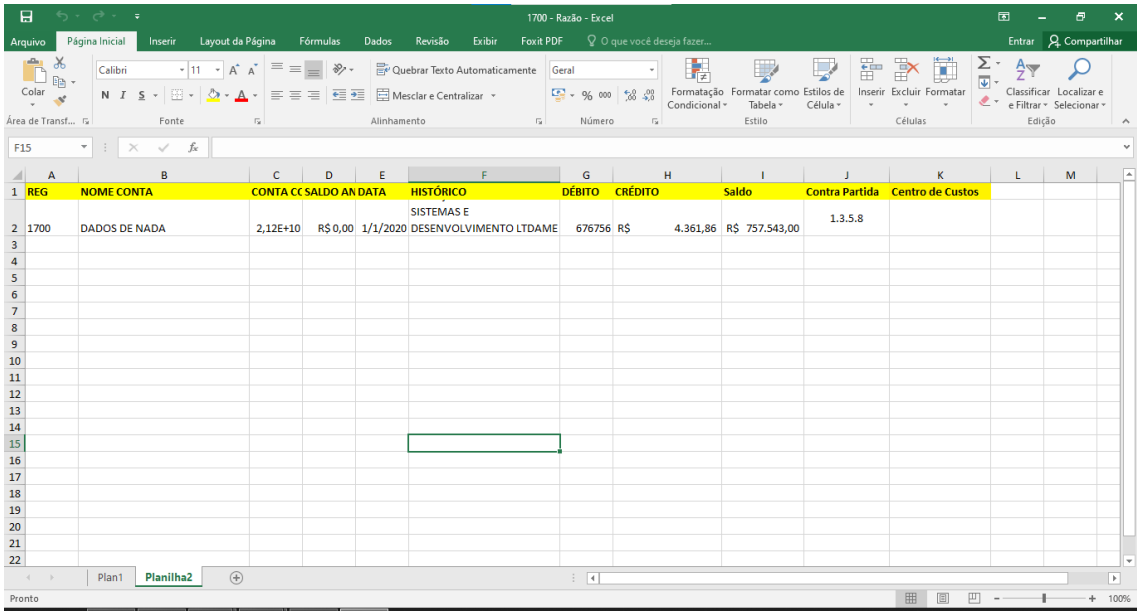


REG	ContaDRE	Valor
0900	RECEITA OPERACIONAL BRUTA	2479665,84
0900	RECEITA DE SUBVENÇÃO - CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES	2479665,84
0900	(=) RECEITA LIQUIDA	2479665,84
0900	(-) CUSTOS	-989543,73
0900	REMUNERAÇÃO COM PESSOAL PROPRIO	-118615,73
0900	SALÁRIOS E ORDENADOS	-60907,65
0900	INSALUBRIDADE	-6512,18
0900	ASSIDUIDADE	-314,42
0900	PREMIOS E GRATIFICAÇÕES	-1044,84
0900	SERVIÇOS TERCEIROS COOPERATIVA	-24525,91
0900	INSS S/ FOLHA	-19120,69
0900	FGTS S/ FOLHA	-5502,32
0900	PIS S/ FOLHA	-687,72
0900	CUSTO COM MATERIAIS	-539300
0900	HONORARIOS MEDICOS	-442300
0900	RADIOLOGIA E TELERADIOLOGIA	-97000
0900	SERVIÇOS	-277718
0900	SERVIÇOS TERCEIROS	-210605
0900	TRATAMENTO RESIDUOS	-363
0900	SERVIÇO ENGENHARIA CLINICA	-33750
0900	SERVIÇO LABORATORIO/APOIO DIAGNOSTICO	-33000
0900	CUSTO COM MANUTENÇÃO	-53910

- **1600 - Razão:** É utilizada para inserir os dados do Razão no SIPEF; e



REG	DATA	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	HISTÓRICO	DÉBITO	CRÉDITO	Centro de Custos
1600	1/1/2022	1535353	CLIENTES TOPS	REFERENTE A NADA	R$ 654,00	R$ 3.694,00	



REG	NOME CONTA	CONTA CC	SALDO AN	DATA	HISTÓRICO	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo	Contra Partida	Centro de Custos
1700	DADOS DE NADA	2,12E+10	R$ 0,00	1/1/2020	SISTEMAS E DESENVOLVIMENTO LTDAME	676756	R$ 4.361,86	R$ 757.543,00	1.3.5.8	

● **1700 - Diário:** É utilizada para inserir os dados do Diário SIPEF;

OBS.: OS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS devem ser inseridos após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

Cadastro do Balancete Clique em Contabilidade → Balancete (0300)

Na janela Balancete para inserir via sistema um novo balancete clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um balancete já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Balanço Patrimonial Clique em Contabilidade → Balanço Patrimonial (0400)

Na janela Balanço Patrimonial para inserir um novo balanço clique em **Inserir**, para alterar os dados de um balanço já cadastrado, selecione o campo desejado e altere-o, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Cadastro do DRE Clique em Contabilidade → DRE (0900)

Na janela DRE para inserir via sistema um novo DRE clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um DRE já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Livro Diário Clique em Contabilidade → Diário (1600)

Na janela Diário para inserir via sistema um novo lançamento do livro diário clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento do livro diário já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Livro Razão Clique em Contabilidade → Razão (1700)

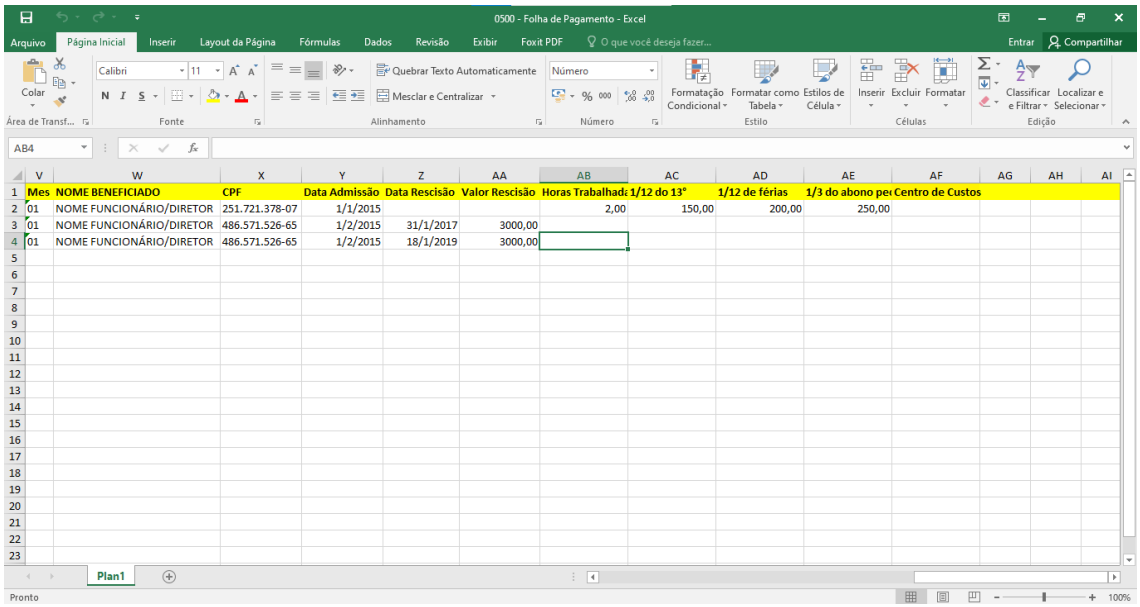
Na janela Razão para inserir via sistema um novo lançamento do livro razão clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento do livro razão já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

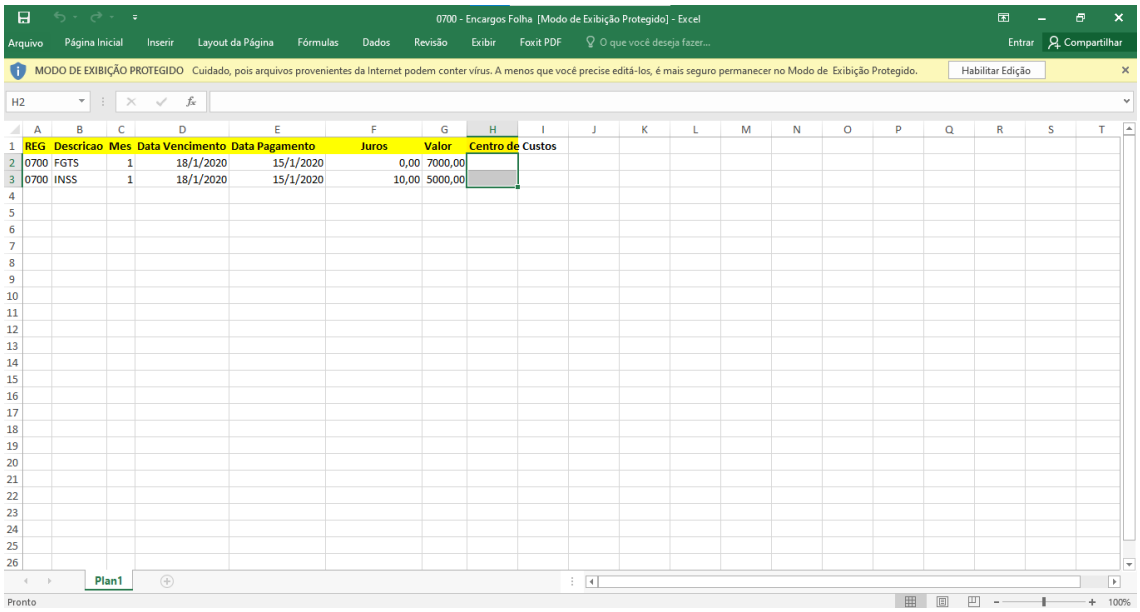
OBS.: os demonstrativos contáveis são recebidos da contabilidade em uma planilha excel com a formatação diferente da formatação das planilhas dos SIPEF, em consequência o operador deverá transportar os dados da planilha da contabilidade para a planilha do SIPEF, conforme formatação exigida pelo Sistema constante no **ANEXO II.**

DEMONSTRATIVOS FOLHA DE PAGAMENTO:

● **0500 – Folha de pagamento:** É utilizada para inserir os dados da Folha de Pagamento no SIPEF;



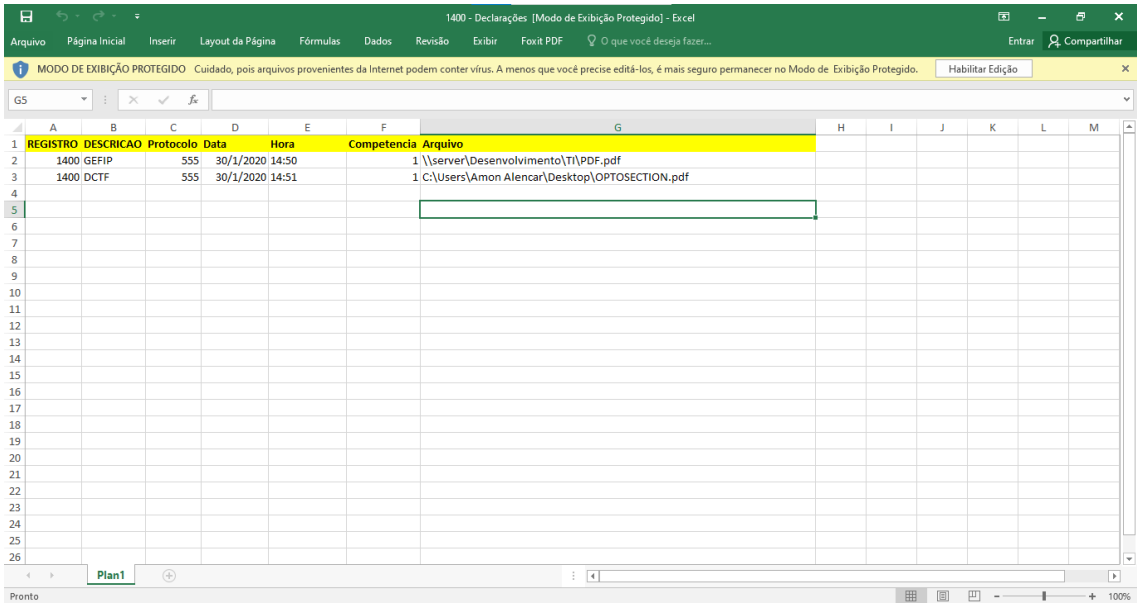
Mes	NOME BENEFICIADO	CPF	Data Admissão	Data Rescisão	Valor Rescisão	Horas Trabalhad	1/12 do 13°	1/12 de férias	1/3 do abono pe	Centro de Custos
01	NOME FUNCIONÁRIO/DIRETOR	251.721.378-07	1/1/2015			2,00	150,00	200,00	250,00	
01	NOME FUNCIONÁRIO/DIRETOR	486.571.526-65	1/2/2015	31/1/2017	3000,00					
01	NOME FUNCIONÁRIO/DIRETOR	486.571.526-65	1/2/2015	18/1/2019	3000,00					



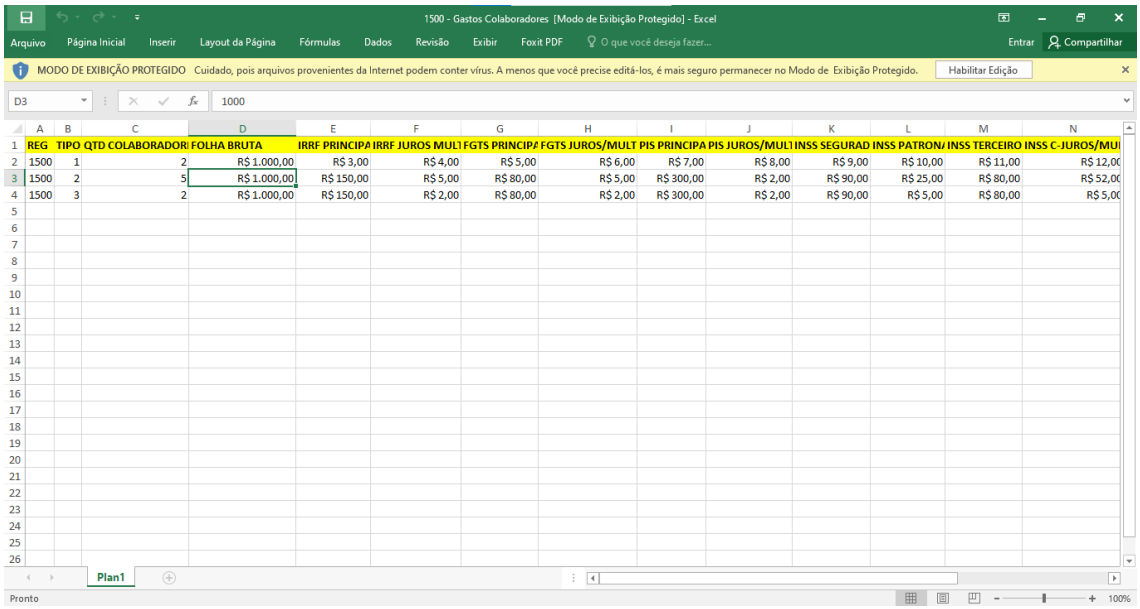
REG	Descricao	Mes	Data Vencimento	Data Pagamento	Juros	Valor	Centro de Custos
0700	FGTS	1	18/1/2020	15/1/2020	0,00	7000,00	
0700	INSS	1	18/1/2020	15/1/2020	10,00	5000,00	

● **0700 – Encargos:** É utilizada para inserir os dados dos Encargos da folha no SIPEF.

● **1400 – Declarações GFIPE:** É utilizada para inserir os dados da Declarações GFIPE no SIPEF; e



● **1500 – Gastos com colaboradores:** É utilizada para inserir os dados dos Gastos com colaboradores no SIPEF.



OBS.: OS DEMONSTRATIVOS DA FOLHA DE PAGAMENTO devem ser inseridos após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

Cadastro de Folha de Pagamento Clique em Recursos Humanos → Folha Pagamento (0500)

Na janela Folha de Pagamento para inserir via sistema uma nova folha clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de uma folha já cadastrada, clique em **Pesquisar** e selecione a

desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-la, selecione-a e clique em **Remover**.

Cadastro de Encargos sobre Folha Clique em Recursos Humanos → Encargos Folha (0700)

Na janela Encargos Folha Pagamentos para inserir um novo encargo clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar,** para alterar os dados de um encargo já cadastrado, clique sobre o campo e altere-o, caso deseje excluí-lo selecione-o e clique em **Remover**.

Cadastro de Arquivos da Folha Clique em Recursos Humanos → Declarações GFIPE (1400)

Na janela Arquivos para inserir um novo arquivo clique em **Inserir**, para alterar os dados de um arquivo já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

No momento de inserir os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

● Descrição – Descrição/Nome do arquivo.

● Arquivo – Arquivo que deseja enviar. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir.

Cadastro de Gastos c/ colaborador Clique em Recursos Humanos → Gastos c/ colaborador (1500)

Na janela Gasto com colaborador para inserir via sistema um novo gasto clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um gasto já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-la, selecione-a e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

OBS.: os demonstrativos da folha são recebidos da contabilidade em uma planilha excel com a formatação diferente da formatação das planilhas dos SIPEF, em consequência o operador deverá transportar os dados da planilha da contabilidade para a planilha do SIPEF, conforme formatação exigida pelo Sistema SIPEF, constante no **ANEXO II.**

9º PASSO RELATÓRIOS

Feitos os lançamentos, seja por inserção manual ou por importação modular, pode-se verificar os dados incluídos através dos relatórios. Para acesso aos relatórios na tela principal do SIPEF acesse o menu Relatórios: Os relatórios ficam agrupados de acordo com o módulo pelo qual é correspondente. Selecione o relatório que deseja verificar e aguarde a abertura do mesmo. Sendo os mais utilizados pelo Instituto Cem:

● Pagamento Efetuado – II

Clique em Relatórios → Financeiro → Pagamento Efetuado – II

Este relatório pode ser impresso com todos os dados da prestação de contas ou por período (desde que esteja dentro da vigência da prestação de contas selecionada). Para listar os dados de toda a prestação de contas, na tela Seleção basta manter selecionado o Por – Prestação e clicar em **OK**. Para listar os dados por período, selecione Por – Período e preencha a data de início e fim da seleção desejada.

● Resumo da Movimentação Financeira – III

Clique em Relatórios → Financeiro → Resumo da Movimentação Financeira – III

Este relatório pode ser impresso com todos os dados da prestação de contas ou por período (desde que esteja dentro da vigência da prestação de contas selecionada). Para listar os dados de toda a prestação de contas, na tela Seleção basta manter selecionado o Por – Prestação e clicar em **OK**. Para listar os dados por período, selecione Por – Período e preencha a data de início e fim da seleção desejada.

● Relatório Fluxo de caixa - XXIX

Clique em Relatórios → Financeiro → Fluxo de caixa - XXIX

Abrirá automaticamente.

● Relatório Folha de Pagamento Pessoal - X

Clique em Relatórios → Recursos Humanos → Folha de Pagamento de Pessoal - X

Abrirá automaticamente.

● Relatório Balancetes Analíticos - XVI

Clique em Relatórios → Contabilidade → Balancetes Analíticos - XVI

Abrirá automaticamente.

● Relatório Balanço Patrimonial – XVIII

Clique em Relatórios ⟶ Contabilidade ⟶ Balanço Patrimonial – XVIII

Abrirá automaticamente.

● Relatório DRE - XIX

Clique em Relatórios ⟶ Contabilidade ⟶ DRE - XIX

Abrirá automaticamente.

● Relatório DIÁRIO - XXXII

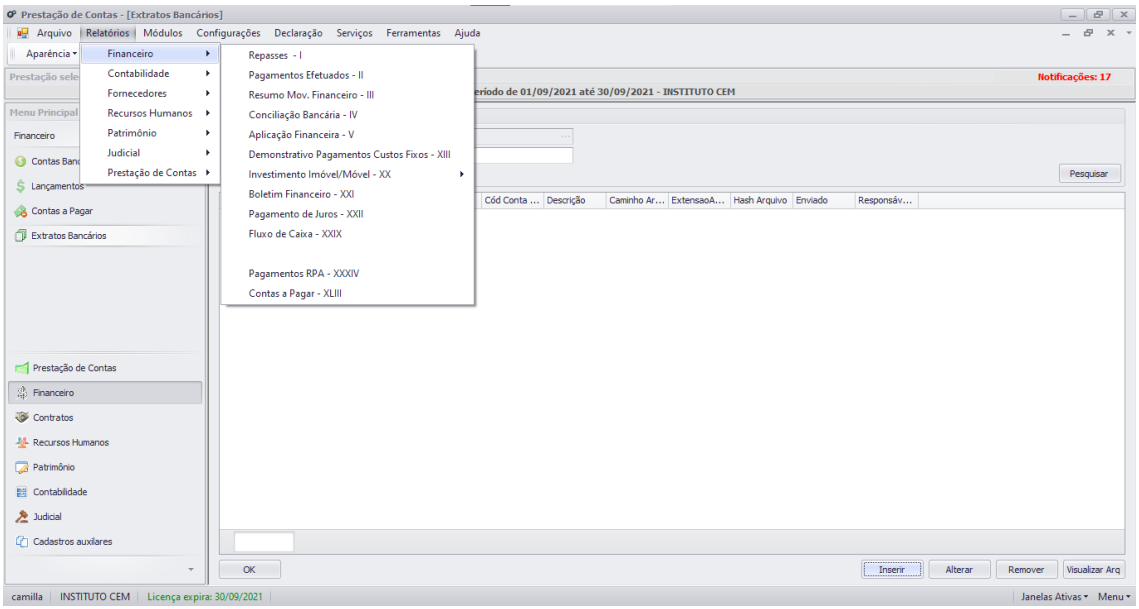
Clique em Relatórios ⟶ Contabilidade ⟶ DIÁRIO - XXXII

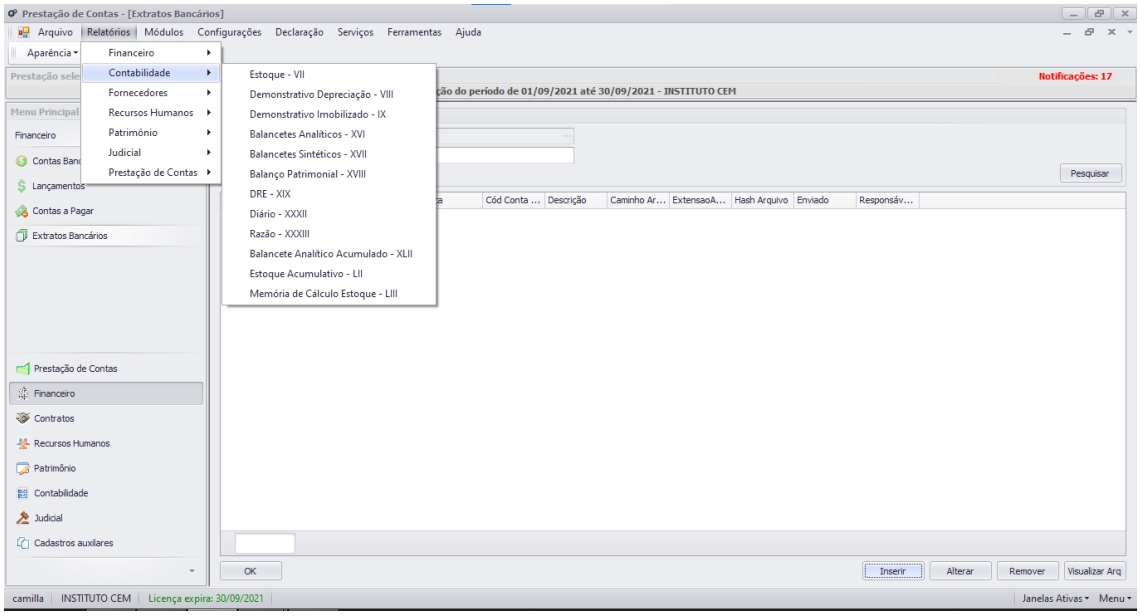
Abrirá automaticamente.

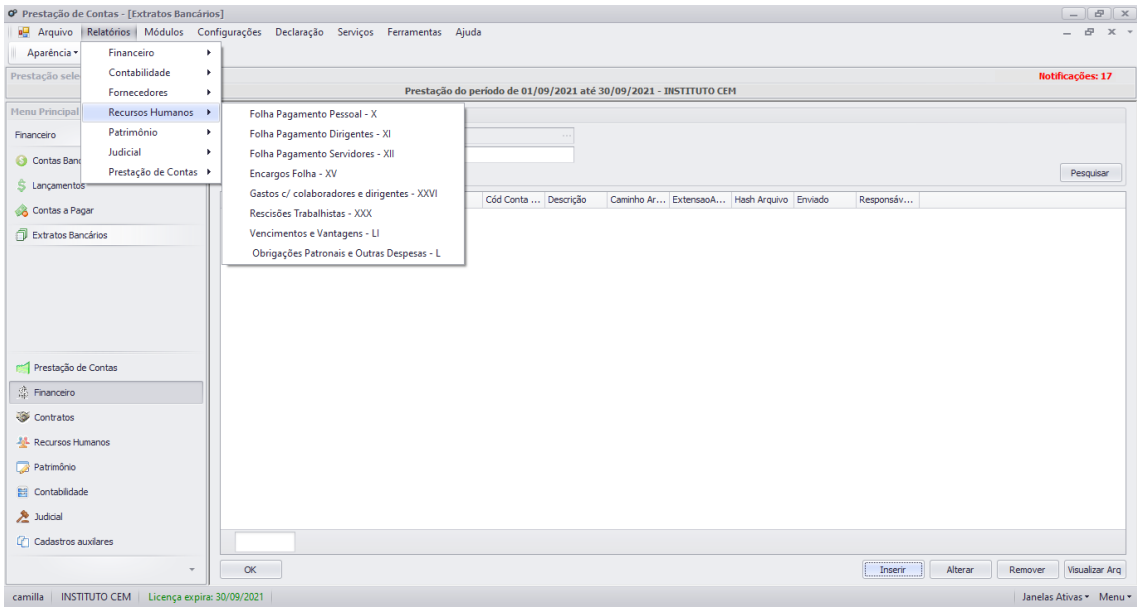
● Relatório RAZÃO - XXXIII

Clique em Relatórios ⟶ Contabilidade ⟶ RAZÃO - XXXIII

Abrirá automaticamente.







10º PASSO TRANSMISSÕES

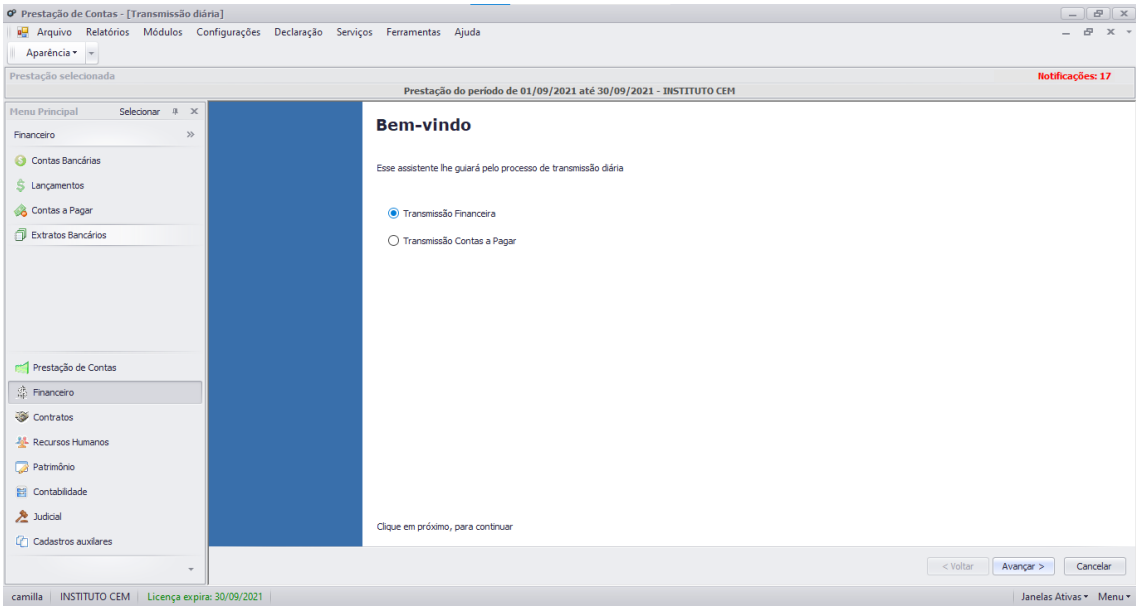
Após a inserção e verificação das informações necessárias à prestação de contas deve-se transmitir os dados. Antes da transmissão certifique-se de que a máquina tenha conexão com a internet.

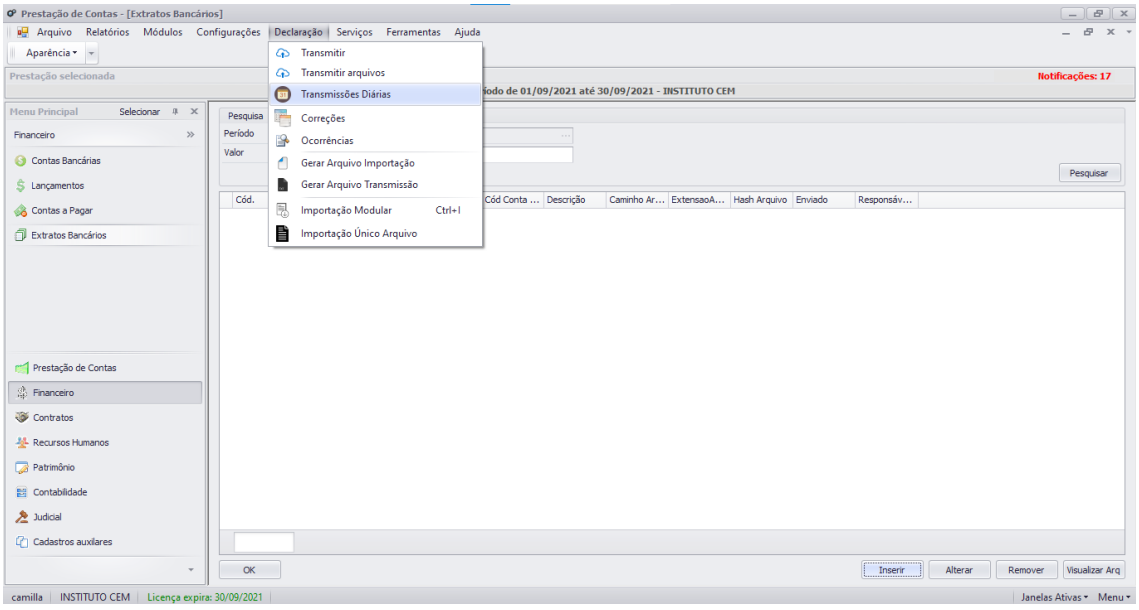
Transmissão Diária

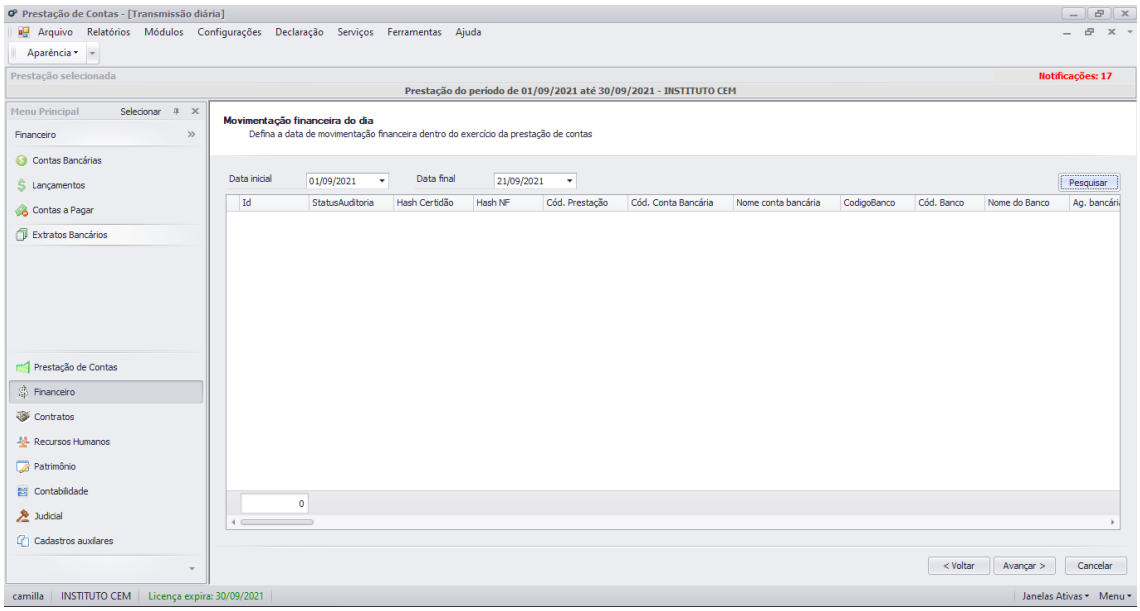
Na transmissão diária são enviados os dados presentes nos lançamentos financeiros e contas a pagar. Diariamente a unidade deve informar ao sistema a movimentação das contas e transmitir ao órgão fiscalizador. O prazo para realizar o envio é de até um dia após a movimentação. Para transmitir clique no menu **Declaração** e logo em seguida clique em **Transmissão Diária.**

Na tela Transmissão diária selecione se deseja realizar a transmissão dos dados da movimentação financeira ou de contas a pagar, após a seleção, clique em **Avançar**.

Na próxima tela clique em **Pesquisar** para listar os dados na tela, se os dados não tiverem sido inseridos no mesmo dia em que está realizando a transmissão, selecione o período em Data inicial e Data final antes de pesquisar (não existe essa opção para contas a pagar), depois clique em **Avançar** e em seguida em **Concluir** e aguarda a transmissão dos dados.

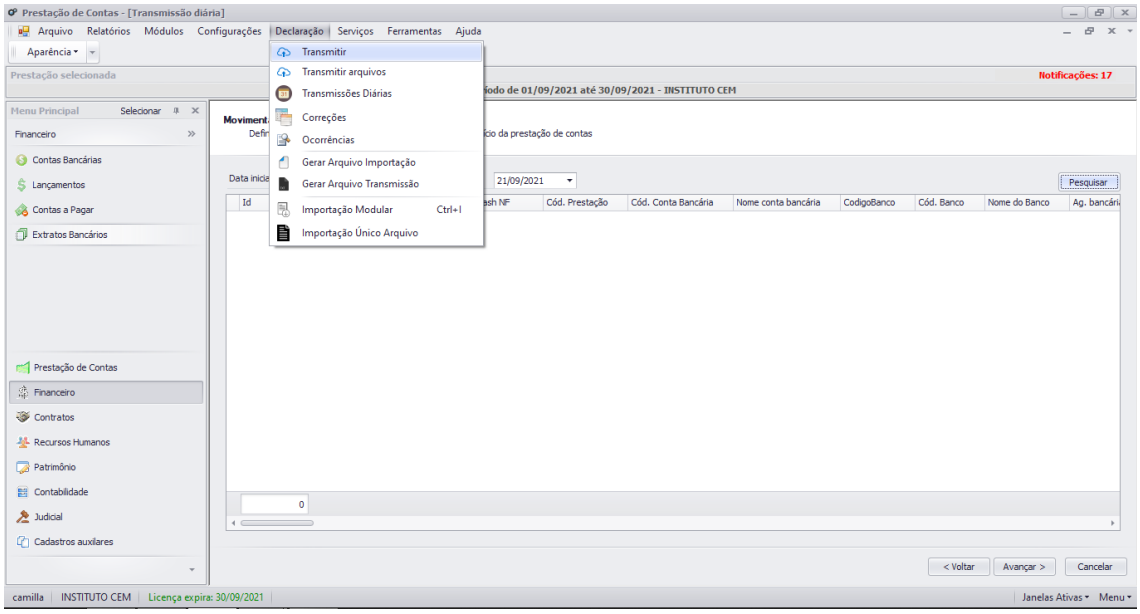






Transmissão Mensal

Na transmissão mensal serão enviadas todas as informações presentes na prestação de contas, menos os dados já enviados diariamente. Siga os passos para transmitir: Clique no menu **Declaração** e logo em seguida clique em **Transmitir**, na tela de Transmissão clique em **Sim** e aguarde a transmissão ser finalizada.



11 º PASSO CORREÇÕES

Após a transmissão da prestação de contas o analista responsável pela fiscalização poderá apontar supostas irregularidades nos dados financeiros enviados solicitando a unidade que faça a correção desse registro. A unidade receberá a

notificação através de e-mail e sistema (Canto superior direito – Campo Notificações).

Correção Financeira

Para corrigir o arquivo você deve acessar o menu **Declarações** → **Correções** → **Correção Financeira**, na tela de correção clique em **avançar**, depois em **Atualizar** para que sejam listadas as solicitações de correção.

Após o analista seleciona a opção Quero Corrigir uma janela abrirá com duas opções, Corrigir (Fazer a correção manualmente) e Selecionar Importado (Atualizar o registro com as informações corretas importando uma matriz). Caso o analista tenha anexado algum documento à restrição, é possível visualizá-lo clicando no ícone de **download** na coluna Anexo, essa fica no painel Documento com restrição. Ao clicar, o documento anexado será aberto.

Sendo identificado pelo prestador de contas que realmente existe algo a ser corrigido, o mesmo deve marcar Quero Corrigir no painel Corrigidos. Ao marcar, será aberta uma tela de correção, onde você deve selecionar entre **corrigir** (alterar apenas os dados com problema dentro do próprio lançamento) ou Selecionar **Importado** (selecionar um lançamento financeiro que foi importado ou inserido no sistema como Retificação/Correção).

Selecionando Corrigir, clique em **OK** e aguarde a tela do lançamento financeiro ser aberta.

Nela você poderá alterar o dado incorreto e ao finalizar a correção clique em **OK** para salvar.

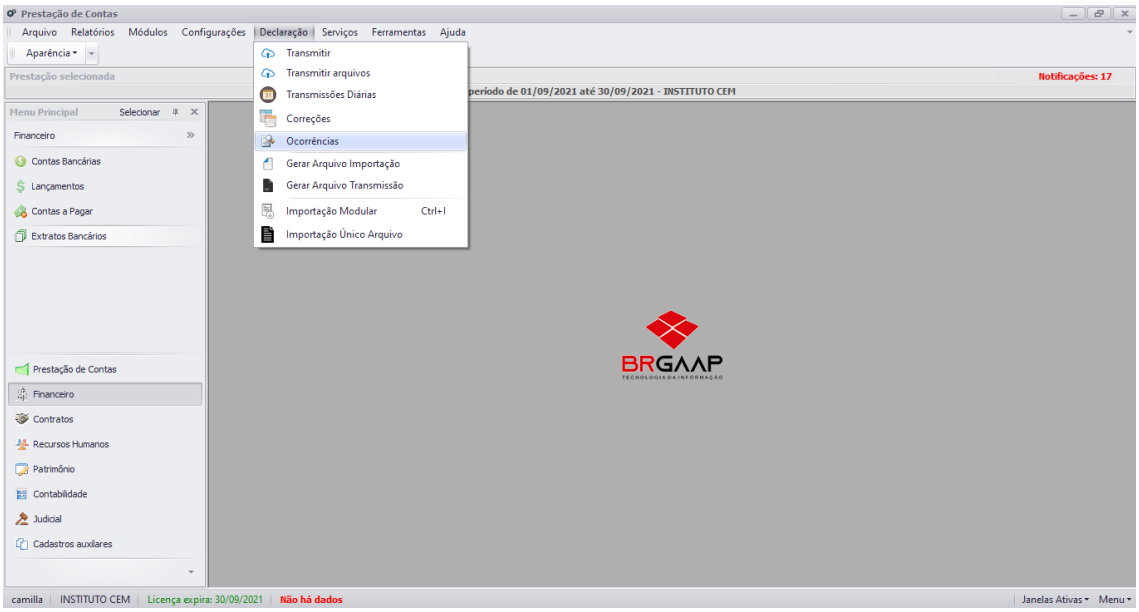
Ressaltamos que essa função não altera o lançamento considerado com restrição, é criado um novo lançamento corrigido, mantendo assim o histórico do lançamento. Com essa função é possível visualizar a restrição apontada durante o processo de correção.

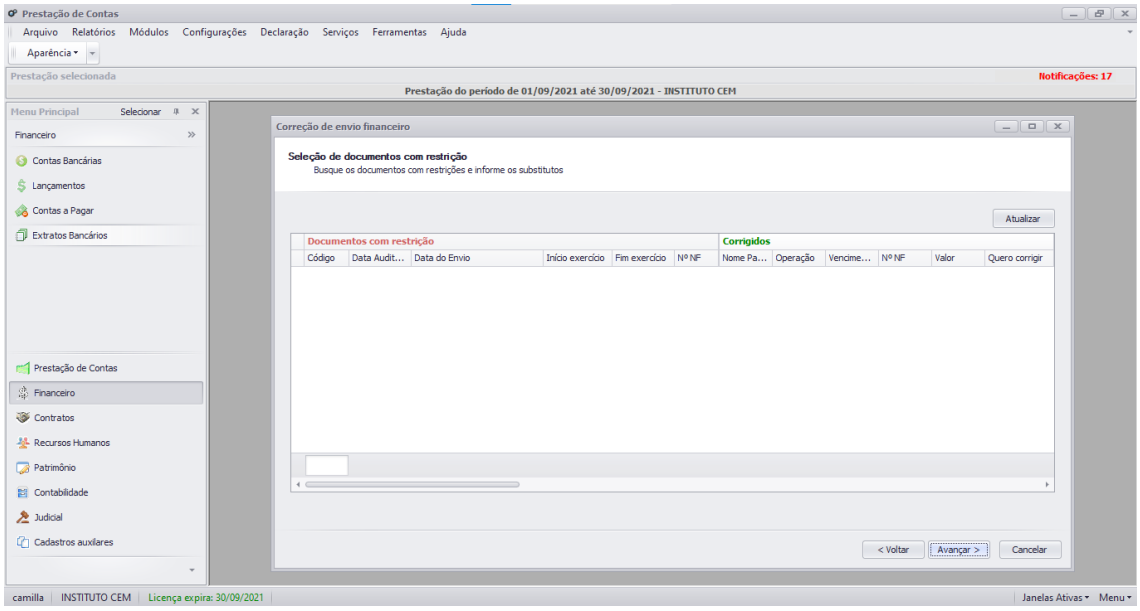
No entanto, se for selecionado o campo Selecionar **Importado** e clicar em **OK**, o usuário já deverá ter cadastrado um novo lançamento financeiro que será o substituto do registro notificado.

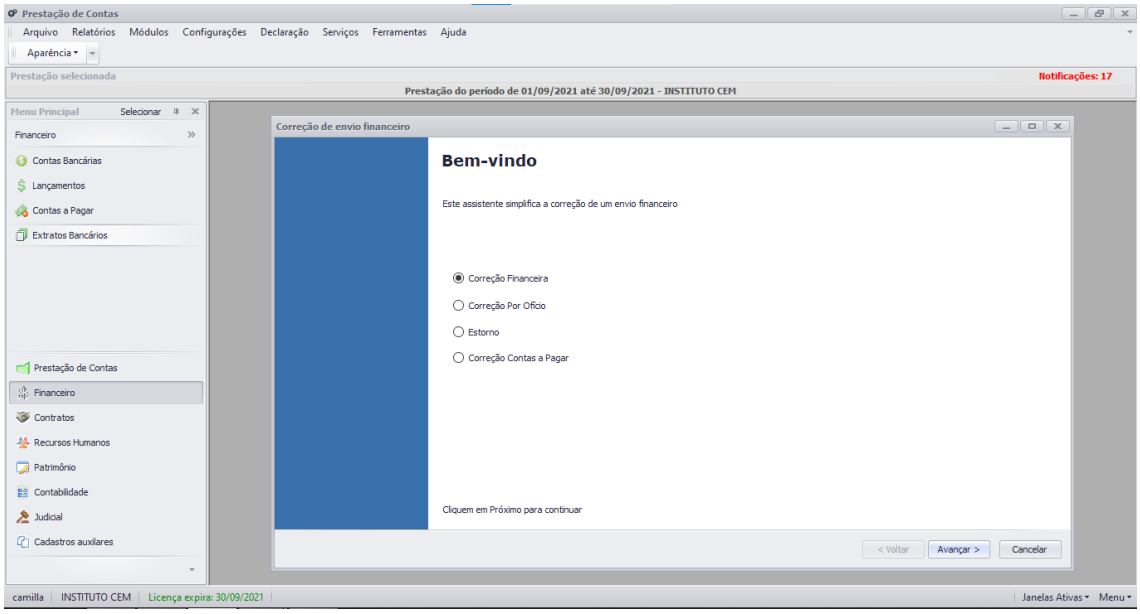
Na tela de Seleção de documentos, clique na linha do lançamento corrigido e clique em **OK**.

Para as duas opções de correções os dados do novo lançamento preencherão o painel de corrigidos. Para finalizar com a correção clique em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da **Movimentação Financeira – III** e Fluxo de Caixa – **XXIX**, estando todos os saldos de

acordo com o extrato bancário clique em **Concluir** e aguarde a transmissão da correção financeira. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.







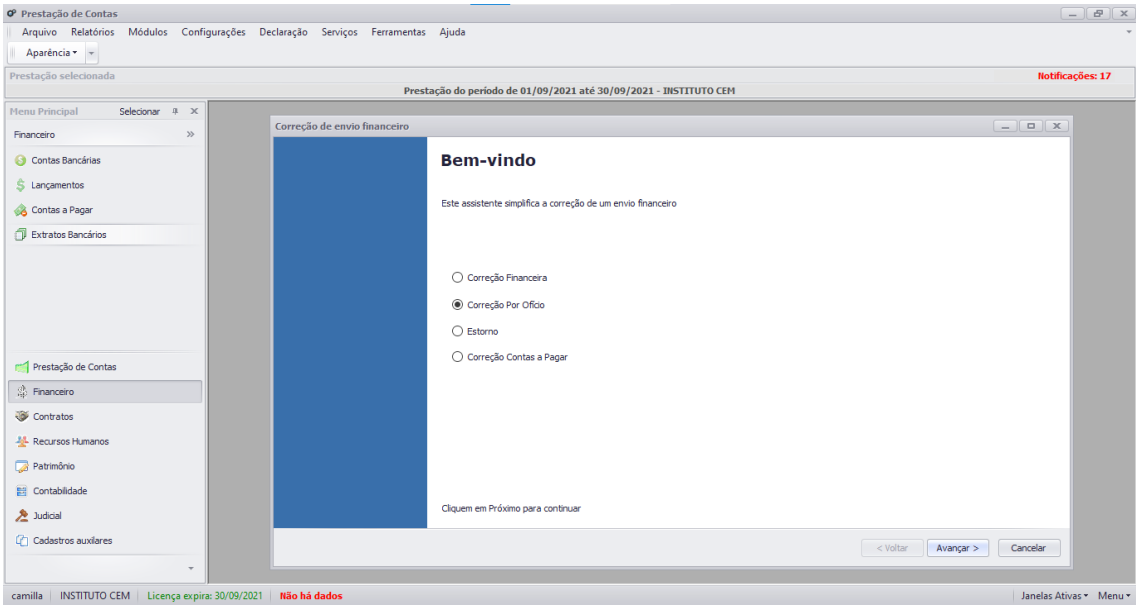
Correção por Ofício (Tréplica)

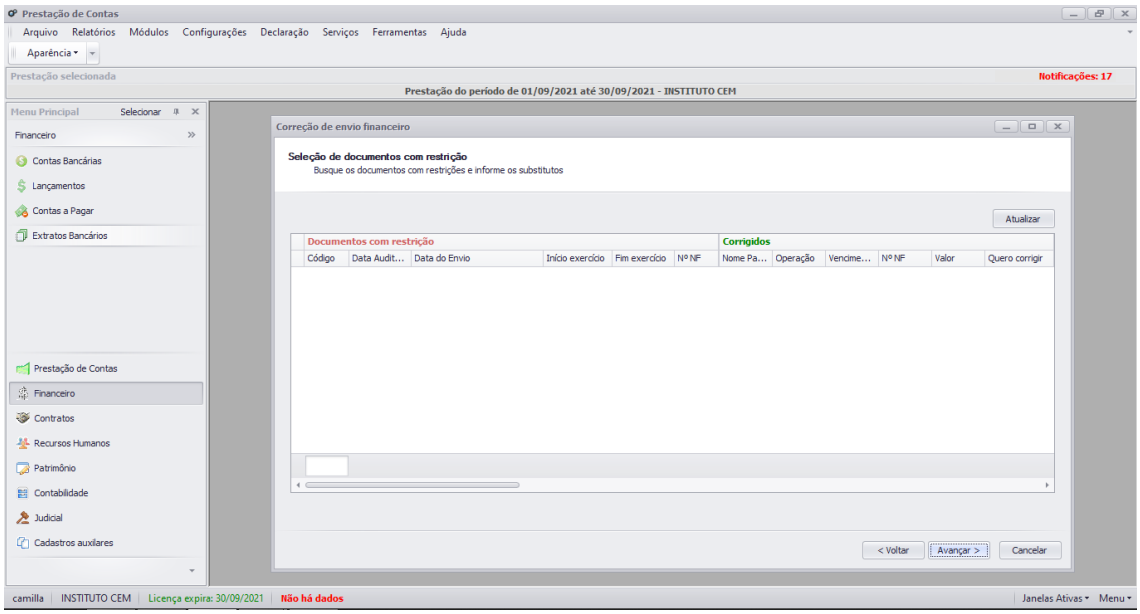
Após a finalização da análise da prestação de contas, se houverem lançamentos financeiros que não foram respondidos através da correção financeira e/ou que foram respondidos, no entanto, não atendeu as solicitações realizadas pelo analista, esses lançamentos poderão ser corrigidos através da correção por ofício. Para isso, o analista deve autorizar que a mesma seja executada. A partir disso, não será possível realizar correções através da Correção Financeira. Assim que for autorizada, essas correções estarão presentes na aba **Declarações → Correções → Correção por Ofício**.

Na tela de correção clique em **avançar**, depois em **Atualizar** para que sejam listadas as solicitações de correção.

O processo de correção é o mesmo da Correção Financeira, deve marcar o campo **Quero Corrigir**, selecionar se deseja efetuar a correção dentro do sistema ou por arquivo importado – corrigir o lançamento para o primeiro caso, selecionar o lançamento corrigido para o segundo – e clicar em **OK**. No caso da correção em tréplica após o passo a passo de correção dos dados, deve-se justificar o fato do lançamento não ter sido corrigido ou de não ter atendido as solicitações da primeira restrição.

Na caixa de texto pode ser colocada essa justificativa e no campo “Anexo” pode ser selecionado um arquivo PDF que comprove a justificativa (Não é obrigatório), ao finalizar clique em **OK** e em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da Movimentação Financeira – III e Fluxo de Caixa – XXIX, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em Concluir e aguarde a transmissão da correção por ofício. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.



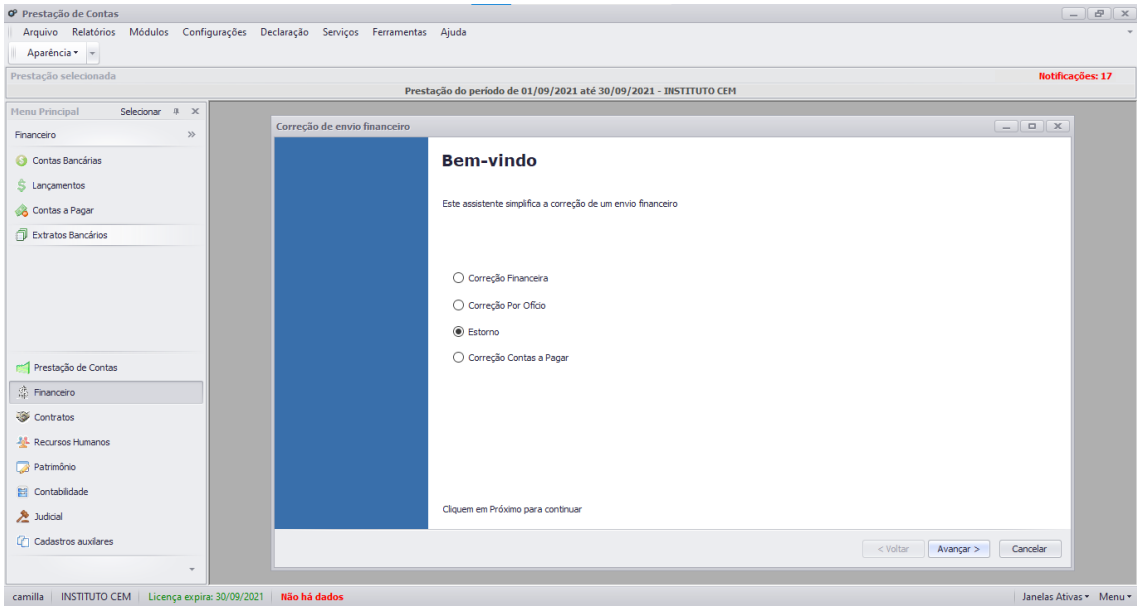


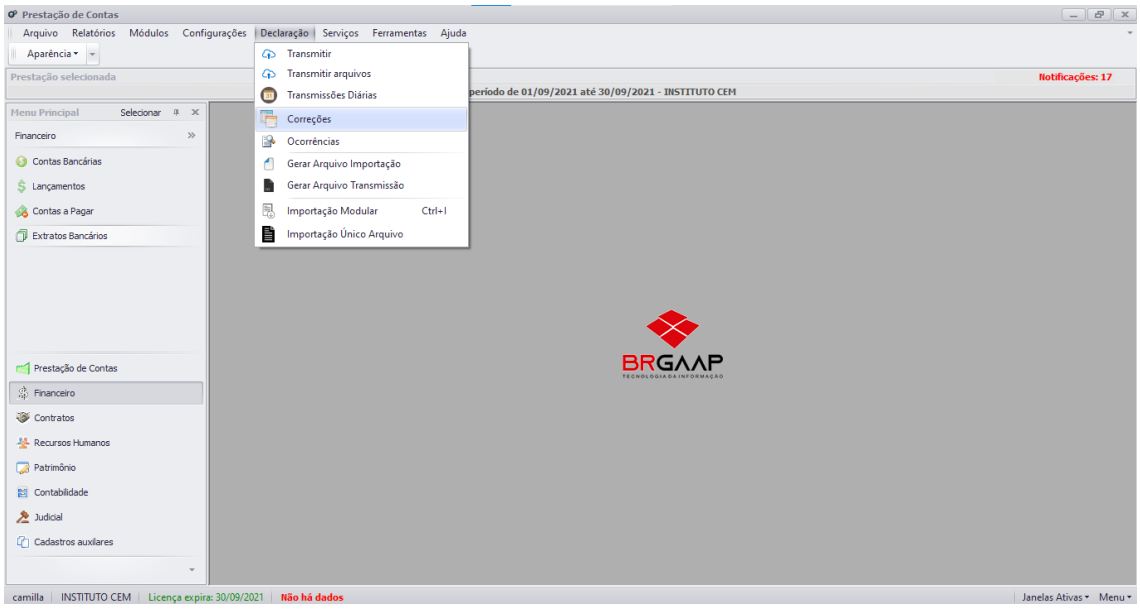
Estorno

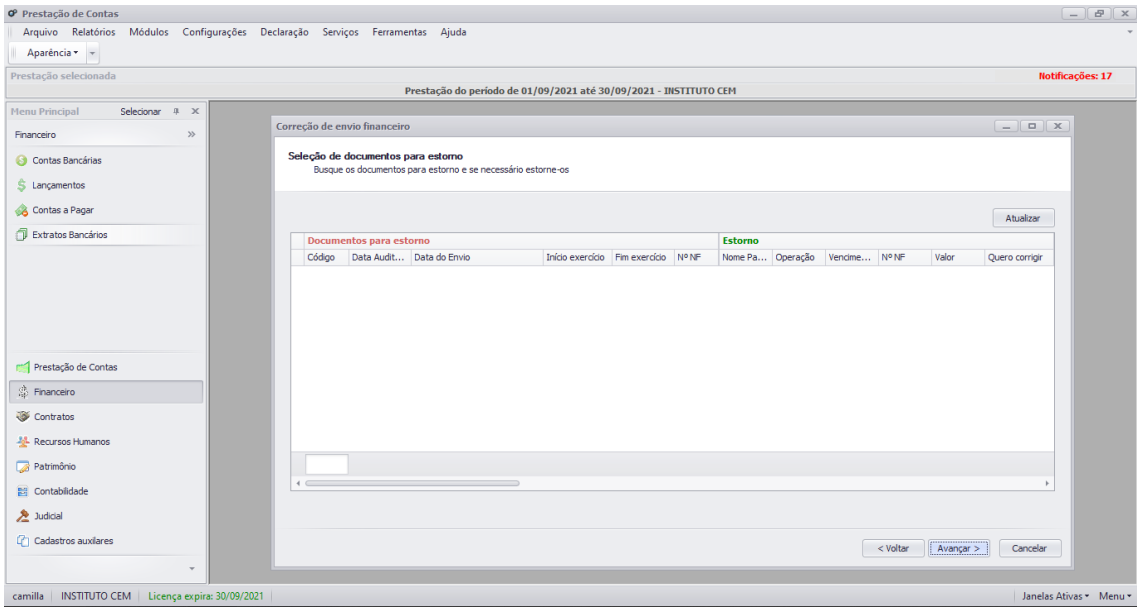
Lançamentos em duplicidade ou que foram enviados em prestações incorretas devem ser estornados, para isso, o analista deve marcar o lançamento como "Duplicidade/Estorno" na análise e o mesmo será listado na aba **Declarações** → **Correções** → **Estorno**.

Clique em **Avançar** e após isso em Atualizar para que os pedidos de estorno sejam listados. Se for identificado que o lançamento realmente deve ser estornado, marque o campo Quero Corrigir no painel de Estorno. O sistema gerará um lançamento de estorno correspondente e o painel será preenchido com os dados do mesmo.

Para transmitir o estorno clique em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da Movimentação Financeira – III e Fluxo de Caixa – XXIX, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em Concluir e aguarde a finalização da transmissão. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.


Prestação de Contas
Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda
Aparência
Prestação selecionada
Notificações: 17
Prestação do período de 01/09/2021 até 30/09/2021 - INSTITUTO CEM
Menu Principal
Selecionar
Financeiro
Contas Bancárias
Lançamentos
Contas a Pagar
Extratos Bancários
Prestação de Contas
Financeiro
Contratos
Recursos Humanos
Patrimônio
Contabilidade
Judicial
Cadastros auxiliares
Correção de envio financeiro
Bem-vindo
Este assistente simplifica a correção de um envio financeiro
Correção Financeira
Correção Por Ofício
Estorno
Correção Contas a Pagar
Cliquem em Próximo para continuar
< Voltar
Avançar >
Cancelar
camilla
INSTITUTO CEM
Licença expira: 30/09/2021
Não há dados
Janelas Ativas
Menu


Prestação de Contas
Arquivo Relatórios Módulos Configurações Declaração Serviços Ferramentas Ajuda
Aparência
Prestação selecionada
Notificações: 17
período de 01/09/2021 até 30/09/2021 - INSTITUTO CEM
Transmitir
Transmitir arquivos
Transmissões Diárias
Correções
Ocorrências
Gerar Arquivo Importação
Gerar Arquivo Transmissão
Importação Modular Ctrl+I
Importação Único Arquivo
Menu Principal
Selecionar
Financeiro
Contas Bancárias
Lançamentos
Contas a Pagar
Extratos Bancários
Prestação de Contas
Financeiro
Contratos
Recursos Humanos
Patrimônio
Contabilidade
Judicial
Cadastros auxiliares
BRGAAP
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
camilla
INSTITUTO CEM
Licença expira: 30/09/2021
Não há dados
Janelas Ativas
Menu

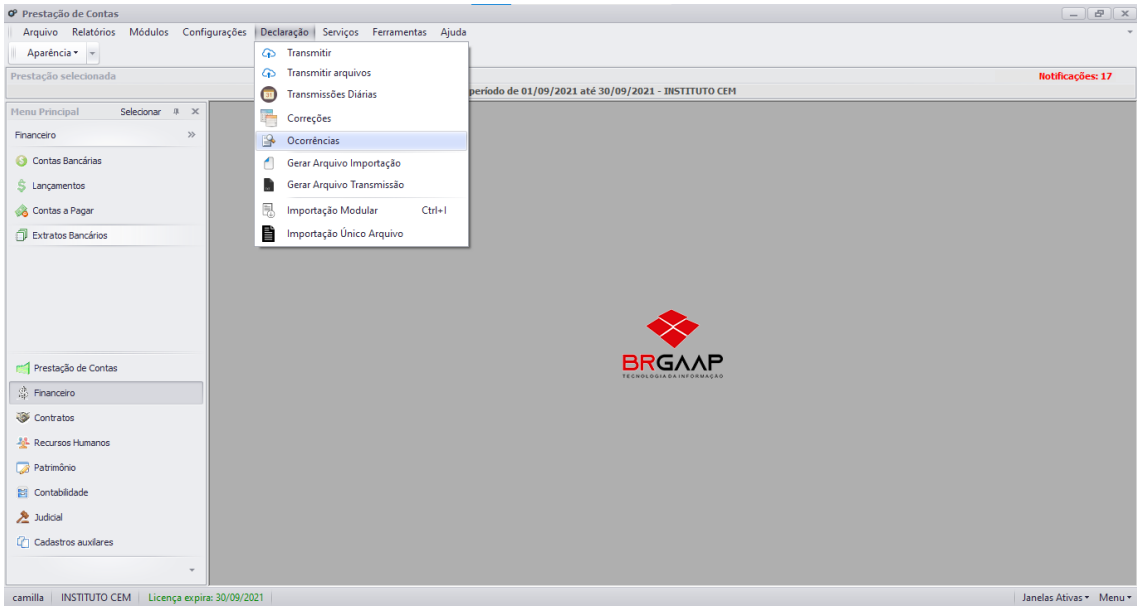


12º PASSO OCORRÊNCIAS

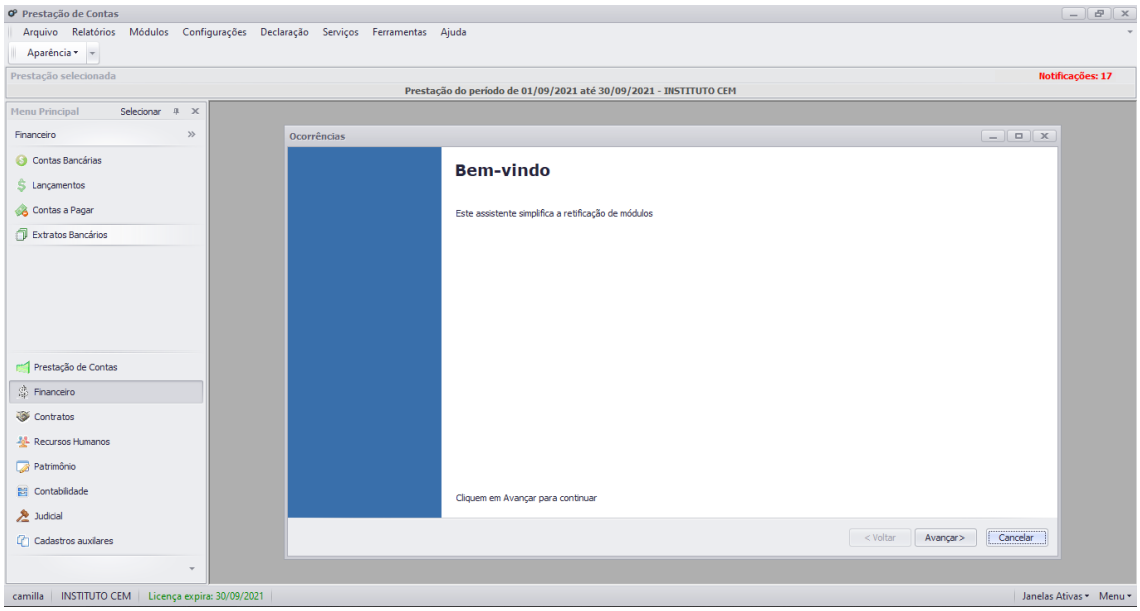
Após a transmissão mensal da prestação de contas, o analista responsável pela fiscalização poderá realizar apontamentos nos dados dos blocos mensais enviados, solicitando à unidade que faça a correção desses registros. A unidade receberá a notificação através de e-mail e sistema (canto superior direito – campo Notificações). Para corrigir o bloco mensal, você deverá acessar o menu **Declarações → Ocorrências e na tela de Ocorrências** clique em **Avançar**. Após isso, clique em **Atualizar** para que sejam listadas as ocorrências disponíveis para correção/retificação.

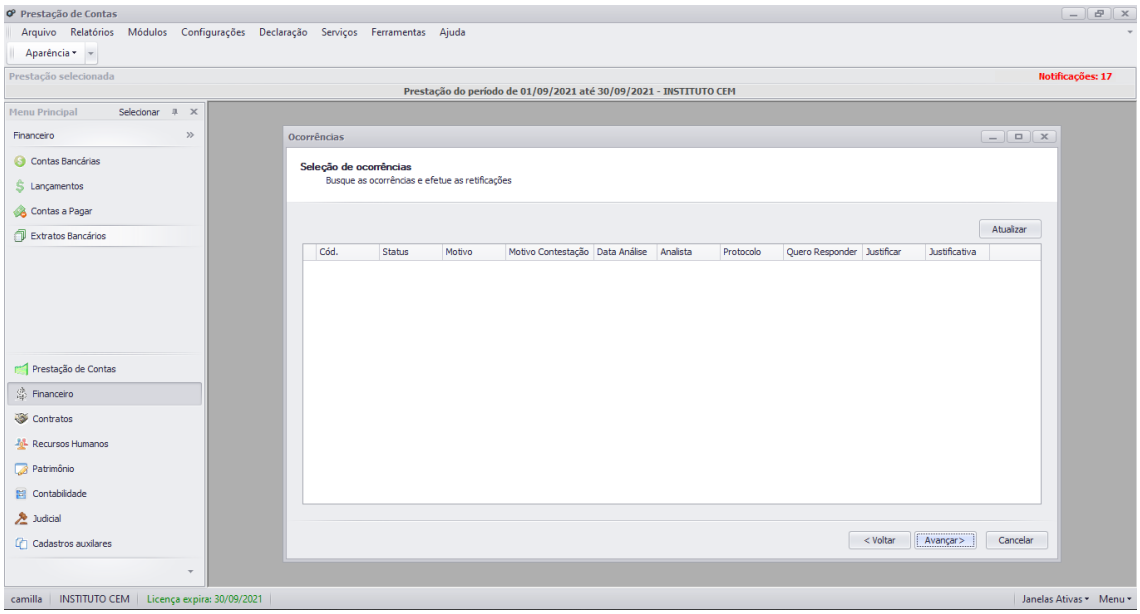
Se for verificado que realmente existe uma correção a ser feita ou se desejar justificar/responder a pergunta presente no motivo (este caso é permitido apenas quando o campo justificar estiver marcado) marque o campo Quero Corrigir e clique em **Avançar** para prosseguir.

Se o campo justificar não estiver marcado, o bloco com a ocorrência será aberto. Assim, você terá a opção de alterar os lançamentos com inconformidades, selecionando-os e clicando em **Alterar** (alguns módulos não tem esta opção, para alterar o registro o usuário terá que remover o registro e depois inserir um novo com as informações corretas). Realize os ajustes necessários e clique em **OK**. Para inserir um novo lançamento, basta clicar no botão **Inserir**, preencher o formulário como acima e clicar em **OK**. Caso deseje remover um registro, selecione-o e clique em **Remover**.



Após finalizar a correção ou a justificativa e clicar em **OK** você será redirecionado a tela de Resumo das retificações. Visualize os relatórios relativos ao bloco corrigido e se estiver correto clique em Concluir para finalizar. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.





CHECKLIST DOCUMENTOS A SEREM INSERIDOS NO SIPEF

Documentos a serem baixados do DocCem.

PROCESSO DE PAGAMENTO FORNECEDORES

PAGAMENTO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS)

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Nota Fiscal (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Boleto (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Certidões (ASSINADO DIGITALMENTE);

● Municipal (Município ao qual pertence a empresa do fornecedor);

● Estadual (Unidade Federativa ao qual pertence a empresa do fornecedor);

● Federal;

● Trabalhista; e

● FGTS, regularidade do FGTS.

- Documento solicitando o início do processo, detalhando os serviços a serem realizados;

- 3 cotações de preços com fornecedores diferentes;

- Documento informando a empresa ganhadora e solicitando a realização dos serviços;

- Relatórios de conclusão de serviço (ASSINADO); E

- Nota explicativa se houver (ASSINADA DIGITALMENTE);

PAGAMENTO (AQUISIÇÃO MATERIAIS & MEDICAMENTOS)

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Nota Fiscal (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Boleto (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Certidões (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Cotação por Item (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Cotação por fornecedor (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Dados da Proposta (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Solicitação de Compras (ASSINADO DIGITALMENTE); e

- Notas Explicativa (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE).

- Ordem de compra da empresa.

PAGAMENTO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR CONTRATOS)

CONTRATO DEFINITIVO:

● Processo Seletivo;

● Edital de publicação;

● Propostas;

● ATA de resultado de reunião;

● ATA de Homologação; e

● Contrato assinado;

CONTRATO EMERGENCIAL:

● Documento solicitando o início do processo, detalhando os serviços a ser realizados;

● 3 cotações de preços com fornecedores diferentes;

● Documento informando a empresa ganhadora e solicitando a realização dos serviços;

● Relatórios de conclusão de serviço (ASSINADO); E

● Nota explicativa se houver (ASSINADA DIGITALMENTE);

OBS.: Todos os serviços prestados de forma continua, ou seja, mensal para as unidades do Instituto CEM, deverão possuir contratos.

OBS.: Quando a prestação de serviço for de hospedagem, o hotel deverá fornecer relatório de consumo de cada colaborador individual.

OBS.: Quando for aquisição de combustível, deverá ser feito documento no qual a diretoria autoriza quais serão os colaboradores autorizados a abastecer e quais os veículos. O fornecedor deverá fornecer mensalmente relatório constando: O dia do abastecimento, a quantidade abastecida, qual combustível, os dados do veículo e os dados do condutor.

PROCESSO DE PAGAMENTOS FOLHA

- Comprovante de pagamento;

- Contracheque ou Recibo de Pagamento Autônomo; e

- Extrato da folha.

PROCESSO DE PAGAMENTOS IMPOSTOS FOLHA

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Comprovante de pagamento;

- Resumo da Folha; e

- Guias.

PROCESSO DE PAGAMENTOS IMPOSTOS INSTITUTO CEM

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Comprovante de transferência (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Guias (ASSINADO DIGITALMENTE); e

- Relatório ou demonstrativos do Imposto devido (ASSINADO DIGITALMENTE).

PROCESSO DE PAGAMENTOS RATEIO 3% INSTITUTO CEM

- Autorização de Pagamentos (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Documento explicativo do rateio (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Notas fiscais (ASSINADO DIGITALMENTE);

- Comprovante de pagamentos (ASSINADO DIGITALMENTE); e

- Comprovante de transferência (ASSINADO DIGITALMENTE).

ROTINA DIÁRIA		
ORDEM	AÇÃO/DESCRIÇÃO	AGENTE EXECUTOR
1	Solicitar no grupo do aplicativo WhatsApp, denominado “Anexo VII PIRENÓPOLIS”, o extrato das movimentações bancárias do dia anterior para o Diretor financeiro.	Colaborador do SIPEF
2	Havendo movimentação bancária no dia anterior, proceder com a identificação dos pagamentos, através da planilha de controle de contas a pagar, a qual também é enviada no grupo acima citado.	Colaborador do SIPEF
3	Identificados os pagamentos, proceder com a pesquisa dos processos de origem (mãe) e de pagamento, através do sistema DocCem .	Colaborador do SIPEF
4	Fazer o download dos documentos contidos nos processos de origem e pagamento acima citados, em pasta a ser	Colaborador do SIPEF

	criada e identificada pelo mês e dia de pagamento, e ainda, pelo nome do fornecedor e nº do processo de pagamento do DocCem. OBS.: Os documentos a serem baixados dependerá do tipo de lançamento a ser feito.	
5	Alimentar planilha para controle dos lançamentos que tiveram documentos baixados .	Colaborador do SIPEF
6	Efetuada a juntada de documentos, proceder com os lançamentos das movimentações bancárias do dia anterior no SIPEF, concretizando o D+1. OBS.: Existem vários tipos de lançamentos a serem feitos, portanto, deve-se se atentar nesse momento, para não proceder com lançamentos errados.	Colaborador do SIPEF
7	Alimentar planilha para controle dos lançamentos feitos no SIPEF.	Colaborador do SIPEF
8	Ao final do dia, fazer a transmissão diária dos lançamento feitos.	Colaborador do SIPEF

7 LANÇAMENTOS

Segue abaixo os principais tipos de lançamentos que são feitos no SIPEF:

- Repasses
- Aplicações Financeiras
- Pagamento de folha de pagamento
- Pagamento de concessionárias (água, luz, telefone)
- Pagamento de Fornecedores
- Impostos
- Transferências Tev’s
- RPA

- Aporte para caixa
- Rescisões Trabalhistas
- Encargos sobre folha de pagamento
- Encargos sobre rescisão trabalhista

8 REFERÊNCIAS

Sistema de Prestação de Contas Econômico- Financeiro. BRGAAP. Disponível em: http://www.brgaap.com/SIPEF.html. Acesso em: 27 de set. de 2021.

5.3.1.3 CUSTOS

OBJETIVO

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.

No conceito de Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, coordenações e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

TERMINOLOGIA

- **Centros de Custos Produtivos** – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados, ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares;

- **Centros de Custos não Operacionais** - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais da Policlínica, porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos;

- **Centro de Custos Auxiliares** - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos;

- **Centros de Custos Administrativos** - São os relacionados com as atividades administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da

Unidade de Saúde e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

APURAÇÃO DOS CUSTOS

Os custos devem ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do planejamento estratégico a meta de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

SISTEMAS DE CUSTEIO APLICADOS À GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

Os diferentes sistemas de custeio aplicados à gestão de custos hospitalares propiciam uma cobertura ampla das necessidades de informações gerenciais. Os métodos de custeio empregados - custeio por absorção, custeio direto e custeio baseado em atividades - apresentam, cada um com suas especificidades, informações relevantes às funções de controle e planejamento de instituições hospitalares.

Embora essa conceituação esteja de acordo com os fundamentos da contabilidade de custos, no processo de operação dos custos hospitalares utiliza-se uma versão adaptada e estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente se custo ou despesa. Tal adaptação denomina-se "custeio por absorção pleno".

FLUXO DE CUSTEIO PLANISA

SISTEMAS DE CUSTEIO POR ABSORÇÃO – APOPRIAÇÃO POR CENTRO DE CUSTOS

Dentre os sistemas de custeio descritos, a abordagem de custeio por absorção tem sido a mais utilizada pelas instituições hospitalares e, desta forma, a conceituação compreende um sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção, mas também agrega as despesas operacionais.

ESTRUTURAÇÃO E CONCEITUAÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS

As atividades da organização são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos para atender a inúmeros propósitos, entre eles, o do controle. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custos. Assim, Centro de Custos é uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período nos centros de

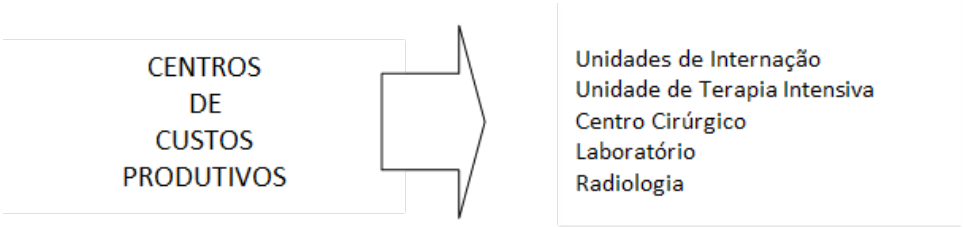
atividades. É recomendável, então, para constituir um centro de custos, que se tenham custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços, sob esta conceituação, compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão da Policlínica.

À medida que a conceituação indica que o cálculo compreende a segmentação dos custos por centro de custos, algumas referências passam a ser básicas. A conceituação de centro de custos de serviços hospitalares segue os mesmos fundamentos de segmentação utilizada pela contabilização dos custos de qualquer empresa - centros de **produção** com a características de representar a localização onde os serviços estão sendo prestados e centros de **apoio** e **administrativos** como complementação imprescindível à consecução das atividades de prestação de um serviço de assistência médica.

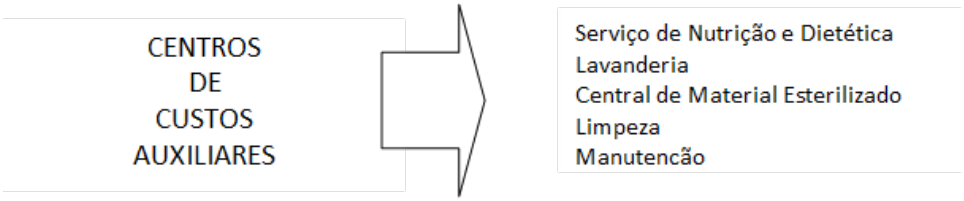
CENTRO DE CUSTOS PRODUTIVOS

Correspondem aos centros geradores de serviços finais aos pacientes. Essa categoria de centro de custo contém valores de receita (pela venda de serviços) e custo.



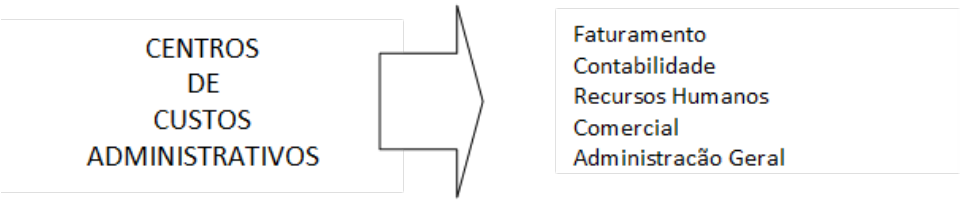
CENTRO DE CUSTOS AUXILAIRES OU DE APOIO

Consistem dos serviços de apoio da Policlínica, são geradores de custos e tem como objetivo fornecer suporte aos centros produtivos.



CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS

Correspondem às unidades de natureza administrativa, os custos gerados por estes centros de custo envolvem a administração (normalmente burocrática) das atividades da Policlínica.



CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS

As contas utilizadas para a apuração do custo devem ser programadas em conformidade com o plano de contas do Instituto. Embora o plano de contas identifique os itens de custo (custo dos serviços prestados) e as despesas (despesas operacionais), para o cálculo dos custos será utilizada apenas a expressão “custos”, reunindo tanto os custos quanto as despesas provenientes da terminologia contábil.

A definição do elenco de contas representa uma etapa importante no processo de constituição de um sistema de custos. As contas utilizadas para a apuração do custo devem refletir uma resenha de itens de custos relevantes, de modo a ser compreendido pelos níveis gerenciais e/ou encarregados de departamento a medida da necessidade de cada um.

Essa conceituação é fundamental para a constituição do custo de um produto ou serviço e é imprescindível a classificação dos custos em diretos e indiretos.

CUSTOS DIRETOS

Os custos diretos consistem em custos utilizados nas atividades da Policlínica, cuja identificação com um centro de custos seja possível, sem a utilização de qualquer instrumento de apropriação ou rateio. Como ilustração, pode-se dizer que os salários dos funcionários que trabalham na lavanderia são custos diretos deste centro de custo, em razão da inquestionável identificação da utilização desses custos com essa unidade. O mesmo poderia se dizer para uma requisição de medicamentos para a Clínica Médica, ou seja, esses insumos destinam-se à utilização nesta unidade.

CUSTOS INDIRETOS

Os custos indiretos correspondem aos custos que não tem possibilidade de identificação direta com um centro de custo em particular. Portanto, para apropriação desses custos aos centros de custos é necessária a utilização de

instrumentos de rateio, que estabelecem as proporções adequadas de distribuição desses insumos aos centros de custos.

Como exemplo, temos a energia elétrica ou a depreciação predial, que são custos que não surgem de forma segmentada por centro de custos e, portanto, só serão apropriados aos centros de custos devidos por meio de algum critério de apropriação ou rateio, que estabeleça as regras de distribuição.

CRITÉRIOS E MÉTODOS DE RATEIO

O processo de cálculo do custo dos serviços sob a orientação do custeio por absorção compreende a adoção de critérios de rateio que permitam a distribuição dos custos indiretos e dos custos dos centros auxiliares e administrativos. Esses critérios de rateio consistem em estabelecimento das condições de distribuição dos custos, de forma a representar um parâmetro de utilização de tais custos e que permitam a geração de um custo final dos serviços.

São, portanto, divididos em dois grupos os critérios de rateio a serem definidos no modelo de custeio por absorção total:

ETAPA DO SISTEMA DE CUSTOS

A consecução do sistema de custos, contemplado neste Manual compreende uma sequencia de etapas que exige a **participação de todos os níveis de responsabilidade internos**, cujas atribuições envolvem a coleta de dados necessários à constituição do cálculo dos custos e à avaliação das informações geradas pelo sistema.

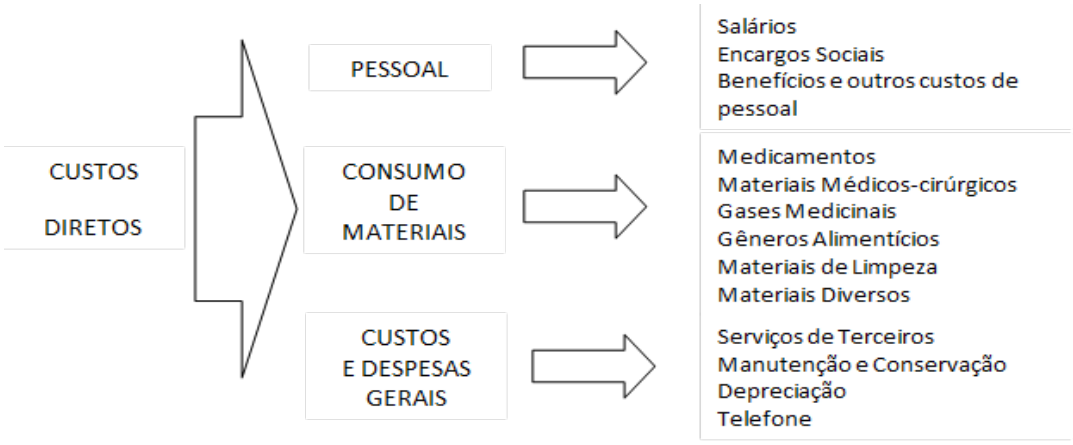
Neste sentido, as seguintes etapas passam a compreender o sistema de custos da Policlínica:

COLETA DE DADOS

A resenha de dados a serem coletados, numa frequência mensal, pode ser classificada em três categorias:

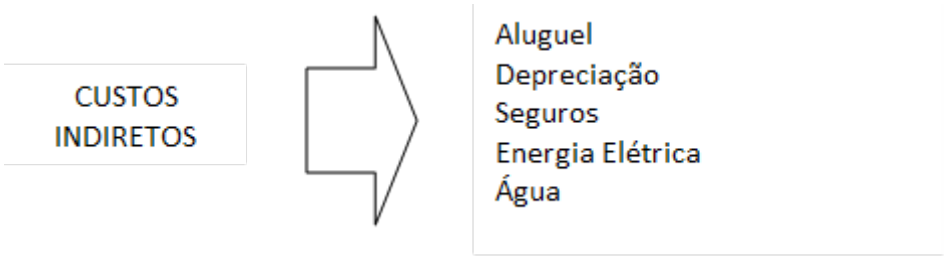
CUSTOS DIRETOS

Coleta dos valores dos custos que podem ser diretamente identificados aos centros de custos que os consumiram.



CUSTOS INDIRETOS

Coleta das importâncias referentes aos custos que não tem possibilidade de identificação direta com um centro de custo em particular.



DADOS ESTATÍSTICOS

Em razão da existência dos custos indiretos, e a orientação do sistema de apropriação por centros de custos, que compreende rateios interdepartamentais (rateio dos custos dos centros auxiliares e administrativos para os centros produtivos), uma série de dados estatísticos é necessária para a consecução do cálculo dos custos, como demonstrado no exemplo que segue:

Custos Indiretos:	Critério de rateio:
Aluguel	Área ocupada (m²)
Depreciação	Área ocupada (m²)
Seguros	Área ocupada (m²)
Energia Elétrica	Consumo de energia (Kw/h)

Água	Consumo de água (L)
Telefone	Nº de Ramais
Impostos e taxas	% de custos diretos

Centros de Custos (Aux. e Adm.)	Critério de rateio:
Serviço de Nutrição e Dietética	Número de refeições X Peso
Lavanderia	Quilos de roupa processada
Central Material Esterilizado	Volumes processados X Peso
Limpeza	Área (m²) X Níveis de criticidade
Almoxarifado	Número de itens movimentados
Manutenção	Horas de manutenção
Financeiro	% de custos diretos
Recursos Humanos	Número de colaboradores

ESTATÍSTICA DE PRODUÇÃO

Os dados relacionados à produção são necessários para a apuração do custo unitário dos serviços produzidos pelos centros de custos produtivos da Policlínica. Para cada um dos centros de custos produtivos deverá ser identificada uma unidade de produção.

Centros de Custos Produtivos	Produto:
Clínica Médica	Paciente-Dia
Unidade de Terapia Intensiva	Paciente-Dia
Centro Cirúrgico	Hora de cirurgia
Pronto Socorro	Atendimento
Ambulatório	Consulta
Radiologia	Exame

Em razão da necessidade dos dados de custos e estatísticas como insumos à consecução do custo dos serviços, as diferentes áreas da Policlínica deverão mensalmente fornecer os referidos dados ao responsável pelo processamento dos custos, obedecendo um cronograma estabelecido, permitindo assim, a preparação dos relatórios em tempo adequado e oportuno para as finalidades gerenciais a que o sistema de custos se propõe.

PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

À medida que todas as informações estejam preparadas e à disposição do setor de custos, passa-se às etapas de registro, cálculo dos rateios e apropriações das informações recebidas. Posteriormente os dados deverão ser analisados e interpretados, gerando informações para tomada de decisão e gerenciamento em todos os níveis da Policlínica.

Para o processamento das informações recebidas, devem ser observadas as seguintes etapas :

REGISTRO DAS PRODUÇÕES DOS CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

Este passo compreende o registro das produções realizadas em cada um dos centros de custos (produtivos), tais como: quantidade de pacientes-dia, quantidade

de horas cirúrgicas realizadas, quantidade de consultas médicas e não médicas realizadas, etc.

REGISTRO DOS CUSTOS DIRETOS

Este passo compreende o registro dos custos diretos: custos de pessoal, consumo de materiais, custos e despesas gerais em cada um dos centros de custos identificados.

REGISTRO DOS CUSTOS INDIRETOS

Os custos indiretos consistem dos itens de custos para os quais não há uma alocação direta aos centros de custos e portanto exigem a adoção de fórmulas de rateio pertinentes a cada caso para a apropriação aos diferentes centros de custos.

Para a consecução dos cálculos relativos aos custos indiretos é feito o registro do valor total de cada um dos custos e aplicada a fórmula (critério de rateio) correspondente, obtendo-se parcelas adequadas a cada um dos centros de custos da Policlínica.

Exemplo 1 :

Custo de locação ..... : R$ 10.000,00

Critério de rateio ..... : Área Ocupada (m^2)

Área Ocupada (m^2) .....: Unid. de Internação ..... : 600 m^2

UTI ..... : 500 m^2

Centro Cirúrgico ..... : 300 m^2

Nutrição ..... : 180 m^2

Rouparia ..... : 120 m^2

Administração ..... : 300 m^2

TOTAL.....: 2.000 m^2

Cálculo do Custo da locação por centro de custo :

Valor Total da Locação = R$ 10.000,00

Total Área Ocupada = 2.000 m^2

. Custo da locação por m^2=R$ 10.000,00= R$ 5,00

2.000

. Valor da locação por centro de custo:

Internação ..... : 600 m^2 x R$5,00 = R$ 3.000,00

UTI ..... : 500 m^2 x R$5,00 = R$ 2.500,00

Centro Cirúrgico ..... : 300 m^2 x R$5,00 = R$ 1.500,00

Nutrição ..... : 180 m^2 x R$5,00 = R$900,00

Rouparia ..... : 120 m^2 x R$5,00 = R$600,00

Administração..... : 300 m^2 xR$5,00 = R$ 1.500,00

Total .....: R$ 10.000,00

REGISTRO DAS ESTATÍSTICAS E RATEIO DOS CENTROS AUXILIARES E ADMINSITRATIVOS

Essa etapa consiste da transferência dos custos apurados nos centros auxiliares e administrativos para os centros produtivos, de modo a alcançar o custo final dos serviços, obtendo-se assim, o custeio global das atividades operacionais. A razão do rateio dos centros auxiliares e administrativos justifica-se pela função que exercem, de suporte ou de atividades meio no processo de prestação de um serviço de assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo que não constituem áreas geradoras de receitas.

As receitas operacionais são provenientes apenas dos serviços produzidos nos centros produtivos e, em razão disto, todos os custos devem estar contemplados na esfera destas unidades.

Um sistema de custos dessa natureza exige a participação de todos os níveis de responsabilidade, no sentido de fornecer informações imprescindíveis ao cálculo do custo. Informações estas de natureza estatística, relacionadas ao volume de atividades desenvolvidas nos centros de custos.

Uma das condições básicas de funcionamento de um sistema de custos dessa natureza é a existência de um fluxo de informações formal, de modo a caracterizar a participação de todos os níveis de responsabilidade.

Para a consecução deste cálculo, toma-se o valor total dos custos de cada um dos centros auxiliares e administrativos e aplica-se a fórmula (critério) de rateio pertinente a cada caso, obtendo-se o valor atribuído a cada um dos centros de custos.

Exemplo 2:

Custo da Rouparia ..... : R$ 2.400,00

Critério de Rateio ..... : Kg Roupa Processada

Kg de Roupa Lavada ..... : UTI .....: 400

U. Internação .....:450

C.Cirúrgico.....: 750

Total .....: 1.600

Cálculo do custo da Rouparia por centro de custo:

Custo total da Rouparia = R$ 2.400,00

. Custo do Kg. roupa lavada =R$ 2.400,00= R$ 1,50

1.600 Kg

. Valor da lavanderia por centro de custo :

UTI ..... : 400 Kg. x R$1,50 = R$600,00

U. Internação ..... : 450 Kg. x R$1,50 = R$675,00

C. Cirúrgico ..... : 750 Kg. x R$1,50 = R$ 1.125,00

Total ..... : R$ 2.400,00

Unidade ponderada é uma unidade de produção que resulta da utilização de relações de equivalência.

Quando um centro de custos apresenta/realiza vários produtos precisamos identificar esta relação de equivalência para quantificar corretamente a produção desta unidade; por exemplo, para identificarmos a unidade de produção do centro de custos “Nutrição” faz-se necessária a utilização de critérios que padronizem os diversos tipos de refeições oferecidas, de maneira a se obter uma única unidade de produção representativa do centro de custo. Para tanto devem ser atribuídos “pesos” a cada tipo de refeição. A partir da aplicação desses pesos à produção do serviço serão obtidos valores ponderados que, somados, representarão o número total de refeições.

Exemplo:

Desjejum ..... R$6,84

Almoço ..... R$ 16,50

Jantar ..... R$ 21,77

Ceia ..... R$ 5,20

Ceia = menor valor = R$ 5,20 = Peso 1

Almoço = R$ 16,50

Cálculo Unidade Equivalente: R$ 16,50 = 3,17

R$ 5,20

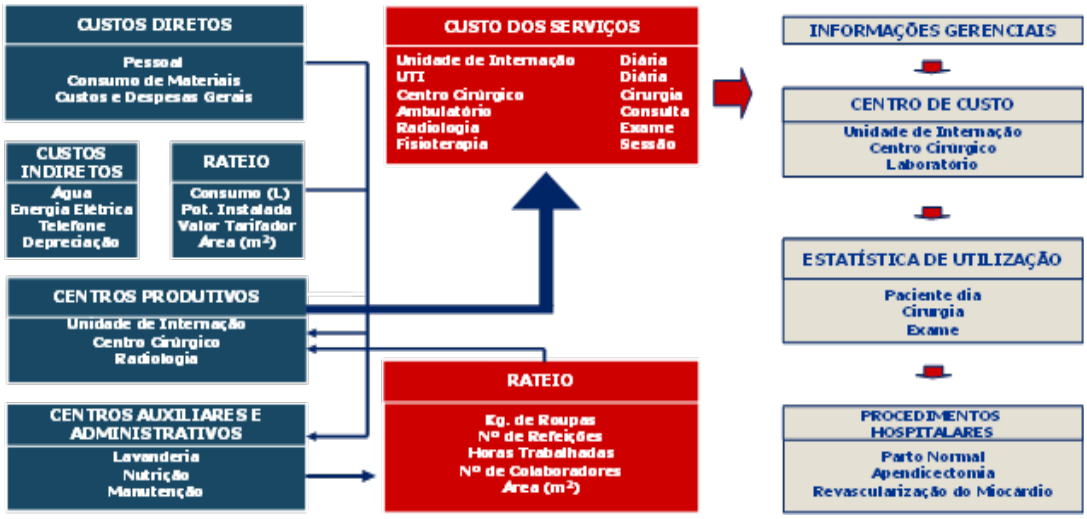
Refeições	(Peso)
Desjejum	1,32
Almoço	3,17
Jantar	4,19
Ceia	1,00

CÁLCULO DOS CUSTOS TOTAIS E UNITÁRIOS

A seqüência de cálculos realizados, descritas nas etapas acima, permitem o alcance do custo total para cada um dos centros produtivos que, dividido pela sua produção, determina o custo unitário dos seus serviços.

O custo total dos centros produtivos é representado pela soma dos três subtotais que foram objeto das ilustrações anteriores, ou seja, o custo direto, o custo indireto e os custos provenientes dos centros auxiliares e administrativos.

FLUXOGRAMA DO SISTEMA DE CUSTOS



RELATÓRIOS

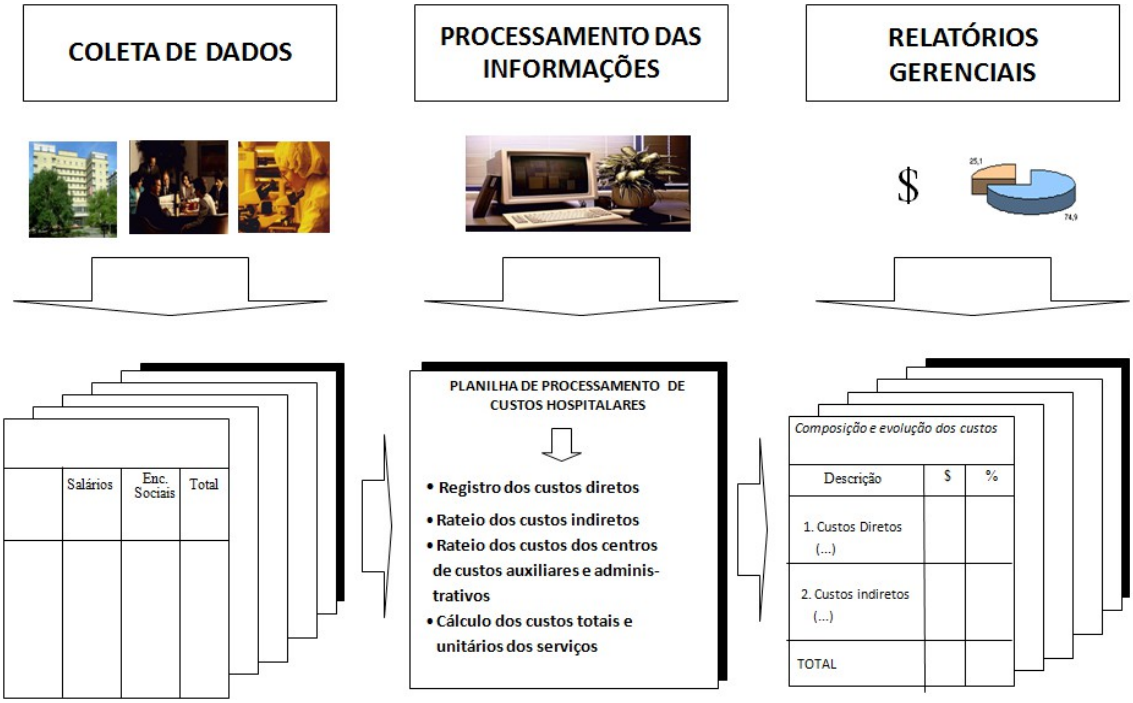
À medida que se encerram todas as orientações de estruturação dos centros de custos, classificação dos custos, critérios e métodos de apropriação e o cálculo dos custos totais e unitários dos serviços, resta a organização das informações obtidas sob o formato de relatórios gerenciais, que permitam sua utilização à administração como instrumento de gestão.

A geração das informações gerenciais de é resultado de um fluxo que compreende a coleta, processamento e emissão dos relatórios de custos, cujos passos encontram-se descritos no seguinte diagrama:

...
...
...
...
...

Centros de Custos

Custos com Pessoal



- A adequada gestão de custos implica na disseminação das informações, por meio de relatórios de custos, a todos os níveis da organização, com o envolvimento e participação das chefias, gerências e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor, com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

- O profissional responsável pelo bom desempenho das informações de custos deve envolver-se ativamente com os usuários no processo inicial (coleta de dados) e na conclusão, através dos relatórios gerenciais. O relacionamento entre usuário e o pessoal de custos gera um treinamento de ambas as partes. A área de custos transmite ao usuário qual a melhor forma para utilizar bem a informação recebida, além de passar noções de custos e técnicas de análise. Por sua vez, o usuário retribui a área de custos com informações sobre o processo produtivo do setor. Esse relacionamento entre as partes deve ser constante a fim de aperfeiçoar o sistema de custos, gerar informações de qualidade e envolver o usuário no sistema.

- Todos os setores devem estar preparados e treinados para gerar informações de qualidade e fidedignas ao sistema, desde informações monetárias ou estatísticas até informações estruturais e/ou operacionais que podem passar desapercebidas à área de custos (mudança na área física do setor, alteração de funcionários, mudança no processo produtivo, etc.).

- Muitos setores que recebem as informações (relatórios gerenciais) para análise, são os mesmos que geram os dados para a consecução do sistema (coleta de dados). Com esse envolvimento, caso os dados cheguem de forma insatisfatória e/ou atrasados, a área de custos processará dados incorretos e os usuários da informação receberão os relatórios com falhas motivadas muitas vezes por eles mesmos, desta forma, subentende-se que o processo gera uma auto-correção.

CUSTO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

A metodologia de apropriação de custos de procedimentos hospitalares compreende um processo sequencial da abordagem de custeio por absorção. As orientações referentes à apropriação de custos por centro de custos, têm como objetivo a geração dos indicadores do custeio das atividades, sob a segmentação da estrutura funcional de uma Policlínica. Embora a conceituação e a correspondente obtenção dos custos dos produtos ou serviços, gerados sob a classificação de centro de custos, compreenda valiosa informação de custeio das atividades de uma Policlínica, somente a complementação com o custeio de procedimentos hospitalares é que encerra o ciclo da apropriação de custos, sob a abordagem de custeio por absorção.

Custo por procedimento representa um conceito de acumulação de custos compreendido dentro das definições básicas da contabilidade de custos. Consiste em uma acumulação de custos que apura o custo da assistência prestada ao paciente. A relevância desta forma de apuração de custos é inquestionável em razão da possibilidade de se estabelecer uma plena comunicação com a área médica através da composição física e monetária de cada procedimento, ao mesmo tempo que permite a avaliação dos resultados quando a remuneração dos serviços é praticada desta forma.

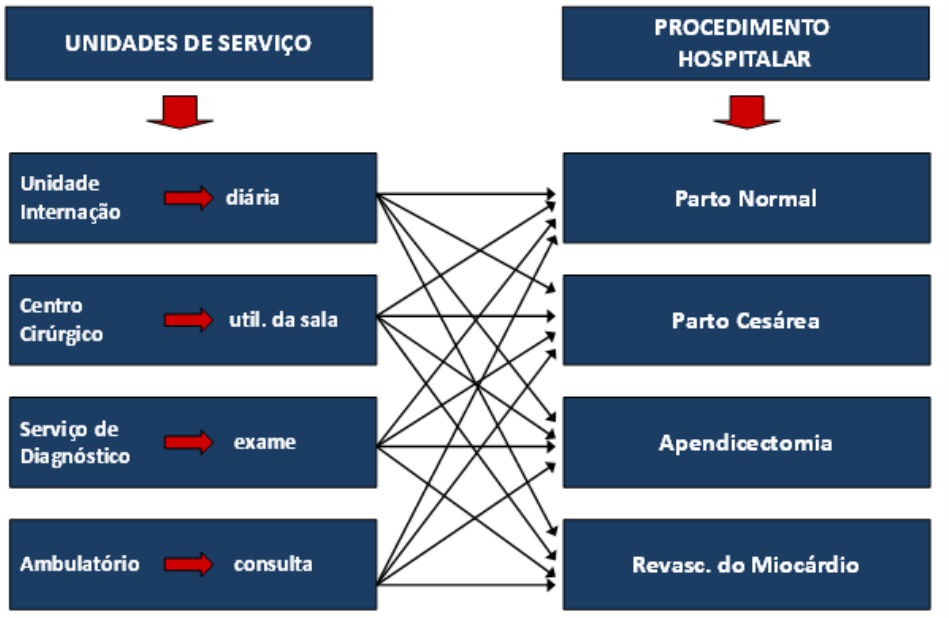
O sistema de custeio por absorção oferece a informação do custo dos componentes de um tratamento. Esse valor representa o custo diário do tratamento do paciente, porém, não informa o valor de toda a duração do tratamento e os serviços auxiliares e de diagnósticos requeridos.

À medida que se estabelece o custo por procedimento, passa-se a dispor de elementos de avaliação do desempenho, compreendendo-se a eficiência na utilização dos serviços (conduta médica) e os correspondentes custos incorridos.

Essa avaliação é possível através da utilização de indicadores (estabelecidos por equipes médicas especializadas e com a indicação da premissa do nível de qualidade adequada), que representam o perfil de desempenho a níveis de eficiência desejados.

Um dos conceitos da contabilidade de custos adequado à avaliação do desempenho dos procedimentos denomina-se custo padrão (*standard cost*). A elaboração do custo padrão compreende a definição da quantidade (n.º de diárias, n.º de exames, quantidade de horas de cirurgia, etc.) e o correspondente valor (custo da diária, custo do exame, custo da hora de cirurgia, etc.). A análise de variações oferece a possibilidade da identificação das diferenças entre o custo real (efetivamente incorrido) e o custo padrão, se estas foram propiciadas pela quantidade ou pelo custo, o que indica os níveis de eficiência da área de operação do serviço ou da área econômica.

A iniciativa de apuração de custos por procedimento torna-se bastante simplificada em razão da existência de um sistema de custos que dispõe do custo dos diferentes componentes que correspondem ao tratamento do paciente. A estatística deve utilizar uma amostra significativa de cada procedimento.



Exemplo :

CENTRO DE CUSTOS	QUANTIDADE	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO DO PROCEDIMENTO

(Descrição dos Insumos Consumidos)			
Diárias ..... **.** **Taxas de Sala .....** **Exames .....** **Materiais .....** **Medicamentos.....**	3 DIAS 1 HORA 3 EXAMES 5 UNIDADES 10 FRASCOS	R$ 200,00 R$ 100,00 R$ 50,00 R$ 20,00 R$ 10,00	**R$ 600,00** **R$ 100,00** **R$ 150,00** **R$ 100,00** **R$ 100,00**
TOTAL	**-X-**	**-X-**	**R$ 1.050,00**

CRITÉRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO CUSTO POR PROCEDIMENTO

- Procedimentos homogêneos

Só é possível o desenvolvimento da metodologia do custeio por procedimentos para as patologias semelhantes na aplicação da conduta médica, caso contrário o desvio entre os casos analisados prejudica a apuração da média a ser alcançada.

- Procedimentos com relevância

Devemos observar, para a apuração do custo por procedimentos, quais os casos de maior incidência, pois, dedicar-se para custear casos que ocorrem raramente, além da dificuldade para o alcance de uma boa amostra, torna-se irrelevante para qualquer negociação ou tomada de decisão devido à baixa ocorrência do evento.

- Procedimentos com importância financeira

Em primeira estância, após cumprido os requisitos acima descritos, é recomendável a análise do procedimento com maior significância monetária para posteriormente avançarmos os estudos para os demais casos.

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO CUSTO POR PROCEDIMENTO

1. Definição da amostra a ser analisada, de forma aleatória, e com critérios pré-definidos.

2. Coleta da amostra através dos prontuários, contas e/ou dados do sistema de gestão, definidos na amostra.

3. Triagem dos procedimentos. Análise pela área médica dos casos coletados com o objetivo de excluir da amostra os casos que fogem à normalidade do procedimento escolhido para análise.

4. “Digitação” e valorização da amostra após a triagem médica e substituição dos casos excluídos para recompor a amostra inicialmente proposta, passando então para a fase de “digitação” e valorização dos prontuários, contas ou dados do sistema de gestão.

5. Após a apuração da média dos insumos consumidos para realização dos procedimentos da amostra definida, bem como a valorização destes, a “planilha” com estes cálculos e descrições deverá ser encaminhada à área médica com objetivo de que seja elaborada uma conduta pré-estabelecida, de acordo com os protocolos médicos.

ANÁLISE DE CUSTOS PARA TOMADA DE DECISÃO - CUSTEIO DIRETO

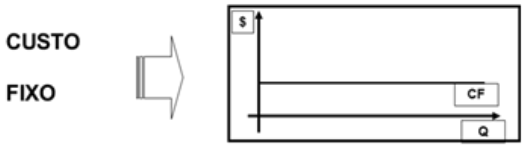
O sistema de custeio direto constitui uma valiosa ferramenta de análise de custos e resultados para a tomada de decisão. Enquanto o custeio por absorção contempla mais especificamente a apuração do custo de produção dos serviços, o custeio direto amplia as possibilidades de análises para fins gerenciais e reúne informações adequadas no processo de tomada de decisão.

O custeio direto estabelece no escopo de suas orientações, uma oportuna atenção à análise das relações entre custo, volume e lucro. Com isto, torna-se fundamental a classificação dos custos sob a abordagem de comportamento em relação ao volume das operações, o que torna imprescindível a conceituação sob as expressões de custos fixos e custos variáveis.

Sob essa conceituação, os custos fixos representam insumos ocorridos muito mais para oferecer as condições de operação do que propriamente como recurso utilizado para a produção de um serviço específico. O conceito de custeio direto considera como custo do produto ou serviço apenas as parcelas de custos variáveis, enquanto os custos fixos são compreendidos como custos da empresa em sua totalidade, não sendo, portanto, objeto de apropriação ou rateio dos serviços produzidos.

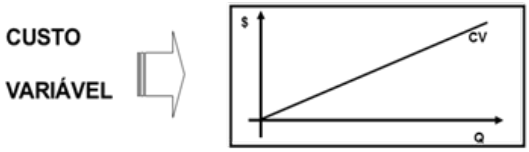
CUSTO FIXO (CF)

Os custos fixos são definidos como os custos que não sofrem alteração diante de mudanças no volume de produção. Em geral, estão representados pelos custos decorrentes da estrutura instalada, cujos exemplos mais comuns são os salários mensais fixos, depreciação, aluguel, entre outros.

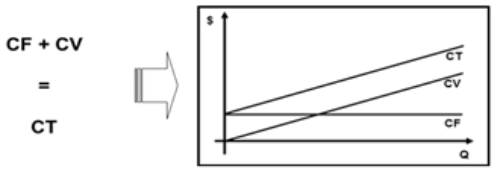


CUSTO VARIÁVEIS (CV)

Ao contrário dos custos fixos, os custos variáveis sofrem modificações de acordo com as alterações do volume de produção. O exemplo inquestionável de custo variável na composição dos custos hospitalares é o consumo de materiais, em especial os materiais médico-cirúrgicos e medicamentos.

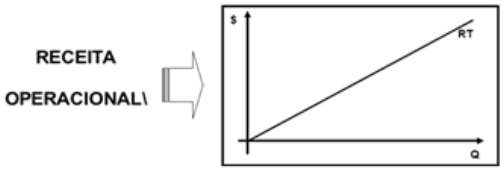


Portanto, o custo total é o resultado da soma dos comportamentos dos custos fixos e variáveis



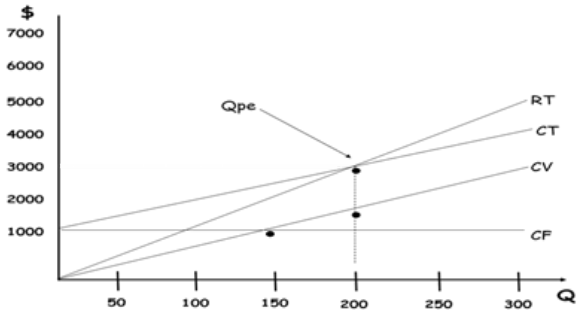
COMPORTAMENTO DA RECEITA

A receita proveniente das atividades operacionais da empresa corresponde à remuneração pelos serviços prestados. Em razão disto, o comportamento é semelhante à equação do custo variável, ou seja, varia à mesma proporção do volume de atendimento.



PONTO DE EQUILÍBRIO (PE)

O conceito de ponto de equilíbrio representa uma valiosa ferramenta de gestão dos resultados operacionais da empresa. Expressa o nível de atividades em que o resultado da empresa é zero, onde ocorre, portanto, a igualdade entre a receita total e o custo total. Em decorrência dessa conceituação, fica claro que a Policlínica deverá operar com volumes de atendimento acima do ponto de equilíbrio.



MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO (MC)

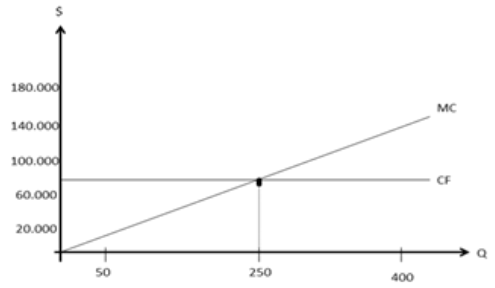
A conceituação de margem de contribuição consiste em mais um relevante instrumento, cuja utilização com as ferramentas de análise das relações de custo-volume-lucro descritas, propicia um acervo de equações fundamentais à avaliação de resultados e tomada de decisão.

A margem de contribuição corresponde à diferença entre o valor da receita total de custo variável, cuja expressão compreende a parcela de contribuição do produto ou serviço destinada à cobertura do custo fixo e à geração de resultados, caso o montante da referida contribuição seja superior ao valor do custo fixo.

Uma das compreensões mais importantes deste conceito corresponde à análise da destinação dos valores de contribuição gerados sob as condições de diferentes níveis de produção de serviços.

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS			
Descrição	200 internações	250 internações	300 internações
Receita Total.....	120.000,00	150.000,00	180.000,00
(-) Custo Variável.....	- 66.000,00	- 82.500,00	- 99.000,00
Margem de Contribuição.....	54.000,00	67.500,00	81.000,00
(-) Custo Fixo.....	- 67.500,00	- 67.500,00	- 67.500,00
Lucro.....	- 13.500,00	-	13.500,00

A ilustração gráfica permite compreender os diferentes comportamentos de resultados, com base nos fundamentos da conceituação de margem de contribuição.



COLETA E PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

As informações necessárias, insumos dos sistema, deve ser previamente identificadas e definidos os setores responsáveis pela sua emissão.

Após a definição dos dados, os setores envolvidos na geração dos dados receberam relatórios de coleta para o devido preenchimento de maneira adequada.

Para a obtenção de uma apuração de custos mais precisa, foram então estabelecidos fluxos de informações, abrangendo os dados financeiros: custos com pessoal, honorários e serviços médicos, materiais, serviços prestados e custos gerais, dados estatísticos e produções, que serão descritos a seguir.

PRIMEIRO PASSO

Crie em seu computar 8 pastas em seu computador para arquivar as planilhas e documentos que serão elaborados conforme o diagnósticos elaboradorados pelo consultor da Planisa e o Diretor Financeiro da unidade.

Pastas:

1 – Consumo

2 – Estatistica

3 – Folha

4 – Notas Fiscais

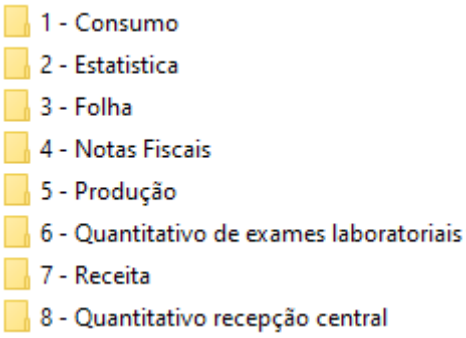
5 – Produção

6 – Quantitativo de exames laboratoriais

7 – Receita

8 – Quantitativo recepção central

Exemplo:

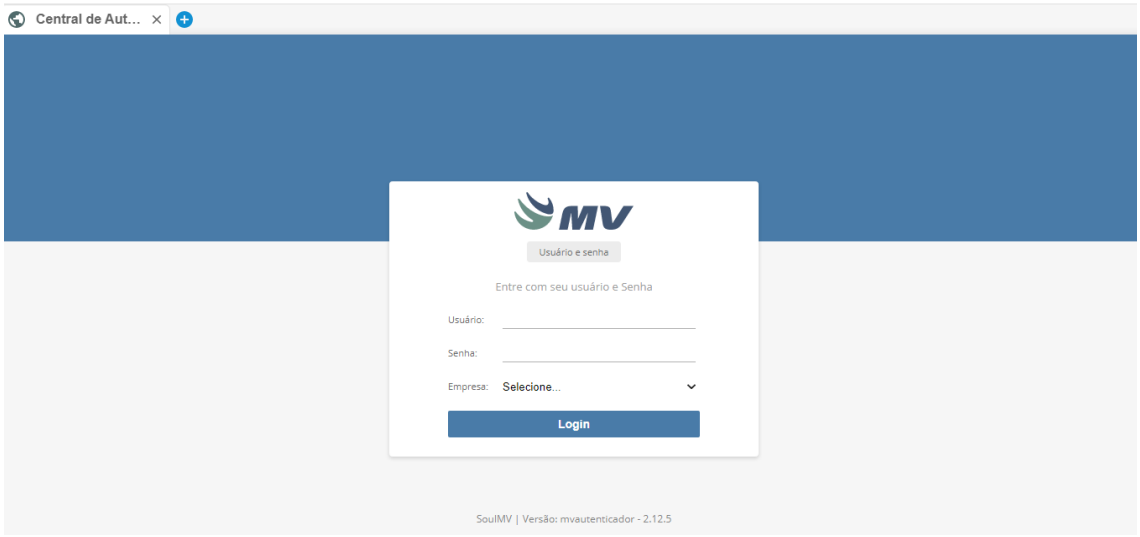


Vale ressaltar que deve ser elaborando todo o processo conforme as necessidades da unidade com os devidos responsáveis pela emissão dos relatórios mensais abaixo:

SEGUNDO PASSO

- Dentro da pasta de consumo ira ficar dois relatórios extraído do sistema MV um do consumo do Almoxarifado e outro do consumo da Farmárcia.
- Passo a passo para extrair o relatório de consumo do Almoxarifado e Farmácia.

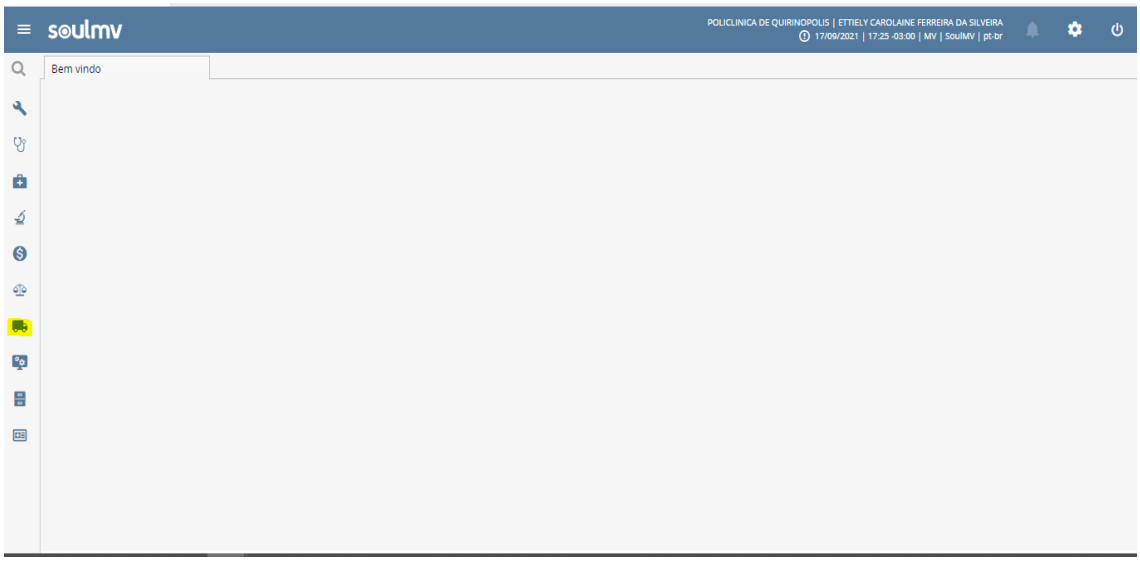
Materiais e Logistica → Relatórios → gerenciais → saída/devoluções por setor/ pacientes por espécie.



- Logar no sitema MV

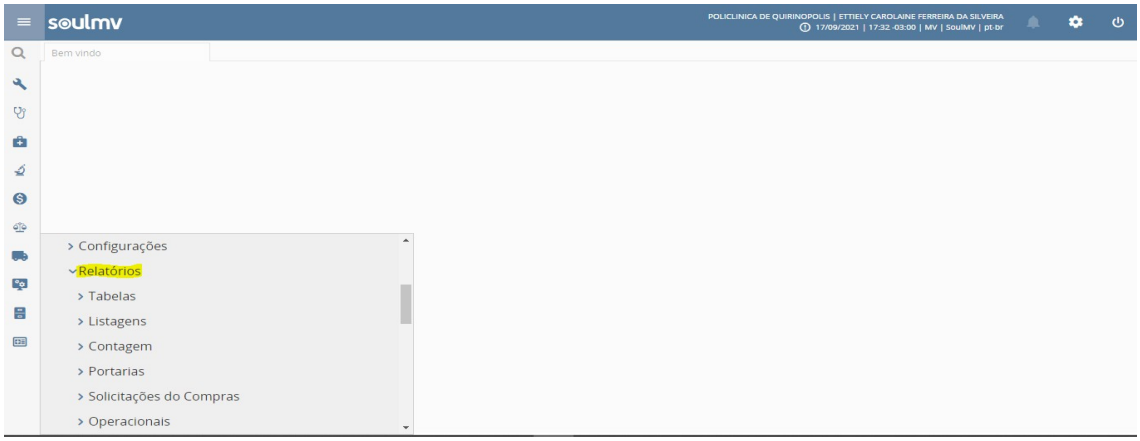
- Em usuário coloque seu usuário;
- Em senha coloque sua senha;
- Após colocar o usuário vai aparecer em empresa o seu local de trabalho e clique em login

- Ao clicar em login vai abrir essa tela abaixo onde você vai clicar em materiais e logística (caminhão) no canto inferior esquerdo

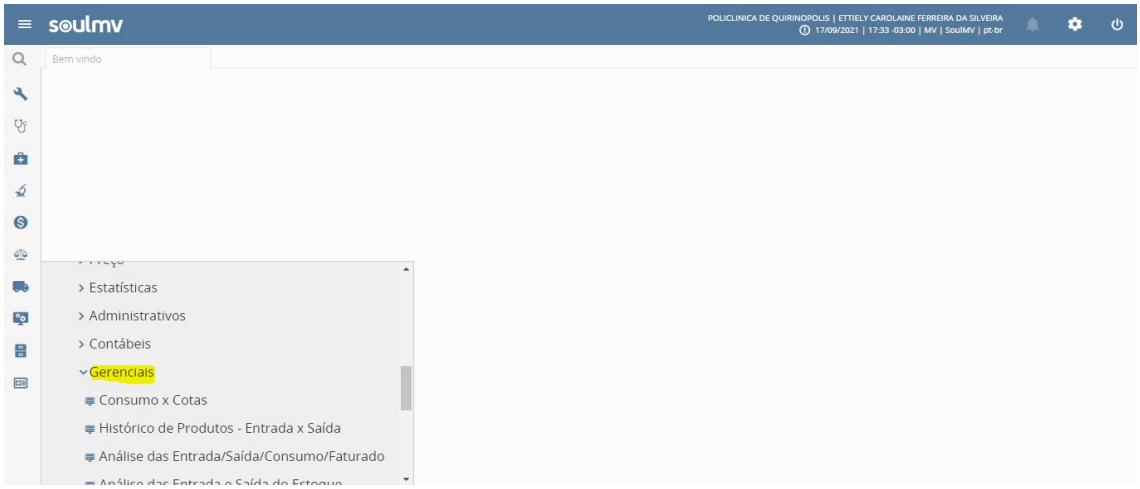


- Clique em almoxarifado

- Clique em relatórios

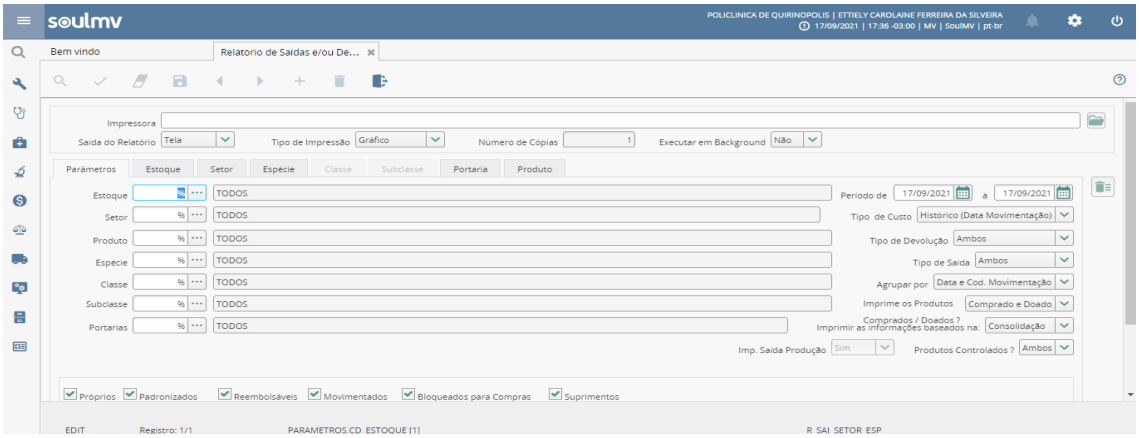


- Clique em Gerenciais

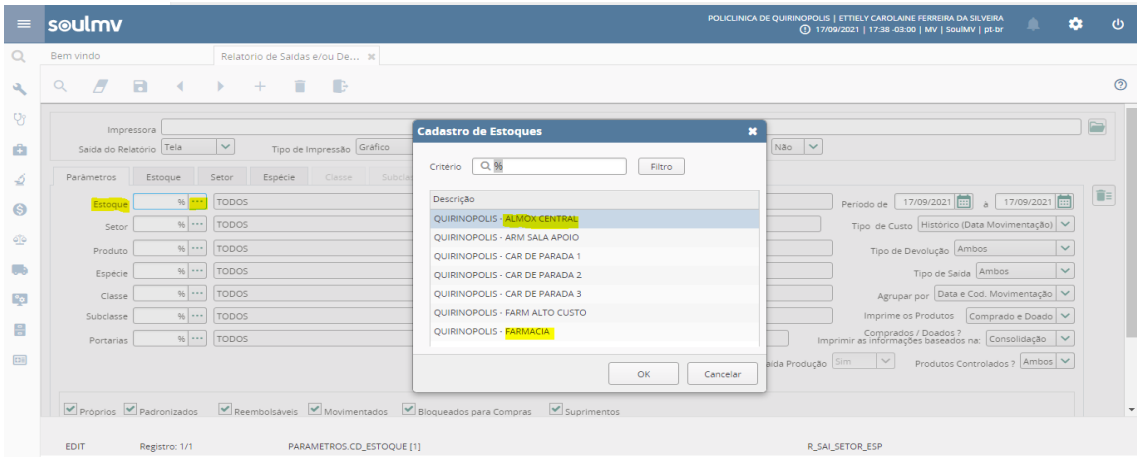


- Clique em Saida/ Devolução por Setor/Paciente por Espéciei

Após esse passos vai abrir a seguinte tela

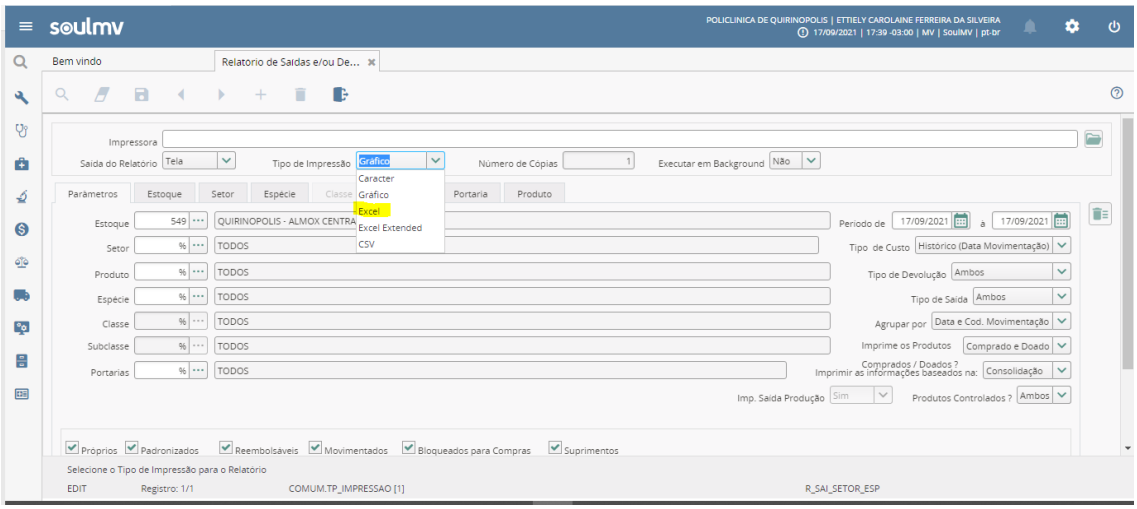


- Ao clicar reticências (três pontinhos) em estoque você poderá selecionar tanto almoxarifado quanto farmácia. (Emitir um relatório por vez).

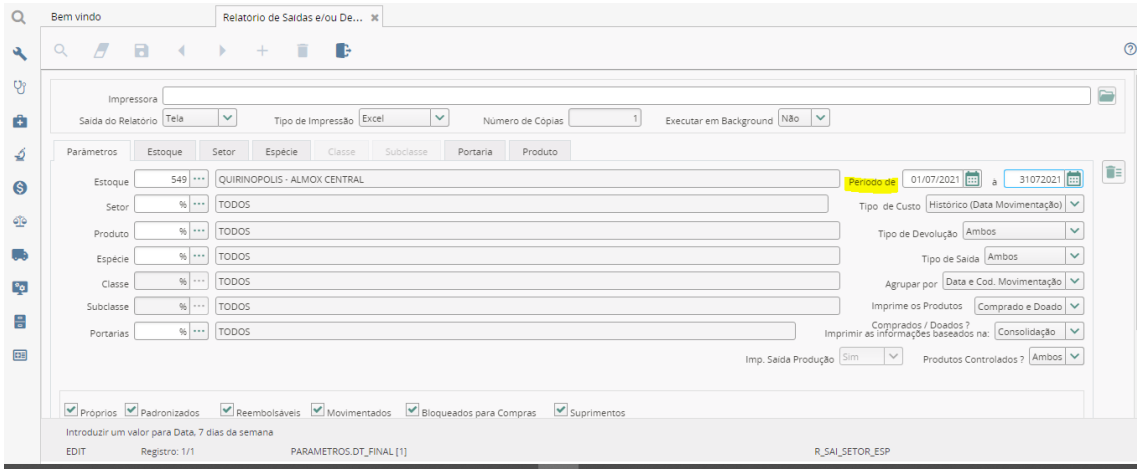


Selecione e clique em ok.

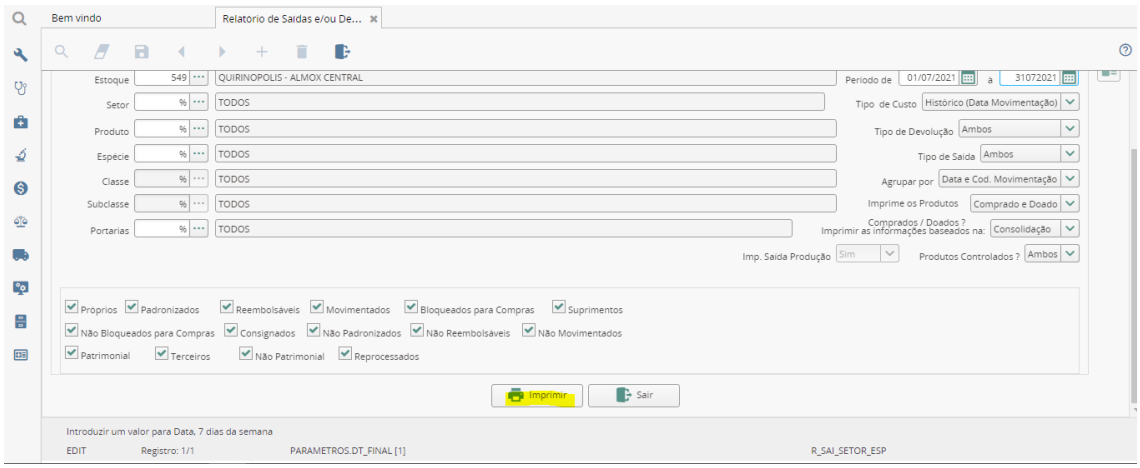
- Em tipo de Impressão clique em Excel



- Em período coloque o período desejado conforme a necessidade.



➢ Clique em Imprimir



Salve o relatório na pasta de Consumo – Renomee o arquivo conforme a extração dele (almoxarifado ou farmácia)

Lembre se que deve emitir tanto o relatório de Consumo da farmácia como o do almoxarifado

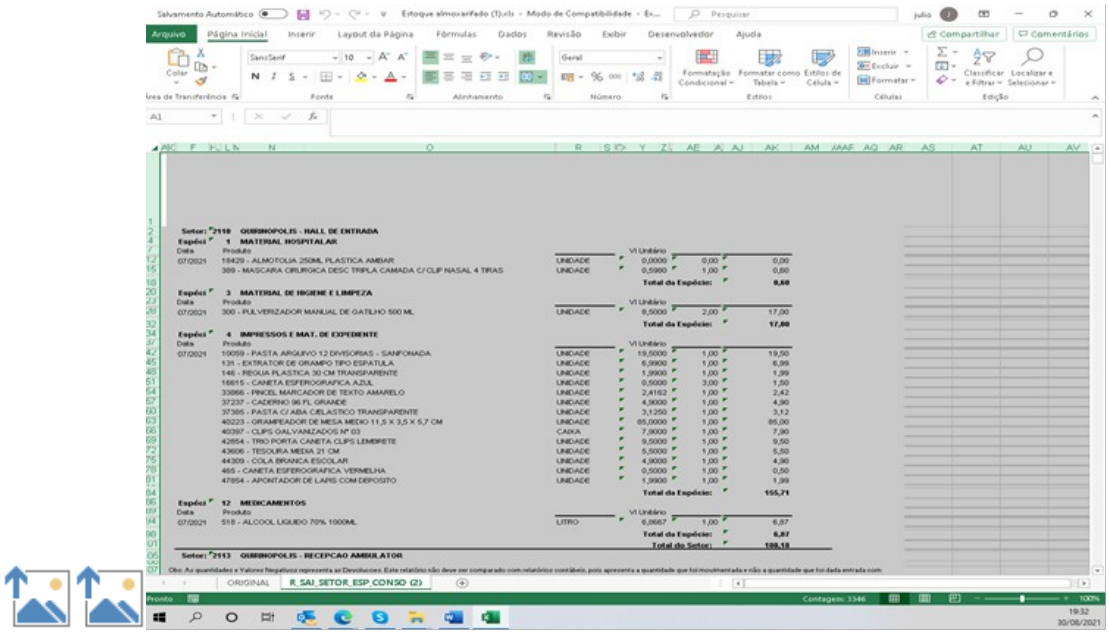
Abaixo relatório.

RELATÓRIO
ESTASTÍSTICA ALMO

❖ Passo para converter o relatório conforme padrões da Planisa.

1. Abrir arquivo no **EXCEL** e criar uma cópia da aba com a descrição **ORIGINAL; (**A aba **original** servirá como backup caso seja necessário fazer uma pesquisa na planilha original);

2. Na outra aba, selecionar todas as linhas e colunas, desmarcar a opção de quebra de texto automática e a opção mesclar e centralizar;



3. Feito isso, ainda com toda planilha selecionada, dar um **duplo clique** na divisão entre a **primeira** e **segunda linha** e na divisão entre a coluna **A** e **B;**

4. Após isso, excluir as colunas: A, B, C, D, E.

5. Após isso, excluir as colunas: B, C, D, E.

6. Após isso, excluir as colunas: C, D.

7. Após isso, excluir as colunas: D até K.

8. Após isso, excluir as colunas: E até K.

9. Após isso, excluir todas as colunas após a coluna E.

10. Feito isso, na primeira linha que possua descrição de materiais, bem como quantidades, fazer a seguinte formula na coluna **F**: **=SE(A2="Setor:";C2).** Na coluna **G** digite a formula: **=SE(A4="Espécie:";C4).**

11. Selecionar as duas linhas com formulas e arrastar até a última linha escrita da planilha.

12. Feito isso, selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

13. Feito isso, ainda com as colunas **F e G** selecionadas, clique em **CTRL + L,** em localizar escreva **FALSO,** altere para a aba substituir e clique em **SUBSTITUIR TUDO.**

14. Feito isso, exclua todas as linhas acima da primeira que contem 1 item de estoque, na coluna **F** note que a primeira linha é um centro de custo, **selecione toda a linha → F5 no teclado → clique em especial no canto inferior esquerdo → clique em "em branco" no canto esquerdo → OK → faça a formula =F1 → clique em CTRL + ENTER.** Execute o mesmo procedimento na coluna **G.** Observação: Ao fazer a formula, lembre-se de altera-la para **=G1.**

15. Após isso, selecione as colunas **F e G,** selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

16. Feito isso exclua a coluna **A e C** na planilha.

17. Feito isso sua planilha está pronta, para organizá-la, selecione as colunas de A a E → Classificar e Filtrar → Classificação personalizada → Classificar por coluna A → ok.

18. Ao fazer isso, note que as colunas **D e E** possuem mais nomes que as colunas **A, B e C.** Exclua todas as palavras excedentes nas colunas **D e E.**

❖ Passo a passo para converter a planilha acima em CSV para importar.

1

1. Crie uma aba na planilha e renomeie como **CONSUMO DE ESTOQUE;**

2. Na primeira linha, coloque em sequencia os seguintes nomes: COMPETÊNCIA; GRUPO; CENTRO DE CUSTO; CODIGO; ITEM; QUANTIDADE; CUSTO UNITÁRIO.

3. **COMPETÊNCIA:** Colocar a competência do relatório, ex: jul/2021;

4. **GRUPO:** Coluna **E** da planilha manipulada anteriormente;

5. **CENTRO DE CUSTO:** Coluna **D** da planilha manipulada anteriormente;

6. **CÓDIGO:** Coluna **A** da planilha manipulada anteriormente;

7. ITEM: Selecione todos os itens da coluna CÓDIGO, clique em: texto para colunas → delimitado → avançar → na parte superior esquerdo marque a caixa de seleção outros → coloque um traço (-) → avançar → concluir;

8. Verifique se algum item teve sua descrição cortada, caso tenha ocorrido, fazer novamente a junção manualmente;

9. **QUANTIDADE:** Coluna **B** da planilha manipulada anteriormente;

10. **CUSTO UNITÁRIO:** Coluna **C** da planilha manipulada anteriormente;

- Passo a passo para converte o relatório em CSV.

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba consumo de estoque → clique uma vez com o botão direito do mouse → mover e copiar → criar uma cópia no canto inferior esquerdo → clique na caixa de seleção e vá em nova pasta → ok.

2 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por virgulas) (*.csv).

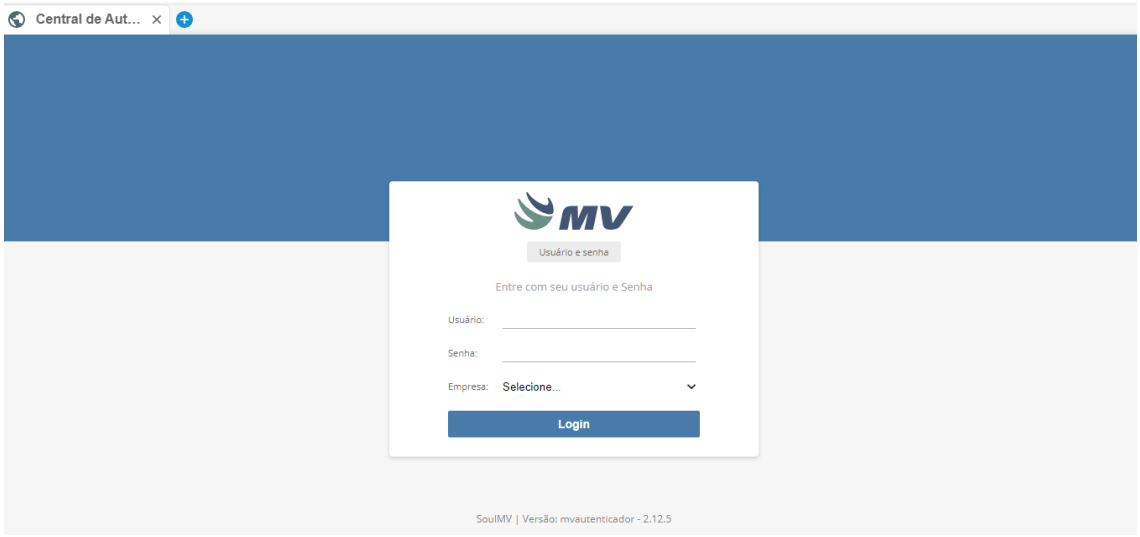
- Salve a Planilha em consumo também. (Este sera o modelo que você vai importar no sistema KPIH.

Modelo da planilha consumo pronta para importação.

❖ Passo a passo para Emitir o relatório de estastística Almoxarifado e Farmácia. (Mesmo local onde emite o relatório de consumo).

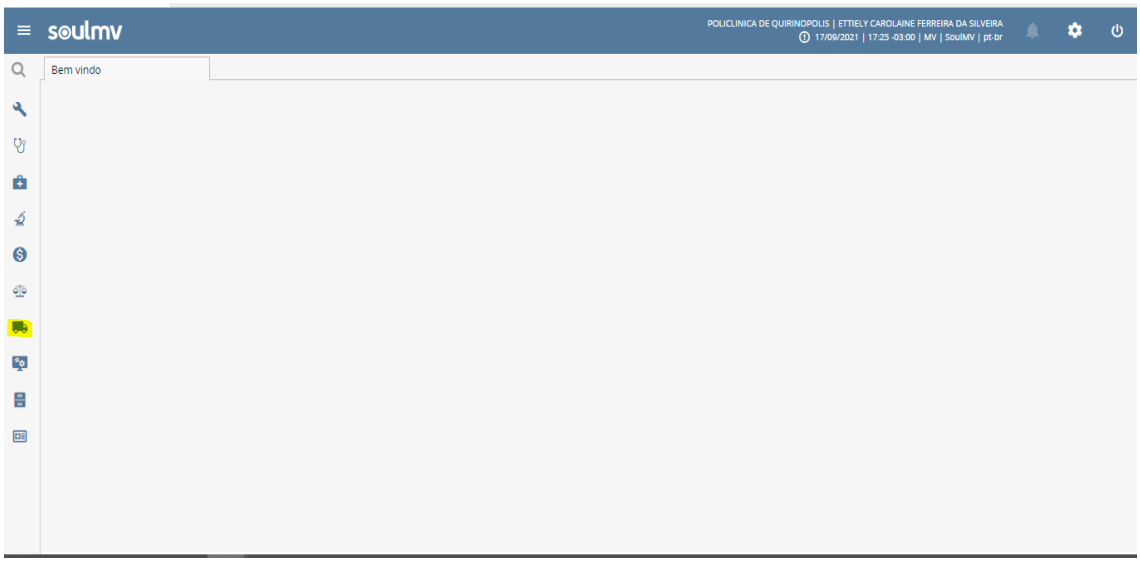
Materiais e Logistica → Relatórios → gerenciais → saída/devoluções por setor/ pacientes por espécie.

➢ Logar no sitema MV

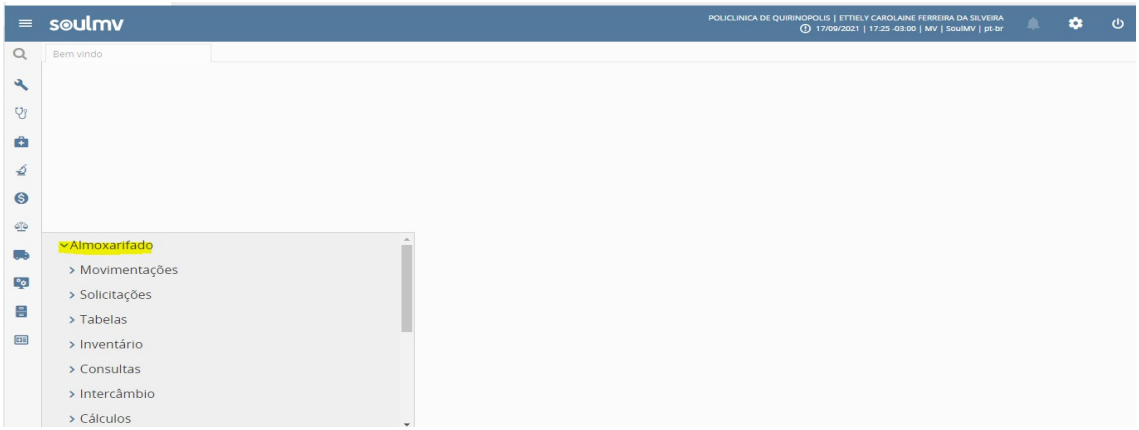


- Em usuário coloque seu usuário;
- Em senha coloque sua senha;
- Após colocar o usuário vai aparecer em empresa o seu local de trabalho e clique em login

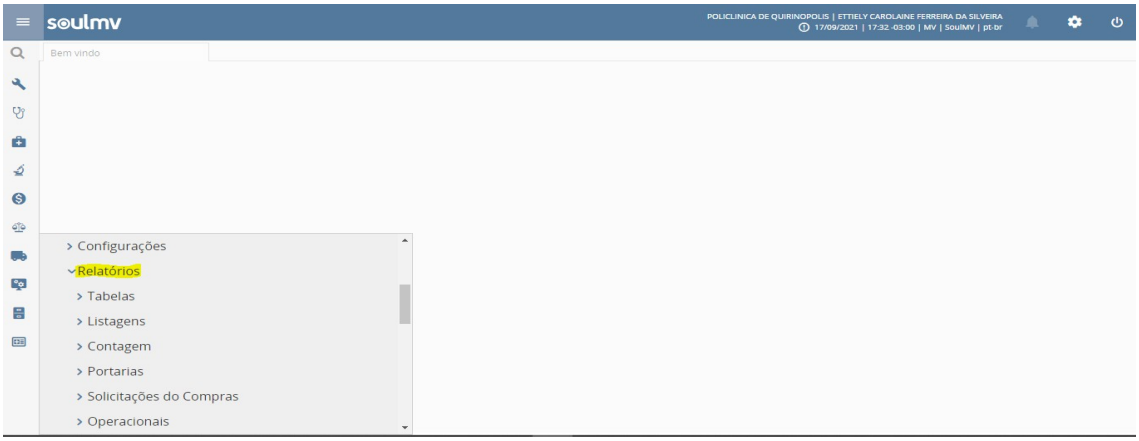
➢ Ao clicar em login vai abrir essa tela abaixo onde você vai clicar em materiais e logística (caminhão) no canto inferior esquerdo



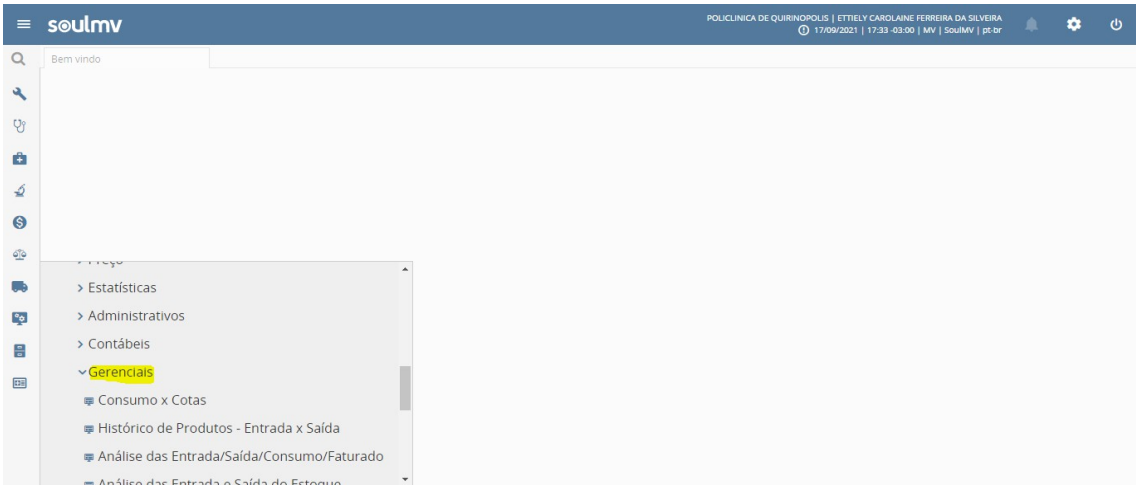
➢ Clique em almoxarifado



➢ Clique em relatórios

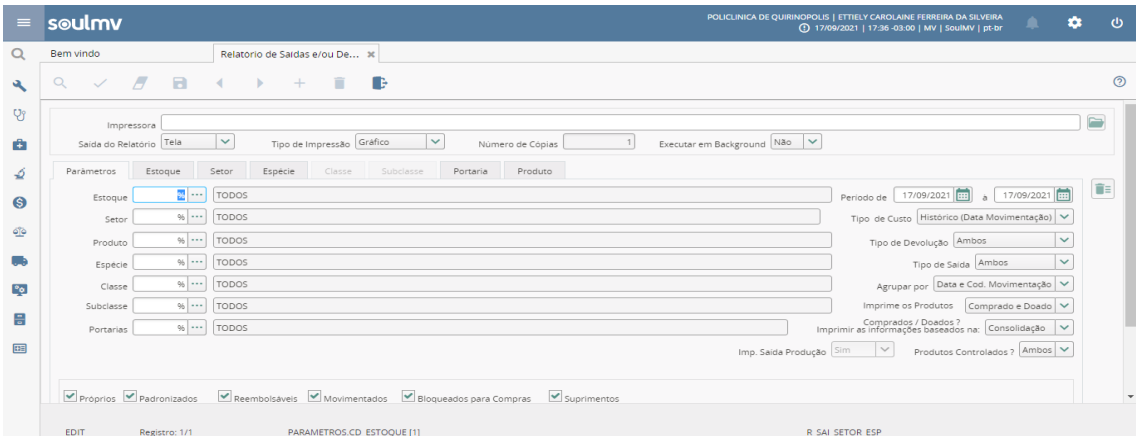


➢ Clique em Gerenciais

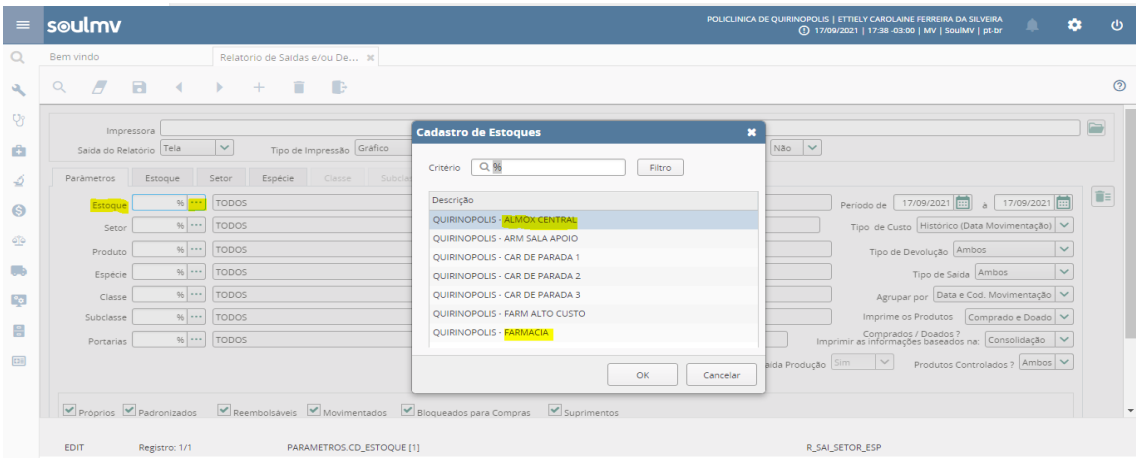


➢ Clique em Saida/ Devolução por Setor/Paciente por Espéciei

Após esse passos vai abrir a seguinte tela

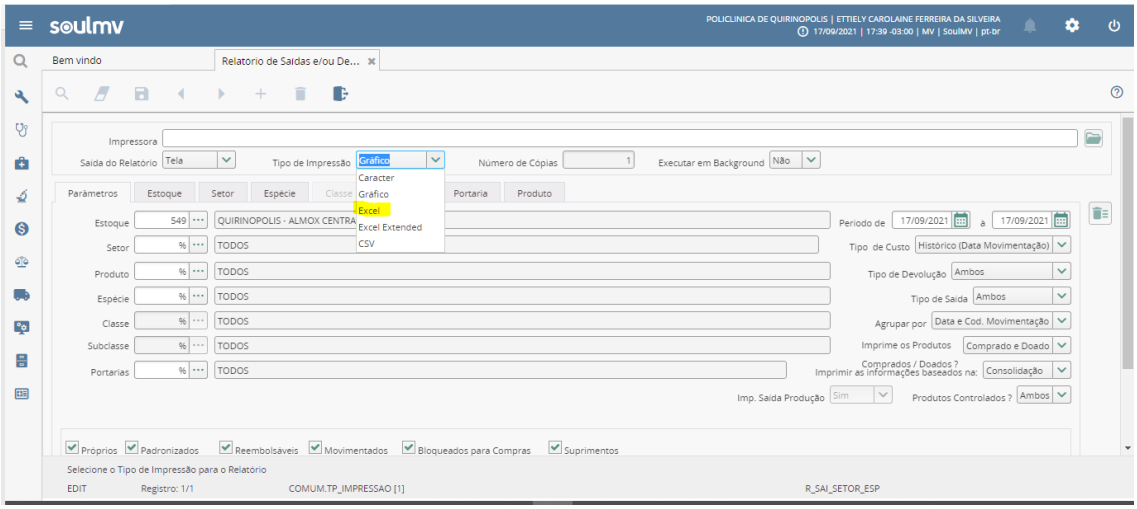


- Ao clicar reticências (três pontinhos) em estoque você poderá selecionar tanto almoxarifado quanto farmácia. (Emitir um relatório por vez).

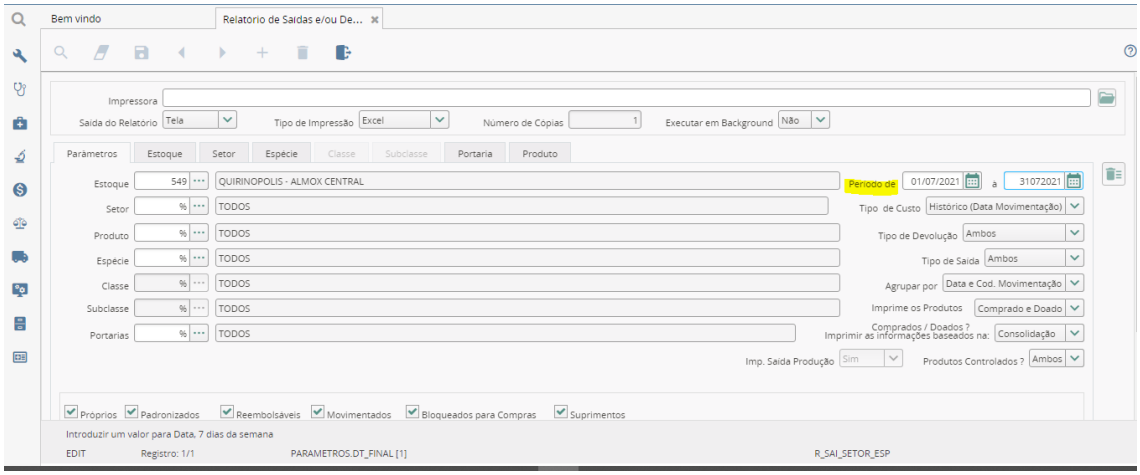


Selecione e clique em ok.

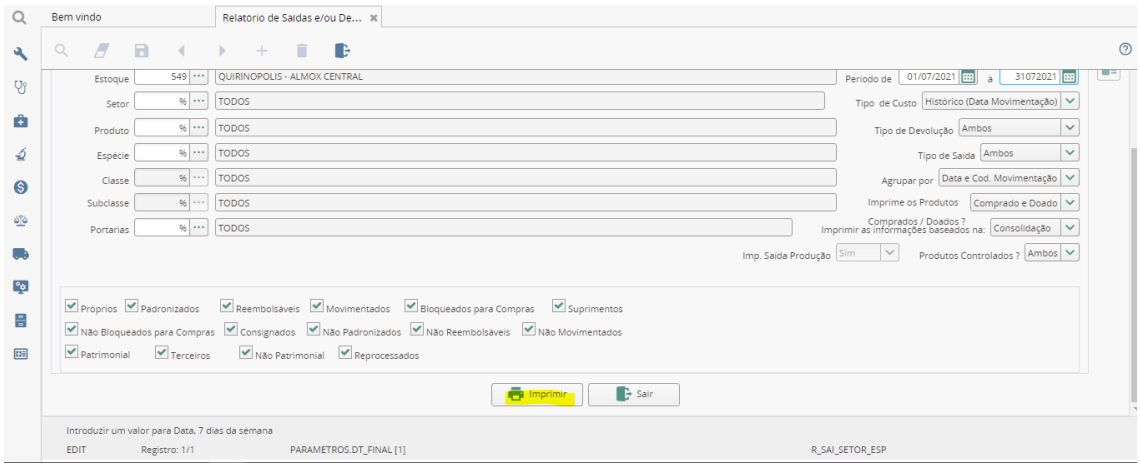
- Em tipo de Impressão clique em Excel



➢ Em período coloque o período desejado conforme a necessidade.



➢ Clique em Imprimir



Salve o relatório na pasta de Estastítica – Renomee o arquivo conforme a extração dele (almoxarifado ou farmácia)

Lembre se que deve emitir tanto o relatório de Estastítica da farmácia como o do almoxarifado

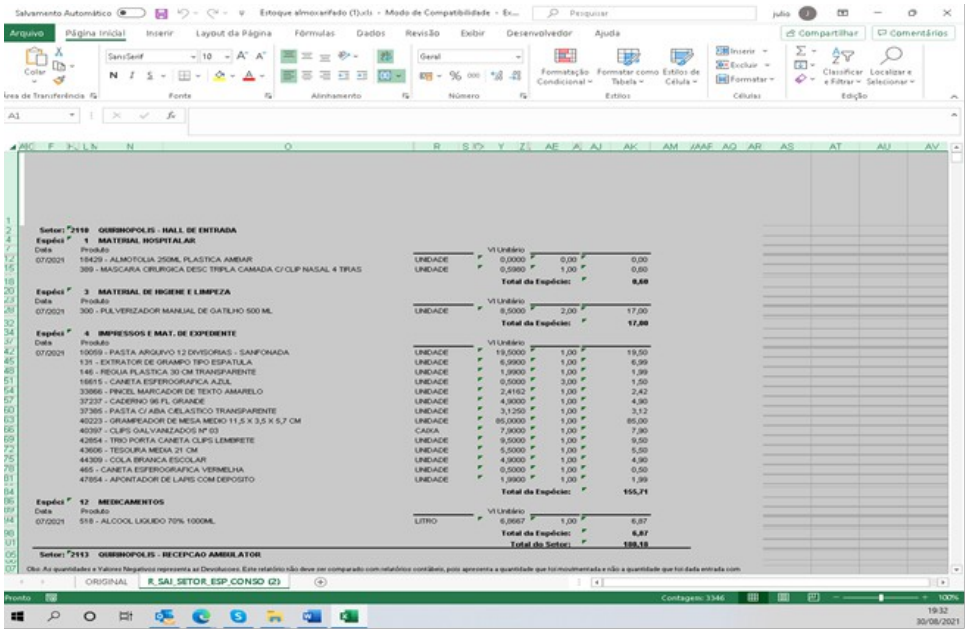
Abaixo relatório sem formatação.

RELATÓRIO
ESTASTÍSTICA ALMO

1 Passo para converter o relatório conforme padrões da Planisa.

2 Abrir arquivo no **EXCEL** e criar uma cópia da aba com a descrição **ORIGINAL; (**A aba **original** servirá como backup caso seja necessário fazer uma pesquisa na planilha original);

3 Na outra aba, selecionar todas as linhas e colunas, desmarcar a opção de quebra de texto automática e a opção mesclar e centralizar;



4 Feito isso, ainda com toda planilha selecionada, dar um **duplo clique** na divisão entre a **primeira** e **segunda linha** e na divisão entre a coluna **A** e **B;**

5 Após isso, excluir as colunas: A, B, C, D, E.

6 Após isso, excluir as colunas: B, C, D, E.

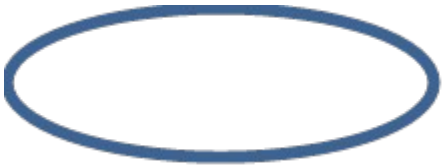
7 Após isso, excluir as colunas: C, D.

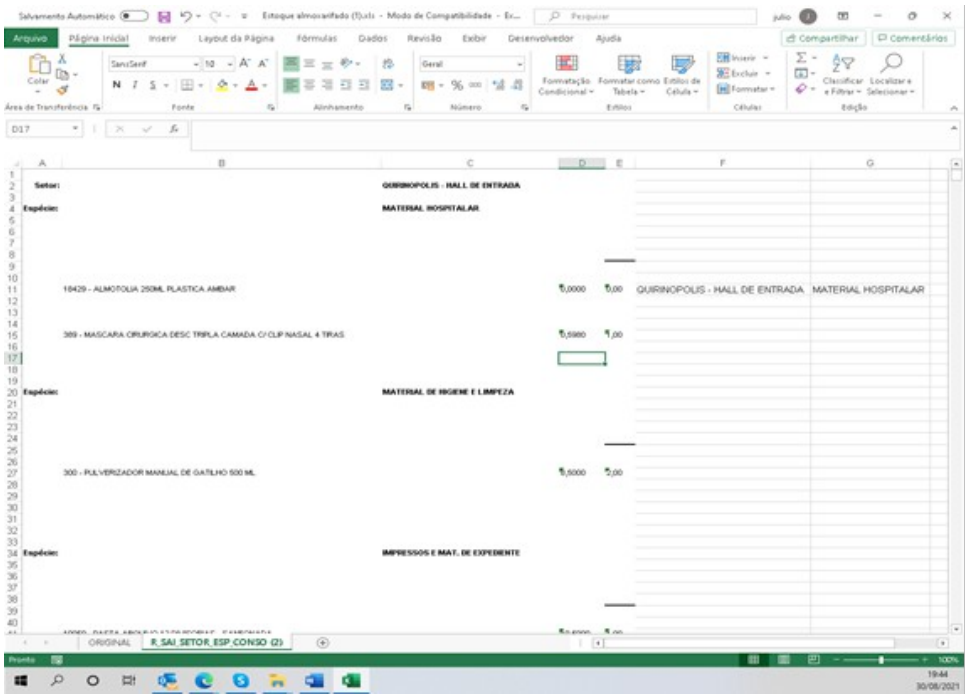
8 Após isso, excluir as colunas: D até K.

9 Após isso, excluir as colunas: E até K.

10 Após isso, excluir todas as colunas após a coluna E.

11 Feito isso, na primeira linha que possua descrição de materiais, bem como quantidades, fazer a seguinte formula na coluna **F**: **=SE(A2="Setor:";C2).** Na coluna **G** digite a formula: **=SE(A4="Espécie:";C4).**





12 Selecionar as duas linhas com formulas e arrastar até a última linha escrita da planilha.

13 Feito isso, selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

14 Feito isso, ainda com as colunas **F e G** selecionadas, clique em **CTRL + L,** em localizar escreva **FALSO,** altere para a aba substituir e clique em **SUBSTITUIR TUDO.**

15 Feito isso, exclua todas as linhas acima da primeira que contem 1 item de estoque, na coluna **F** note que a primeira linha é um centro de custo, **selecione toda a linha → F5 no teclado → clique em especial no canto inferior esquerdo → clique em "em branco" no canto esquerdo → OK → faça a formula =F1 → clique em CTRL + ENTER.** Execute o mesmo procedimento na coluna **G.** Observação: Ao fazer a formula, lembre-se de altera-la para **=G1.**

16 Após isso, selecione as colunas **F e G,** selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

17 Feito isso exclua a coluna **A e C** na planilha.

18 Feito isso sua planilha está pronta, para organizá-la, selecione as colunas de A a E → Classificar e Filtrar → Classificação personalizada → Classificar por coluna A → ok.

19 Ao fazer isso, note que as colunas **D e E** possuem mais nomes que as colunas **A, B e C.** Exclua todas as palavras excedentes nas colunas **D e E.**

20 Crie uma aba na planilha e renomeie como **ESTATISTICAS;**

21 Na primeira linha, coloque em sequência os seguintes nomes: **COMPETÊNCIA; GRUPO; CENTRO DE CUSTO; QUANTIDADE;**

22 **COMPETÊNCIA:** Colocar a competência do relatório, ex: jul/2021;

23 **GRUPO:** Coluna **E** da planilha manipulada anteriormente;

24 **CENTRO DE CUSTO:** Coluna **D** da planilha manipulada anteriormente;

25 **QUANTIDADE:** Coluna **B** da planilha manipulada anteriormente;

- Passo a passo para converte o relatório em CSV.

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba estatísticas → clique uma vez com o botão direito do mouse → mover e copiar → criar uma cópia no canto inferior esquerdo → clique na caixa de seleção e vá em nova pasta → ok.

2 Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por virgulas) (*.csv).

- Salve a Planilha em consumo também. (Este sera o modelo que você vai importar no sistema KPIH.

Modelo da planilha consumo pronta para importação.

Continuando as planilha de estastitisca os demais itens desta planilha será feito conforme a necessidade da unidade, a planilha abaixo foi elaborada conforme a unidade de Quirinópolis.

Observações abra essa planilha para compreender os passo a passo abaixo de preenchimento.

No caso de Quirinópolis o consultor Julio e a Gerente Alessandra Haruku, estiveram na unidade onde foi desenvolvido um projeto de custos totalmente adaptado a unidade.

Deste modelo seguindo a primeira aba da planilha estatística temos a parte de importação que conforme for preenchido a segunda, terceira, quarta, quinta e sexta, nos dará a planilha de importação pronta.

❖ Terceiro passo - Passo a passo para preencher a planilha.

Conforme a analise feita pelos consultores e diretor financeiro sera separados os responsáveis pela inclusão desse dados na planilha.

Em Quirinópolis foi criado um Drive onde esta localizado essa planilha para que o colaborador responsável apenas entre no drive e atualize a sua parte.

❖ Segunda Aba da planilha a cima:

Manutenção predial colocar as horas trabalhadas em cada setor. O colaborador responsável computa suas horas mensais e incluir na planilha

Exemplo:

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Horas Trabalhadas Manutenção Predial
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	
1003	Ambulatório Dermatologia	00:30

- Terceira Aba

Informatica incluir o números de O.S. executada nos mês de competência conformes os setores solicitantes. O T.I. da unidade computa as O.S. por setor e inclui na planilha.

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Nº de O.S. Informática
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	3
1003	Ambulatório Dermatologia	1

- Quarta Aba

SCIRAS incluir as horas trabalhadas em cada setor da enfermeira SCIRAS. A Enfermeira computa suas horas mensais e depois incluir na planilha

DESCRIÇÃO DE CENTRO DE CUSTOS		% de Atuação SCIRAS	
		Atividades do SCIH	Atividades de Comissões
1002	Ambulatório Cardiologia		1
1003	Ambulatório Dermatologia		1
1004	Ambulatório Endocrinologia		1
1005	Ambulatório Gastroenterologia		
1006	Ambulatório Ginecologia / Obstetrícia		2

- Quinta Aba

Recepção central incluir o numero de atendimentos. Relatório emitido no sistema MV. (Relatório de Origens de Atendimento)

Abaixo modelo do relatório.

Relatório de
Origens de Atendim

Exemplo:

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Nº de Atendimentos Recepção Recepção
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	60
1003	Ambulatório Dermatologia	15

- Sexta aba

Ouvidoria e incluído o numero de pesquisas efetuadas por departamento. Relatório elaborado pela ouvidoria da unidade e incluído na planilha.

Modelo de relatório da unidade de Quirinópolis. (Considerando apenas o valor total por departamento.

Tabela de resultados da pesquisa mês de julho.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
RECEPÇÃO CENTRAL	0	1	66	250	317	33,62%
ENFERMAGEM	0	0	28	181	209	22,16%
RECEPÇÃO MÉDICA	0	0	0	24	24	2,55%
CONSULTÓRIO MÉDICO	0	0	0	0	0	0,00%
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	22	178	200	21,21%
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	3	20	23	2,44%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	2	37	39	4,14%

RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	0	0	1	29	30	3,18%
LABORATÓRIO	0	0	3	33	36	3,82%
FISIOTERAPIA	0	0	0	17	17	1,80%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%
NUTRIÇÃO	0	0	3	5	8	0,85%
SERVIÇO SOCIAL	0	0	1	15	16	1,70%
PSICOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%
UNID. MÓVEL	0	0	8	16	24	2,55%
TOTAL GERAL	0	1	137	805	943	100,00 %
PERCENTUAL	0,00%	0,11%	14,53 %	85,37%	100,00 %	

Total das avaliações = 943

Tota essa documentação de estatística salve na pasta de estastistica para fazer a importação.

Depois de preencher toda a planilha de estastistica vai na primeira aba e siga os passo abaixos:

1. Após fazer o procedimento acima, vá na aba IMPORTAR ESTATÍSTICAS → clique uma vez com o botão direito do mouse → mover e copiar → criar uma cópia no canto inferior esquerdo → clique na caixa de seleção e vá em nova pasta → ok.

2. Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por virgulas) (*.csv).

❖ Quarto passo – Planilha de Folha de pagamento.

O RH da unidade preenche ela conforme nome, salario, cnetro de custo cargo.

Abaixo modelo:

PLANISA 072021.xlsx

Depois de preencher toda a planilha da folha vai na primeira aba e siga os passo abaixos:

3. Após fazer o procedimento acima, vá na aba JULHO 2021 → clique uma vez com o botão direito do mouse → mover e copiar → criar uma cópia no canto inferior esquerdo → clique na caixa de seleção e vá em nova pasta → ok.

4. Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por virgulas) (*.csv).

❖ Quinto passo – Planilha de notas.

O setor que ficar responsável devera preencher com as notas fiscal da compentencia desejada. (essa planilha também sera elaborada conforme as nescessidades da unidade e de rateio que a unidade vai seguir).

Após a sua planilha elaborada conforme sua uniade, sempre alterar apenas nas colunas A, B, C, D e E.

Abaixo modelo da planilha:

1 -Notas mês 07-2021 - Copia.xlsx

Depois de preencher toda a planilha de notas vai na primeira aba e siga os passo abaixos:

1. Após fazer o procedimento acima, vá na aba 1.1 NOTAS MÊS 07-2021 → clique uma vez com o botão direito do mouse → mover e copiar → criar uma cópia no canto inferior esquerdo → clique na caixa de seleção e vá em nova pasta → ok.

2. Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por virgulas) (*.csv).

❖ Sexto passo – Produção

Essa planilha também e elaborada conforme a unidade

Nesta planilha você vai incluir o a quantidade de consultas na segunda aba e na terceira aba vai incluir a quantidade de exames.

Essas quantidades sera feito no portifolio que sera enviado pelo diretor financeiro, após ter a planilha você inclui os dados.

Modelo de planilha

Produção - 072021.xlsx

Depois de preencher toda a planilha de produção vai na primeira aba e siga os passo abaixos:

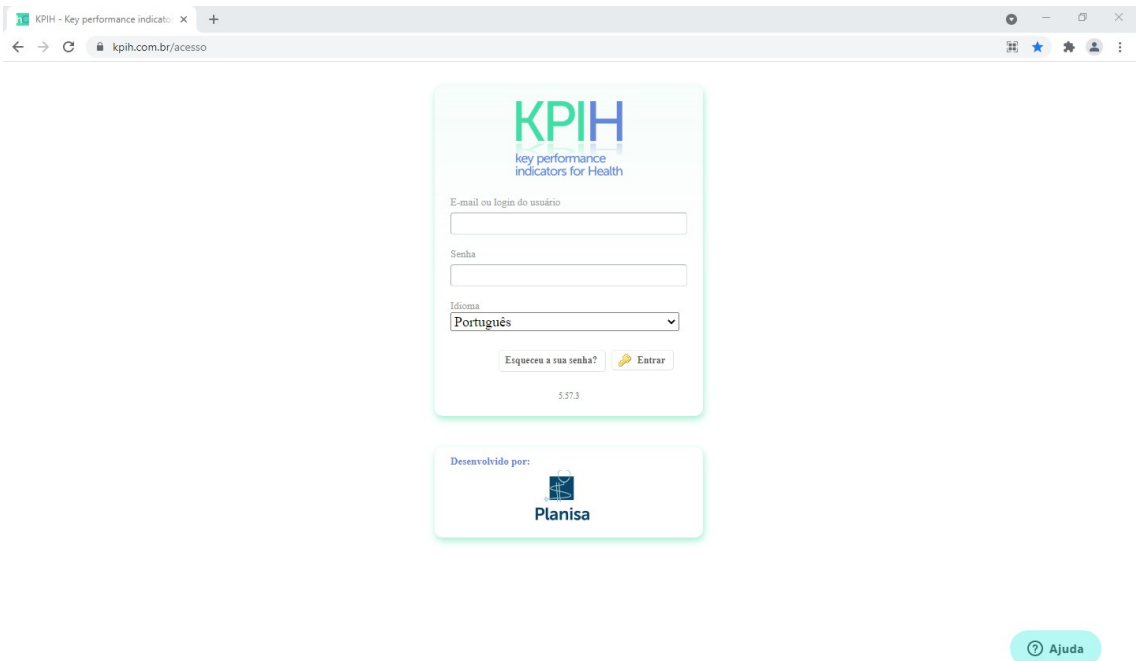
3. Após fazer o procedimento acima, vá na aba IMPORTAR PRODUÇÃO → clique uma vez com o botão direito do mouse → mover e copiar → criar uma cópia no canto inferior esquerdo → clique na caixa de seleção e vá em nova pasta → ok.

4. Feito isso, salve o arquivo em sua pasta de interesse. Lembre-se de salvar a planilha em CSV (separado por virgulas) (*.csv).

❖ PASSO A PASSO PARA IMPORTAÇÃO NO SISTEMA KPIH

Link do sistema: https://www.kpih.com.br/acesso

✓ Pagina inicial do sistema: Coloque seu e-mail e sua senha e clique em entrar.



✓ Após fazer o login essa sera sua primeira pagina:

❖ Passo a passo para lançar receitas:

Menu → operação → custos e receitas → lançar receita.

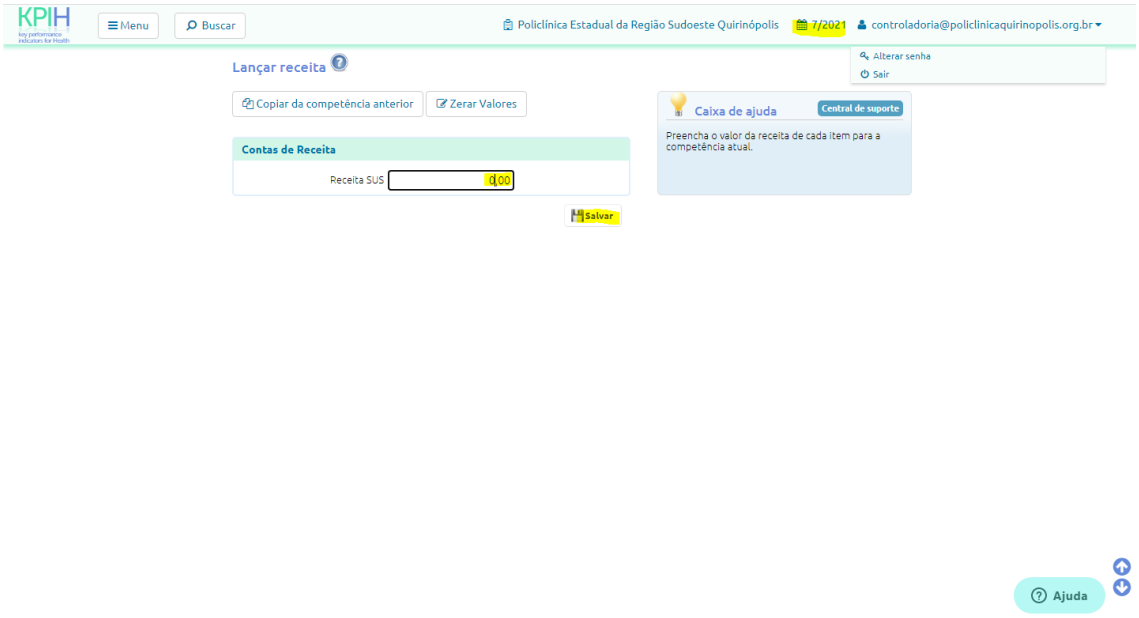
✓ Clique em Menu no canto superior direito da sua tela:

✓ Clique em Operação

✓ Clique em Custo e receitas

✓ Clique em Lançar Receita

✓ Verifique sua compentencia no canto superior direito e coloque o valor da receita conforme contrato de gestão e clique em salvar.



❖ Passo a passo para importação da planilha de consumo almoxarifado e farmácia (esta é a planilha de segundo passo).

✓ Clique em Menu no canto superior direito da sua tela:

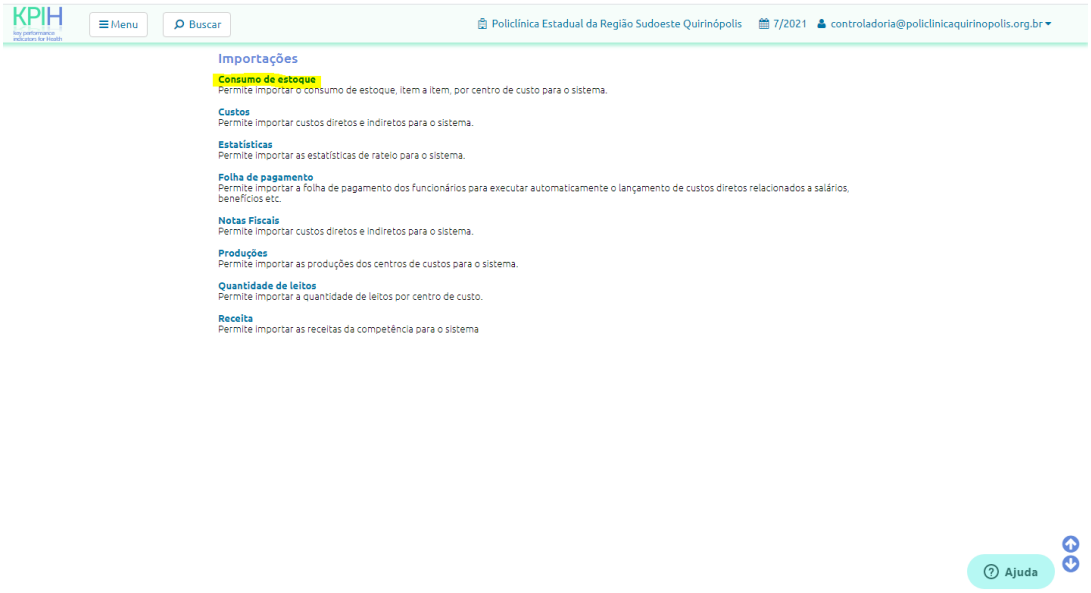
✓ Clique em Operação

✓

Clique em Importações:

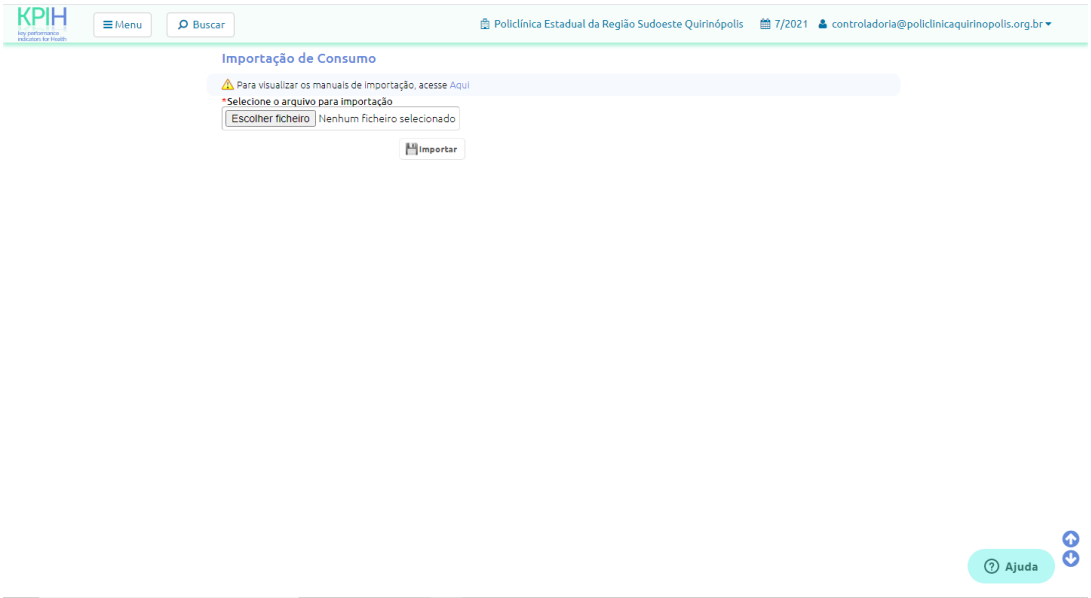
✓ Clique em consumo de estoque:

✓



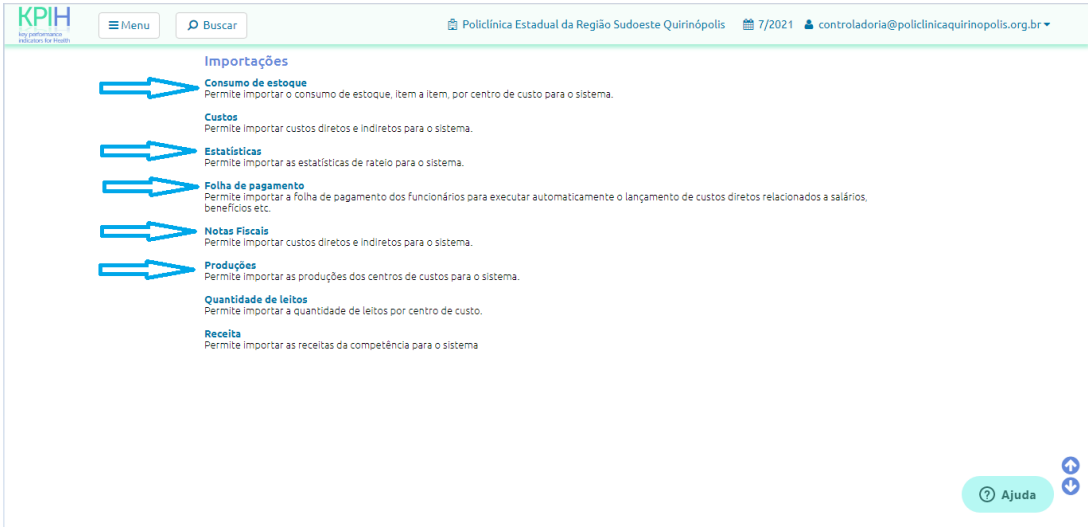
Clique em escolher ficheiro – localize a pasta que você converto e CSV (separado por vigula e clique em importar o arquivo.

✓



Fazer o mesmo passo acima com as planilhas convertidas CSV (Planilha consumo do almoxarifado e farmácia, planilhas de estastiticas, planilha de folha de pagamento, planilha de notas fiscais e planilha de produção.

✓



Lembre-se de cada planilha você devera clicar na importação devida.

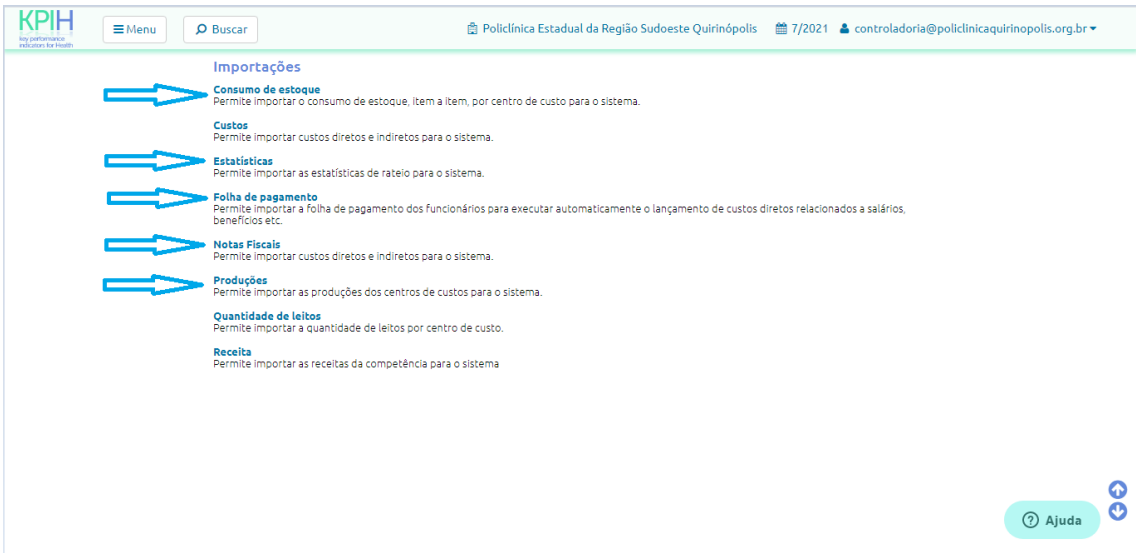
Planilhas de consumo clicar em Consumo de estoque

Planilhas de Estastítiscas clicar em estastícas

Planilha da Folha de pagamento Clicar em Folha de Pagamento

Planilha de notas fiscais clicar e Notas Fiscais

Planilha de Produção clicar em Produção.



Caso de algum erro de importação devera entrar em contato com o consultor da sua unidade para ele oferecer o devido suporte.

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS

LOGOTIPO DA UNIDADE DE SAÚDE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS	Código: DOS009
POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS		
OBJETIVO Identificar , analisar , atuar e monitorar os custos de maior impacto na saúde financeira da INSTITUTO CEM RESPONSABILIDADE Elaboração e revisão: Diretor da Qualidade com apoio do Comitê da Qualidade Aprovação: Diretor Técnico/Diretor Administrativo CAMPO DE APLICAÇÃO A política de gestão de custos deve ser do conhecimento dos colaboradores do nível tático (financeiro) e aprovada pela alta diretoria DESCRIÇÃO Promover a eficiência dos processos e a sustentabilidade financeira da INSTITUTO CEM é requisito fundamental para garantir a oferta de serviço de excelência aos nossos clientes. Neste contexto , a política da gestão deve garantir : o modelo de gerenciamento de custos a análise de custo dos processos a análise de custo dos procedimentos o gerenciamento dos contratos um programa para uso racional de recursos financeiros a identificação dos riscos associados a administração e estabelecer ações de melhoria		
Elaborado em: Aprovado em:	Revisado em :	

Elaboração e revisão:	Aprovação:	

PROPOSTA DE REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I –

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se às compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, alienações, e locações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento do CONTRATO DE GESTÃO na Policlínica, na cidade de Goiás, definindo critérios e condições a serem observadas pelo Instituto CEM.

Parágrafo primeiro – As compras serão centralizadas na Área Administrativa-Financeira, subordinada à Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo segundo – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto reger-se-ão pelos princípios da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e do julgamento objetivo, além da busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação ao interesse público.

Art. 2º - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto.

CAPÍTULO II- DAS COMPRAS

Art. 3º - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades da Policlínica, com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III-DAS OBRAS

Art. 4º - Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno de posse ou propriedade da Policlínica.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS

Art. 5º - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Policlínica ERNESTINA LOPES JAIME, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V - DAS LOCAÇÕES

Art. 6º - Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS

Seção I - Do Procedimento de Compras e Contratação

Art. 7º - O Departamento de Compras selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo, previamente estabelecidas no instrumento convocatório e em

consonância aos princípios estampados no parágrafo 2º do artigo 1º deste regulamento.

Parágrafo Único - Quando necessário será requerido parecer técnico do colaborador da área.

Art. 8º - O procedimento de compras e contratações compreende procedimento aberto, os quais serão amplamente divulgados e publicados no sítio do Instituto Cem, sendo acessíveis ao público e à participação de diversos fornecedores interessados.

Parágrafo primeiro - O INSTITUTO CEM dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo para a apresentação das propostas de 02 (dois) dias úteis:

- - Sítio do INSTITUTO CEM na internet, para todas as aquisições e contratações, e para aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras, será publicado o aviso contendo o endereço eletrônico da plataforma;

- - Jornal de grande circulação local e/ou nacional, para valores acima de R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) considerado o valor total da contratação/aquisição; III - Diário Oficial do Estado de Goiás, se necessário.

- **Art. 9º** - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores, visando sempre o melhor custo-benefício, e deverá ser feita da seguinte forma:

- – Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, serão feitas por Cotação de Preço;

- - Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão feitas por Cotação de Preço;

- - As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, e de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão realizadas conforme art. 8°.

Parágrafo primeiro – Para as compras realizadas em regime de urgência/emergência, o procedimento previsto no art. 8° poderá ser dispensado, desde que a situação emergencial se encontre devidamente comprovada e que esteja prevista nas hipóteses descritas no § 3° do art. 10º do presente Regulamento.

Parágrafo segundo – Os casos previstos nos incisos do caput deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Art. 10º - O procedimento de compras e contratações terá início com a publicação do edital conforme as regras elencadas no parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento e deverá conter todas as informações pertinentes para a aquisição de produto ou contratação de serviço.

Parágrafo primeiro – O Procedimento aberto de Contratação de Serviços e Compras somente poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- contratação/aquisição com fornecedor exclusivo, devendo observar os seguintes critérios: comprovar a inviabilidade de competição, justificar a necessidade da contratação, bem como apresentar documento que comprove a exclusividade ou notória especialização; justificativa do preço, mediante juntada de notas fiscais ou documentos equivalentes que demonstrem a adequação do preço da contratação pretendida, e ainda que,

não poderá haver preferência de marca, a fim de não macular o princípio da impessoalidade;

- contratação/aquisição de urgência/emergência, devendo observar os seguintes critérios: devem ser precedidos de justificativa prévia que demonstre cabalmente as emergências, bem como a cotação de preços, mediante instrução de orçamentos e ainda limitar-se aos prazos e quantitativos necessários à realização dos procedimentos abertos;

Parágrafo segundo – Os casos previstos no parágrafo anterior deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Parágrafo terceiro – Considera-se de urgência a contratação:

- do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização onde não houve a possibilidade de previsão e planejamento com antecedência;

- da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros, não caracterizando falta de planejamento.

Art. 11º - Considera-se como menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas, envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

Custos de transporte seguro até o local da entrega; II - Forma de pagamento;

Prazo de entrega;

Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;

Credibilidade mercadológica da empresa proponente; VI - Disponibilidade de serviços;

Quantidade e qualidade do produto; VIII- Assistência técnica;

Garantia dos produtos;

Regularidades fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

Art. 12º - A melhor oferta será apurada mediante procedimento previsto no art. 7º deste Regulamento, ressalvadas as hipóteses de dispensa previstas nos art. 9º e 10º.

Art. 13º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Parágrafo primeiro – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Parágrafo segundo – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

Art.14º - Ao final do procedimento público de contratação ou aquisição de serviços ou produtos, será publicado resultado final (contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total) declarando vencedora a empresa que apresentou a proposta mais vantajosa

Seção II- Das Solicitações

Art. 15º - A área solicita ao setor de suprimentos que fará a avalição da necessidade do pedido. Depois consolida, através da Solicitação de Compras de Materiais e Serviços e encaminha a Diretoria para aprovação ou reprovação e em seguida será enviada ao Departamento de Compras.

Parágrafo primeiro - Assim que houver seleção será enviado para a Diretoria Administrativa Financeira para aprovação, e o Setor de Compras emite o pedido de compras ao fornecedor autorizando a emissão da Nota Fiscal.

Parágrafo segundo – O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega do respectivo documento fiscal competente, nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo), os quais deverão obrigatoriamente conter o número do Contrato de

Gestão a que se refere, sendo que para as notas fiscais tal informação deverá constar no campo “informações adicionais”.

Art. 16º - Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 17º - A descrição do objeto contemplará especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo - Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro - Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente.

Art. 18º - O Pedido de Compra corresponde a garantia formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, devem-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo Único. O pedido de compra deverá ser assinado e carimbado pelos seguintes gestores da unidade:

- Responsável pela compra;
- Diretoria Administrativa e Financeira.

Seção III – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 19º - Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras conterá o Pedido de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Setor de Suprimentos da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Art. 20º - Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I - Por Cotação de preços, nos termos do art. 9º; II - Na forma do art. 8º deste Regulamento.

Art. 21º - Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado ao Departamento de Compras que abre, instrui e o encaminha para o Diretor Administrativo Financeiro autorizar a tramitação e aquisição.

Seção IV - Da Qualificação

Art. 22º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor será necessária a apresentação de documentos legais e diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Cem, dentro do prazo de validade:

I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;

II. Inscrição Estadual;

III. Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;

IV. Autorização de Funcionamento Municipal;

V. Comprovante de Contribuintes Municipal- CCM;

VI. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, por meio de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Divida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;

VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;

VIII. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente;

IX. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) expedida pela Caixa Econômica Federal;

X. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas

(CNDT), nos termos da Lei Federal n' 12.440, de 7 de julho de 2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho (Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

Seção V - Das Fases

Art. 23º - Os processos de compra seguirão os seguintes trâmites:

I- Fase de abertura, que compreende:

a) O Setor de Suprimentos da Unidade encaminha a Solicitação de Compras de Materiais ou Serviços, com as devidas justificativas, especificações e quantidades, à Diretoria Geral para análise e aprovação, em seguida os autos são

enviados ao Setor de Compras que inicia o processo, disparando o documento de Solicitação de Orçamento aos fornecedores, recebendo as propostas e elaborando a planilha orçamentária contendo o nome, quantidades e valores dos fornecedores, para fins de elaboração do preço de referência;

b) Publicação prévia nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento;

c) Julgamento das propostas pelo Setor de Compras que elaborará mapa de apuração, através de planilha contendo o nome, quantidades e valores das propostas encaminhadas pelos fornecedores;

d) A Diretoria Administrativa Financeira realiza a aprovação final;

e) O Setor de Compras envia o Pedido de Compras aos fornecedores contendo a quantidade de produtos ou serviços a serem adquiridos, bem como prazo de entrega e forma de pagamento. Uma cópia do Pedido de Compras é expedida ao Setor de Suprimentos para conferência;

f) O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de produtos, insumos e materiais, conforme o que fora especificado no Pedido de Compras, após a Nota Fiscal será encaminhada ao Setor de Patrimônio para ser atestada e despachada ao Financeiro;

g) As Notas Fiscais de serviços serão expedidas à Gestão de Contratos, responsável pelo acompanhamento da execução do serviço, sendo atestada após conferência e encaminhada ao Financeiro;

h) Os documentos fiscais de aquisição de equipamentos ou bens permanentes serão expedidos ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, conforme Artigo 26º.

II- Fase específica, que consiste:

i) Os processos que necessitarem de parecer jurídico serão encaminhados, antes do fechamento para Assessoria Jurídica, para instrução e manifestação antes do seu fechamento, adequando-os à legislação;

j) na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas;

k) no encaminhamento, pelo Setor de Compras, para adoção dos procedimentos de compra previstos nos artigos 7º ao 14º deste regulamento;

l) na conferência, pelo Almoxarifado, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços;

m) no encaminhamento, pelo Instituto CEM, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI - Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 24º - O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumo médico-hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações da Policlínica, e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compras para encerramento do processo.

Art. 25º - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços.

Parágrafo Único - No caso de materiais a recepção será feita pelo Setor de Suprimentos.

Art. 26º - O Núcleo de Manutenção e Patrimônio será o responsável pelo recebimento e validação das aquisições de máquinas e equipamentos e dos bens móveis.

Art. 27º - No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será

atestado o recebimento pelo almoxarife junto ao laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 28º - Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Parágrafo Único – Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar- se-ão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

Art. 29º - Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, serão entregues ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, para guarda e acompanhamento até a sua instalação definitiva.

Parágrafo Único - Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o Núcleo de Manutenção e Patrimônio encaminhará a Nota Fiscal, lançará o item adquirido no Sistema e a encaminhará ao Setor de Patrimônio para atesto e posteriormente ao Financeiro para pagamento.

Art. 30º - Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial.

Parágrafo Único - O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 31º - O recebimento definitivo do equipamento pelo Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII • DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º - É vedado ao Instituto CEM manter qualquer 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, bem como com aquelas estampadas no inciso I do artigo 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 33º - Os bens móveis e imóveis, adquiridos pela Organização Social, com a utilização de recursos públicos, serão destinados exclusivamente à execução do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 34º • Os bens públicos imóveis são inalienáveis.

Art. 35º – Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração de novos bens ao Patrimônio Público.

Parágrafo Único. É necessária a anuência do Poder Público para alienação de bens móveis e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do respectivo contrato de gestão.

Art. 36º - Todos os documentos fiscais, resultantes das aquisições e contratações realizadas pelo Instituto CEM deverão apresentar o número do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 37º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras deverão ser resolvidos pela Diretoria Geral ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim, com base nos princípios elencados no parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento.

Art. 38º - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria Geral ou por outro colaborar delegado diretamente para o fim, se e quando necessário, obedecendo o estabelecido no Art. 2°, da Lei Estadual n°. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 39º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada à gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico- administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição. acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- fazer intermediações com a Secretaria Estadual da Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças do INSTITUTO CEM.
- Outras atividades correlatas.

PROPOSTA DE REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I –

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se às compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, alienações, e locações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento do CONTRATO DE GESTÃO na Policlínica, na cidade de Goiás, definindo critérios e condições a serem observadas pelo Instituto CEM.

Parágrafo primeiro – As compras serão centralizadas na Área Administrativa-Financeira, subordinada à Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo segundo – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto reger-se-ão pelos princípios da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e do julgamento

objetivo, além da busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação ao interesse público.

Art. 2º - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto.

CAPÍTULO II- DAS COMPRAS

Art. 3º - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades da Policlínica, com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III-DAS OBRAS

Art. 4º - Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno de posse ou propriedade da Policlínica.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS

Art. 5º - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Policlínica, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V - DAS LOCAÇÕES

Art. 6º - Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS

Seção I - Do Procedimento de Compras e Contratação

Art. 7º - O Departamento de Compras selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo, previamente estabelecidas no instrumento convocatório e em

consonância aos princípios estampados no parágrafo 2º do artigo 1º deste regulamento.

Parágrafo Único - Quando necessário será requerido parecer técnico do colaborador da área.

Art. 8º - O procedimento de compras e contratações compreende procedimento aberto, os quais serão amplamente divulgados e publicados no sítio do Instituto Cem, sendo acessíveis ao público e à participação de diversos fornecedores interessados.

Parágrafo primeiro - O INSTITUTO CEM dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo para a apresentação das propostas de 02 (dois) dias úteis:

- - Sítio do INSTITUTO CEM na internet, para todas as aquisições e contratações, e para aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras, será publicado o aviso contendo o endereço eletrônico da plataforma;

- - Jornal de grande circulação local e/ou nacional, para valores acima de R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) considerado o valor total da contratação/aquisição; III - Diário Oficial do Estado de Goiás, se necessário.

- **Art. 9º** - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores, visando sempre o melhor custo-benefício, e deverá ser feita da seguinte forma:

- – Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, serão feitas por Cotação de Preço;

- - Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão feitas por Cotação de Preço;

- - As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, e de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão realizadas conforme art. 8°.

Parágrafo primeiro – Para as compras realizadas em regime de urgência/emergência, o procedimento previsto no art. 8° poderá ser dispensado, desde que a situação emergencial se encontre devidamente comprovada e que esteja prevista nas hipóteses descritas no § 3° do art. 10º do presente Regulamento.

Parágrafo segundo – Os casos previstos nos incisos do caput deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Art. 10º - O procedimento de compras e contratações terá início com a publicação do edital conforme as regras elencadas no parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento e deverá conter todas as informações pertinentes para a aquisição de produto ou contratação de serviço.

Parágrafo primeiro – O Procedimento aberto de Contratação de Serviços e Compras somente poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- contratação/aquisição com fornecedor exclusivo, devendo observar os seguintes critérios: comprovar a inviabilidade de competição, justificar a necessidade da contratação, bem como apresentar documento que comprove a exclusividade ou notória especialização; justificativa do preço, mediante juntada de notas fiscais ou documentos equivalentes que demonstrem a adequação do preço da contratação pretendida, e ainda que, não poderá haver preferência de marca, a fim de não macular o princípio da impessoalidade;

- contratação/aquisição de urgência/emergência, devendo observar os seguintes critérios: devem ser precedidos de justificativa prévia que demonstre cabalmente as emergências, bem como a cotação de preços, mediante instrução de orçamentos e ainda limitar-se aos prazos e quantitativos necessários à realização dos procedimentos abertos;

Parágrafo segundo – Os casos previstos no parágrafo anterior deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Parágrafo terceiro – Considera-se de urgência a contratação:

- do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização onde não houve a possibilidade de previsão e planejamento com antecedência;

- da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros, não caracterizando falta de planejamento.

Art. 11º - Considera-se como menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas, envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

Custos de transporte seguro até o local da entrega; II - Forma de pagamento;

Prazo de entrega;

Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;

Credibilidade mercadológica da empresa proponente; VI - Disponibilidade de serviços;

Quantidade e qualidade do produto; VIII- Assistência técnica;

Garantia dos produtos;

Regularidades fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

Art. 12º - A melhor oferta será apurada mediante procedimento previsto no art. 7º deste Regulamento, ressalvadas as hipóteses de dispensa previstas nos art. 9º e 10º.

Art. 13º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Parágrafo primeiro – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Parágrafo segundo – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

Art.14º - Ao final do procedimento público de contratação ou aquisição de serviços ou produtos, será publicado resultado final (contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total) declarando vencedora a empresa que apresentou a proposta mais vantajosa

Seção II- Das Solicitações

Art. 15º - A área solicita ao setor de suprimentos que fará a avalição da necessidade do pedido. Depois consolida, através da Solicitação de Compras de Materiais e Serviços e encaminha a Diretoria para aprovação ou reprovação e em seguida será enviada ao Departamento de Compras.

Parágrafo primeiro - Assim que houver seleção será enviado para a Diretoria Administrativa Financeira para aprovação, e o Setor de Compras emite o pedido de compras ao fornecedor autorizando a emissão da Nota Fiscal.

Parágrafo segundo – O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega do respectivo documento fiscal competente, nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo), os quais deverão obrigatoriamente conter o número do Contrato de

Gestão a que se refere, sendo que para as notas fiscais tal informação deverá constar no campo “informações adicionais”.

Art. 16º - Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 17º - A descrição do objeto contemplará especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo - Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro - Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente.

Art. 18º - O Pedido de Compra corresponde a garantia formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, devem-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo Único. O pedido de compra deverá ser assinado e carimbado pelos seguintes gestores da unidade:

- Responsável pela compra;
- Diretoria Administrativa e Financeira.

Seção III – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 19º - Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras conterá o Pedido de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus

anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Setor de Suprimentos da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Art. 20º - Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I - Por Cotação de preços, nos termos do art. 9º; II - Na forma do art. 8º deste Regulamento.

Art. 21º - Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado ao Departamento de Compras que abre, instrui e o encaminha para o Diretor Administrativo Financeiro autorizar a tramitação e aquisição.

Seção IV - Da Qualificação

Art. 22º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor será necessária a apresentação de documentos legais e diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Cem, dentro do prazo de validade:

XI. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;

XII. Inscrição Estadual;

XIII. Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;

XIV. Autorização de Funcionamento Municipal;

XV. Comprovante de Contribuintes Municipal- CCM;

XVI. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, por meio de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Divida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;

XVII. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;

XVIII. Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente;

XIX. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) expedida pela Caixa Econômica Federal;

XX. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal n' 12.440, de 7 de julho de 2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho (Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

Seção V - Das Fases

Art. 23º - Os processos de compra seguirão os seguintes trâmites:

I- Fase de abertura, que compreende:

n) O Setor de Suprimentos da Unidade encaminha a Solicitação de Compras de Materiais ou Serviços, com as devidas justificativas, especificações e quantidades, à Diretoria Geral para análise e aprovação, em seguida os autos são

enviados ao Setor de Compras que inicia o processo, disparando o documento de Solicitação de Orçamento aos fornecedores, recebendo as propostas e elaborando a planilha orçamentária contendo o nome, quantidades e valores dos fornecedores, para fins de elaboração do preço de referência;

o) Publicação prévia nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento;

p) Julgamento das propostas pelo Setor de Compras que elaborará mapa de apuração, através de planilha contendo o nome, quantidades e valores das propostas encaminhadas pelos fornecedores;

q) A Diretoria Administrativa Financeira realiza a aprovação final;

r) O Setor de Compras envia o Pedido de Compras aos fornecedores contendo a quantidade de produtos ou serviços a serem adquiridos, bem como prazo de entrega e forma de pagamento. Uma cópia do Pedido de Compras é expedida ao Setor de Suprimentos para conferência;

s) O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de produtos, insumos e materiais, conforme o que fora especificado no Pedido de Compras, após a Nota Fiscal será encaminhada ao Setor de Patrimônio para ser atestada e despachada ao Financeiro;

t) As Notas Fiscais de serviços serão expedidas à Gestão de Contratos, responsável pelo acompanhamento da execução do serviço, sendo atestada após conferência e encaminhada ao Financeiro;

u) Os documentos fiscais de aquisição de equipamentos ou bens permanentes serão expedidos ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, conforme Artigo 26º.

II- Fase específica, que consiste:

v) Os processos que necessitarem de parecer jurídico serão encaminhados, antes do fechamento para Assessoria Jurídica, para instrução e manifestação antes do seu fechamento, adequando-os à legislação;

w) na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas;

x) no encaminhamento, pelo Setor de Compras, para adoção dos procedimentos de compra previstos nos artigos 7º ao 14º deste regulamento;

y) na conferência, pelo Almoxarifado, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços;

z) no encaminhamento, pelo Instituto CEM, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI - Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 24º - O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumo médico-hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações da Policlínica, e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda

pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compras para encerramento do processo.

Art. 25º - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços.

Parágrafo Único - No caso de materiais a recepção será feita pelo Setor de Suprimentos.

Art. 26º - O Núcleo de Manutenção e Patrimônio será o responsável pelo recebimento e validação das aquisições de máquinas e equipamentos e dos bens móveis.

Art. 27º - No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto ao laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 28º - Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Parágrafo Único – Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar- se-ão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

Art. 29º - Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, serão entregues ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, para guarda e acompanhamento até a sua instalação definitiva.

Parágrafo Único - Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o Núcleo de Manutenção e Patrimônio encaminhará a Nota Fiscal, lançará o item adquirido no Sistema e a encaminhará ao Setor de Patrimônio para atesto e posteriormente ao Financeiro para pagamento.

Art. 30º - Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial.

Parágrafo Único - O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 31º - O recebimento definitivo do equipamento pelo Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII • DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º - É vedado ao Instituto CEM manter qualquer 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, bem como com aquelas estampadas no inciso I do artigo 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 33º - Os bens móveis e imóveis, adquiridos pela Organização Social, com a utilização de recursos públicos, serão destinados exclusivamente à execução do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 34º • Os bens públicos imóveis são inalienáveis.

Art. 35º – Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração de novos bens ao Patrimônio Público.

Parágrafo Único. É necessária a anuência do Poder Público para alienação de bens móveis e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do respectivo contrato de gestão.

Art. 36º - Todos os documentos fiscais, resultantes das aquisições e contratações realizadas pelo Instituto CEM deverão apresentar o número do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 37º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras deverão ser resolvidos pela Diretoria Geral ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim, com base nos princípios elencados no parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento.

Art. 38º - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria Geral ou por outro colaborar delegado diretamente para o fim, se e quando necessário, obedecendo o estabelecido no Art. 2°, da Lei Estadual n°. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 39º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

NORMAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada à gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico- administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição. acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- fazer intermediações com a Secretaria Estadual da Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças do INSTITUTO CEM.
- Outras atividades correlatas.

5.4 Proposta de Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

A princípio em uma primeira análise, pode parecer que somente se aplica a iniciativa privada, porém, o setor de faturamento de uma unidade de assistência à

saúde representa o ponto decisivo para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição.

Dessa forma, mesmo em unidades públicas, a busca pela eficácia e precisão em seu faturamento propicia a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde - MS, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao Estado ou ao Município. E é nesse ponto que destacamos nossa proposta de trabalho para a unidade de faturamento do Da Policlínica , haja vista que muito da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e de cunho financeiro. Sabemos que o financiamento da saúde pública é extremamente oneroso para o Estado, e muita dessa carga pode ser aliviada se a unidade de faturamento cumprir seu papel.

Enfatiza-se a necessidade da regulação e controle dos recursos de todas as unidades assistenciais do SUS. No caso do Da Policlínica , este deve receber na sua totalidade, somente pacientes regulados. Uma das ações que o INSTITUTO CEM apresenta como projeto de trabalho para a melhoria do faturamento visa gradativamente uma informatização plena de todo o a Policlínica, ligada de forma direta com o sistema regulatório estadual e municipal. Isso evitará a realização de consultas ou procedimentos sem o chamado "vale-exame" e a perda da informação quando, de fato, o usuário for atendido. Assim, os processos administrativos ligados à assistência serão revisados e auditados periodicamente para se garantir a eficácia no registro de todos os procedimentos realizados, objetivando o registro da produção real e evitando a perda financeira. Além disso, a gestão verificará todas as Portarias Ministeriais para buscar a possibilidade e viabilidade de habilitação para o incremento do faturamento. A revisão da Programação Físico-Orçamentária - FPO e a atualização constante do CNES (profissionais, estrutura física e equipamentos) também será essencial na busca da melhoria do desempenho das contas hospitalares.

Outra estratégia é buscar as contratualizações específicas que objetivam reduzir as filas de espera por cirurgias e ao mesmo tempo, repercutem no aumento de receita para as unidades de saúde. A gestão da Policlínica também analisará com o corpo clínico a média de permanência dos pacientes e eventuais excedentes de diárias para evitar glosas e/ou rejeições de AIHs.

É importante lembrarmos que a INSTITUTO CEM, em sua proposta de trabalho, irá conduzir o faturamento da Policlínica seguindo as normatizações do Ministério da Saúde, as quais são detalhadas em dois manuais:

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Dentre os instrumentos necessários ao gerenciamento eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas. Por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

5.4.1 SIA: Sistema de informação ambulatorial

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com a evolução do sus para uma gestão cada vez mais descentralizada, o ministério da saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema,

visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo ministério da saúde em todo o país em 1995. À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/ procedimentos/ tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar à estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n º 18/1999 e SAS/MS n º 35/1999. Nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso, subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do **SIA**. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação.

Em cada uma das etapas descritas pelo Ministério da Saúde, nossa proposta de trabalho para a Unidade irá ser acompanhada para que não haja perda de informações, fato que não é incomum hoje, sobretudo pelo ponto de vista estatístico e epidemiológico.

O Ministério da Saúde (MS) implantou o sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990. Desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

5.4.2 SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no MS, mais especificamente, no departamento de informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no sus. Com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) do sus a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, opme's do SUS (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

- Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.
- Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.
- Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.
- Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, órteses e materiais médicos especiais do SUS.
- Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.
- Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.
- Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.
- Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Já para procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou cirurgião-dentista que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH, e encaminhar para NIR, para que solicite Regulação do paciente em estabelecimento de saúde integrante do SUS

5.4.3 PROPOSTA DE REGIMENTO DE ROTINAS FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

A APRESENTAÇÃO

O Setor de Faturamento está subordinado à Diretoria Administrativa, devendo obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão da Policlínica. O Setor de Faturamento é responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas hospitalares dos clientes internos e externos, SUS e dos demais convênios contratados pela Policlínica.

A IMPORTÂNCIA

No Setor de Faturamento são elaboradas contas hospitalares dos diversos clientes que adentrem a Policlínica, sendo de fundamental importância que o serviço esteja sempre atualizado no que diz respeito às normas, diretrizes, portarias, tabelas e demais informações necessárias para a execução de suas atividades. É importante também que mantenha um bom relacionamento com todos os profissionais envolvidos no atendimento ao cliente e com os convênios credenciados a policlínica. Tais atitudes dinamizam o processo e dão credibilidade ao serviço, que é um importante instrumento para determinação da qualidade dos serviços prestados pela Policlínica.

AS FINALIDADES

O Setor de Faturamento tem por finalidades:

I. Confeccionar as contas de todos os clientes que adentram a Policlínica, tanto internados como externos, conforme se respectivo convênio, segundo tabelas e normas firmadas mediante contrato prévio;

II. Conservar os sistemas de registros de todas as despesas, tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares, para posteriores cobranças dos clientes de convênios, organizações, seguradoras e previdenciárias;

III. Confecção de relatórios de produção do faturamento encaminhando-o à Diretoria que darão subsídios para tomada de decisões, avaliações do desempenho e da produtividade de instituição.

ESTRUTURA ORGÂNICA

- DIRETORIA ADMINISTRATIVA
- ASSESORIA ADMINISTRATIVA
- FATURAMENTO

A ORGANIZAÇÃO

O Setor de Faturamento encontra-se subdividido nos seguintes serviços:

I. Contas de Clientes Conveniados Internados:

a. Atualização de tabelas do Ministério da Saúde;

b. Emissão de Autorização Internação Hospitalar (AIH);

c. Fechamento Geral Mensal.

II. Contas Pronto Socorro:

a. Fechamento geral mensal;

b. Gerar e emitir fechamento das FAA´s.

III. Exames Externos:

a. Fechamento geral mensal;

b. Gerar e Emitir fechamento das SADTS externos.

DOS RECURSOS HUMANOS E SEUS REQUISITOS

O quadro de pessoal do Setor de Faturamento é composto por:

I. Líder de Faturamento, devendo possuir os seguintes requisitos:

a. Instrução Mínima – Ensino Superior Completo em Instituição reconhecida pelo MEC;

b. Conhecimento em Faturamento Hospitalar (todos os módulos);

c. Capacidade de Motivação e Liderança;

d. Capacidade de administração;

e. Elevado grau de compreensão.

II. Auxiliar de Faturamento, devendo possuir os seguintes requisitos:

a. Instrução mínima – Ensino Médio Completo;

b. Conhecimentos técnicos referentes a faturamento Hospitalar;

c. Espírito de colaboração e disciplina;

d. Condições básicas para desenvolver as atividades de sua competência.

III. Auxiliar Administrativo, devendo possuir os seguintes requisitos;

a. Instrução mínima – Ensino Médio completo;

b. Conhecimentos técnicos referentes a Faturamento Hospitalar;

c. Espirito de colaboração e disciplina;

d. Condições básicas para desenvolver as atividades de sua competência.

AS COMPETÊNCIAS

A Líder de Faturamento compete:

I. Zela para que sejam devidamente documentados os serviços prestados aos clientes internados de SUS e Exames Externos, evitando assim glosas;

II. Manter-se atualizado às novas deliberações da administração da Policlínica, convênios e órgãos competentes;

III. Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados;

IV. Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários dos clientes;

V. Comunicar a Diretoria quaisquer anormalidades;

VI. Frequentar cursos no que refere a Faturamento hospitalar;

VII. Programar e desenvolver métodos de trabalho;

VIII. Comparecer as reuniões quando convocado;

IX. Cuidar para que o ambiente de trabalho sofra uma continuidade de respeito mútuo entre os colaboradores da seção;

X. Cumprir e fazer cumprir o Regimento desta seção;

XI. Fornecer quando necessário dado faturado para que a administração elabore relatórios;

XII. Controlar e zelar por todos os equipamentos da seção;

XIII. Acompanhar o desempenho de seus colaboradores;

XIV. Elaborar escalar de serviço prevendo férias;

XV. Desenvolver programas de treinamentos aos colaboradores.

Ao Auxiliar de Escritório – Faturamento, compete:

I. Estar no setor de trabalho no horário estabelecido respeitando os protocolos da instituição;

II. Elaborar conta hospitalar de serviços prestados a clientes internados de convênios e SUS e Exames Externos, atendidos pela Policlínica;

III. Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente e pela administração da Policlínica;

IV. Comunicar ao Coordenador de Faturamento quaisquer informações julgadas necessárias.

Ao Auxiliar Administrativos, compete:

I. Estar no setor de trabalho no horário estabelecido respeitando os protocolos da instituição;

II. Acompanhar os procedimentos por parte dos médicos no quesito de preenchimento correto das solicitações, descrição de procedimento e avaliações;

III. Controlar o conteúdo e o preenchimento dos prontuários;

IV. Checar e encaminhar cópias dos prontuários dos clientes externos (paciente) saídos quando solicitados;

V. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da Policlínica e respeitar a hierarquia;

VI. Estar sempre solicito com as pessoas;

VII. Após a alta hospitalar, óbitos e transferências, organizar e encaminhar os prontuários ao faturamento;

VIII. Repor impressos e materiais de escritório nos setores de faturamento;

IX. Colaborar com as equipes multiprofissionais das unidades;

X. Zelar pela ordem do ambiente e do serviço em geral;

XI. Preservar a integridade da Instituição, cliente externo (paciente/familiares), acompanhantes e colegas de trabalho.

O HORARIO DE TRABALHO

O Setor de Faturamento trabalha no horário das 08:00 às 17:00 segunda a sexta-feira sempre com intervalo de 1h para almoço.

AS NORMAS

Os colaboradores do Setor de Faturamento obedecerão às seguintes Normas Administrativas:

I. Cumprir o horário de trabalho estabelecido;

II. Estar devidamente uniformizado e identificado;

III. Nenhum colaborador poderá ausentar-se do trabalho sem autorização do seu superior ou da Diretoria;

IV. A seção deverá informar mensalmente á Diretorias os valores faturados;

V. A seção deverá fornecer mensalmente dados para a elaboração de relatórios financeiros;

VI. A seção seguirá determinação de cobranças firmadas em contrato entre a Policlínica e Convênios.

OS DIREITOS E DEVERES E PROIBIÇÕES

São direitos da equipe:

I. Seguir os direitos descritos na CLT (código da Legislação Trabalhista), acordos e dissídios coletivos da categoria;

II. O trato entre superiores e subordinados deve ter sempre cunho de cordialidade e de respeito mútuos. Essa atitude deverá ser mantida mesmo quando um superior tenha que reprimir atos de indisciplina, deverá fazê-lo com energia, porém serenamente em local apropriado;

III. A Líder de Faturamento espera que todos os colaboradores cooperem com seus superiores, expondo-lhe suas ideias e seus pontos de vista, visando sempre melhorar o trabalho que lhes cumpre executar;

IV. É dever do Líder de Faturamento atacar e ouvir, sempre com atenção e cortesia, seus subordinados e outros que deles se aproximem, com o propósito de lhes dizer ou propor matérias sobre o serviço ou outro ponto qualquer, que venha a propiciar melhorias na assistência ao cliente externo (paciente), ou no próprio Setor, desde que seja obedecida a hierarquia.

São deveres da equipe:

I. Durante o período de trabalho, os colaboradores deverão estar uniformizados e devidamente identificados;

II. Comunicar ao responsável imediato quaisquer intercorrências;

III. Justificar ao seu responsável a sua ausência ao trabalho;

IV. Dedicar assistência direta e indireta ao cliente externo (paciente), executando com presteza, zelo e atenção os trabalhos que lhe forem confiados;

V. Tratar com a máxima humanidade todas as pessoas que mantiverem contato com a Policlínica, sem preferências individuais, esforçando-se para atendê-las Prontamente;

VI. Zelar pela economia do material da Policlínica e pela conservação do que for confiado à sua guarda e utilização, comunicando ao superior imediatos quaisquer quebras, perdas ou extravios;

VII. Comunicar ao superior imediato mudança de residência, estado civil e número de pessoas dependentes, para que possa ser encaminhado ao Recursos Humanos;

VIII. Comunicar todo acidente de trabalho, imediatamente após sua ocorrência, não excedendo 24 horas de prazo da sua comunicação.

São proibidos para a equipe:

I. Fazer quaisquer comentários sobre operações ou casos clínicos, como também revelar segredos e assuntos pertinentes a policlínica, e, mais particularmente do cargo ou função que exerça;

II. Fuma, nas dependências internas da Policlínica;

III. Manter-se dentro das dependências da Policlínica executando outras ocupações, bem como permanecer nelas fora do seu horário de serviço;

IV. Organizar, dentro das dependências da Policlínica, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela Diretoria, bem como tornar-se parte nelas;

V. Usar mensageiros ou outros colaboradores da Policlínica para recados ou trabalhos pessoais;

VI. Sentir-se de uso de telefones ou impressos da Policlínica, para assuntos estranhos do serviço;

VII. Manter consigo bebidas alcoólicas ou drogas entorpecentes, em quaisquer dependências da Policlínica, ou traze-las para essas mesma dependências;

VIII. Participar de jogos de diversões como baralho, dados ou qualquer outra modalidade que envolvam dinheiro ou não, dentro das dependências da Policlínica.

IX. Usar termos ou atitudes indecorosas ou desrespeitosas, trocar insultos, mesmo a título de brincadeira, alterações com terceiros ou companheiros de trabalho, ainda que por razões de serviço, devendo qualquer questão ser discutida com os respectivos Superiores;

X. Agir, por qualquer modo, contra os interesses da Policlínica.

AS PUNIÇÕES

São punições aplicáveis aos colaboradores:

Nas falhas técnicas e ou administrativas, inicialmente receberá orientação e acompanhamento. Nos casos de reincidência serão aplicadas as punições cabíveis pela CLT que são:

I. Advertência verbal;

II. Advertência escrita;

III. Suspensão;

IV. Demissão por justa causa.

O tipo de punição aplicada será de acordo com a avaliação da chefia e da Diretoria, não necessariamente seguindo a ordem acima descrita, nos casos considerados como grave ou gravíssimo, podem ocorrer imediatamente demissão por justa causa.

AS DISPOSIÇÕES GERAIS

Todo colaborador de Setor de Faturamento deverá ter conhecimento do presente Regimento.

É função da Líder de Faturamento manter este Regimento devidamente disponibilizado, acessível e atualizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser observado na integra por todos os colaboradores do Setor de Faturamento e aplicado a todos sem qualquer exceção.

As atividades desenvolvidas pelo Setor de Faturamento estarão detalhadamente descritas nos Processos, devendo ser atacadas integralmente por seus colaboradores.

Os casos omissos neste Regimento deverão ser resolvidos pela Líder de Faturamento e Diretoria deste Policlínica.

O presente Regimento deverá obrigatoriamente sofrer revisão a periódica após a primeira aprovação e/ou sempre que o setor houver quaisquer alterações que devam constar neste documento.

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura de Líder de Faturamento e diretoria deste Policlínica.

5.4.4 Rotinas Básicas

5.4.4.1 Faturamento Ambulatorial - SUS

Ação / Descrição

- Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamento referentes aos exames realizados.
- Gerar o arquivo eletrônico – em CD dos procedimentos de média complexidade. Se não conforme, efetuar as correções e adequações necessárias e gerar arquivo eletrônico – em CD.
- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidade digitados e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela SES.
- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria Municipal de Saúde com a capa de lote correspondente devidamente assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidade apresentados e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.
- Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

5.4.4.2 Faturamento Tratamento Clínico – SUS

Ação / Descrição

- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas *vias*. No caso de Laudos para Emissão de AIH inicial, os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha (cota direta), requeridos através do site do Órgão Regulador no momento da admissão do paciente.

- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.

- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alta para efetuar as devidas correções.

- Listar os Laudos para Emissão de AIH com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela SES (Secretaria Estadual de Saúde) para autorização. Os laudos para emissão de AIH deverão ser encaminhados pelo departamento de faturamento para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.

- Receber os laudos para emissão de AIH devidamente autorizados pela SES.

- Manter os Laudos de AIH autorizados de pacientes internados em pasta específica no setor de Faturamento.

- Emitir relatório do sistema de informática para acompanhar a evolução dos pacientes internados, observando a autorização da AIH e o tipo de tratamento que o mesmo permanece.

- Encaminhar ao departamento de Admissão e Alta, informando quais pacientes necessitam de trocar a AIH, por ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO (no caso de permanência após 45 dias).

- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta o espelho da AIH após alta do paciente.

- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes correspondente ao período de atendimento da AIH.

- Analisar os dados dos prontuários de pacientes de alta, referentes à internação hospitalar correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhá-los ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

- Encaminhar à SES listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.

- Receber da SES listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.
- Entregar pen-drive na SES e capa de lote assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à SES a divulgação dos valores a serem pagos.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadaual de Saúde.
- Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção, no sistema de informática e/ou programa SISAIH com os motivos de glosa correspondentes.
- Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH reapresentadas.
- Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação de procedimentos especiais (quando houver). Espelho da AIH ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

5.4.4.3 Pré-Faturamento Cirúrgico - SUS

Ação / Descrição

- Imprimir o Mapa Cirúrgico referente ao dia no sistema de informática.

- Verificar no site da central de regulação de vagas as autorizações das cirurgias do SUS.
- Imprimir as altas cirúrgicas, conferir se as duas vias da AIH estão preenchidas corretamente, protocolar e encaminhar ao faturamento.
- Conferir no site da central de regulação de vagas se as trocas de procedimentos solicitadas no dia anterior foram autorizadas.
- Verificar pela evolução do paciente a alta hospitalar.
- Encaminhar ao departamento de Admissão e Alta, uma lista das AIH que podem ser dadas alta, caso o médico já tenha prescrito.
- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH's cirúrgicas (Eletiva) os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha e/ou chequinho requeridos à Regulação – Secretaria Municipal de Saúde, no momento da admissão do paciente.
- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alta para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH Cirúrgicos com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela SMS para autorização. Os laudos para emissão de AIH Cirúrgicas de COTA DIRETA deverão ser encaminhados pela SUFAT para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- Acompanhar as descrições cirúrgicas, observar se o cirurgião descreve de acordo com a autorização, conferir se o procedimento realizado é compatível com materiais de OPME da tabela SIGTAP, com o CBO do cirurgião, se a Unidade de saúde possui serviço classificação para realizar o procedimento e se o cirurgião possui cadastro no CNES da Unidade de saúde.
- Em procedimentos do SUS que necessitarem de mudança de procedimento, solicitar ao cirurgião o preenchimento do LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS). Após o preenchimento do médico, solicitar pelo site da central de regulação de vagas, a mudança.

- Conferir o prontuário e observar se a descrição cirúrgica está carimbada e assinada pelos respectivos médicos. Observar se a ficha de anestesia está preenchida corretamente e se os códigos lançados no comprovante de anestesia estão de acordo com as cirurgias realizadas.

5.4.4.4 Faturamento de Cirurgia - SUS

- Receber via protocolo do Faturista das Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA), os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH Cirúrgicas – Eletivas/Cota Direta.

- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.

- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao Faturista das Cirurgias Menores Ambulatoriais (CMA) para efetuar as devidas providências.

- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes Cirúrgicos em posição de alta hospitalar correspondente ao período de internação da AIH.

- Analisar os dados dos prontuários de pacientes de alta, referentes à internação hospitalar correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhá-los ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

- Encaminhar à SES listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.

- Receber da SES listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.

- Levantar e organizar a documentação (notas fiscais de OPME) necessária para cobrança.

- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.

- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.

- Entregar pen-drive na SMS e capa de lote assinada e carimbada.

- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS, para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à SES a divulgação dos valores a serem pagos.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção.
- Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH reapresentadas.
- Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação de procedimentos especiais, quando houver. Espelho da AIH, ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.
- Faturamento Ambulatorial de Média Complexidade - SUS Ação / Descrição
- Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamento referentes aos exames realizados.
- Gerar o arquivo eletrônico – em CD dos procedimentos de média complexidade. Se não conforme, efetuar as correções e adequações necessárias e gerar arquivo eletrônico – em CD.
- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidade digitados e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela SES.
- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria Municipal de Saúde com a capa de lote correspondente devidamente assinada e carimbada.

- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à SES, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidade apresentados e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde.
- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.
- Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento.
- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

5.5 Manual de rotinas para Serviços de Apoio

5.5.1 Hotelaria Hospitalar

A Hotelaria Hospitalar é a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem- estar durante seu período de internação.

A Hotelaria Hospitalar é um diferencial no setor de saúde, destaca-se que é uma nova tendência que agrega tecnologia, ciência, conforto e segurança na hospitalidade, oferecendo qualidade, valor e satisfação para o cliente.

Este novo segmento tem a função de contribuir no aprimoramento do sistema hospitalar, que deve ser o resultado de matéria, trabalho e valores. É uma interface dos diferentes serviços de apoio, com o objetivo de garantir à qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade do atendimento ao cliente.

Caberá à hotelaria a responsabilidade de administrar as equipes de limpeza, rouparia, lavanderia, coleta das roupas contaminadas e acompanhamento da segregação de resíduos de serviços de saúde.

As principais frentes de trabalho da Hotelaria é o serviço de processamento de roupas e a higienização dos ambientes.

Hotelaria hospitalar centralizante
Único gestor para gerenciar os lideres do servido de apoio
Cobrança de resultados
Indicadores de desempenho
Treinamento / Equipe Coesa
Alta produtividade

Serviço de Processamento de Roupas

O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e profissionais. Tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde (ANVISA, 2007).

É necessário ressaltar a importância da lavanderia dentro da unidade de saúde, pois é da eficácia de seus profissionais que se demonstra a eficiência da Policlínica, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

- Controle das infecções;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- Racionalização de tempo e material;
- Redução dos custos operacionais.

Planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações.

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades da Policlínica.

Os objetivos da lavanderia hospitalar são:

- Processar as roupas hospitalares com qualidade, segurança e eficiência;
- Favorecer um ambiente de trabalho seguro aos profissionais que atuam no setor;

- Preservar a qualidade das roupas, em todas as fases de seu processamento;
- Utilizar as técnicas adequadas para o processamento da roupa.

Rotinas de Trabalho da Unidade de Processamento de Roupas:

- Remoção da roupa suja da unidade geradora
- O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foi utilizado, esse local também é chamado de unidade geradora. Deve haver os seguintes cuidados:
- Retirar as roupas sujas dos leitos e acondicionadas em sacos de hamper identificado;
- Mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou a fim de prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns;
- A equipe de enfermagem da unidade geradora deve ser orientada a evitar que objetos perfurocortantes, instrumentos ou outros artigos que possam causar danos aos trabalhadores e/ou aos equipamentos sejam deixados juntamente com a roupa suja;
- Fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim que (expurgo/sala de utilidades).

Coleta e Transporte da Roupa Suja

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual no momento do recolhimento da roupa.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde deve ser preferencialmente exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção.

Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

O transporte da roupa limpa e suja deve ser efetuado em carros separados. O quantitativo de carros deve ser projetado conforme a rotina de coletas das roupas nas unidades geradoras e entrega das roupas limpas pela rouparia suja)

1. Processamento da roupa na sala de recebimento da roupa suja (Área ou Sala)

Essa área suja corresponde a 25 % da área total da unidade e além de conter uma área para recebimento, pesagem, classificação da roupa suja, deve dispor de um depósito de material de limpeza e banheiro.

O depósito de material de limpeza é exclusivo para área suja e deve ser provido de tanque e de um local para guarda de materiais e produtos utilizados no processo de lavagem das roupas e na higienização da área.

É indicado que os trabalhadores da área suja, ao término do trabalho, não saiam do local sem tomar banho e trocar de roupa.

Deve-se a grupar as roupas a serem lavadas de acordo com o grau de sujidade e as suas características. Acondicioná-las e caixas laváveis ou carrinhos até serem colocadas nos maquinários.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, de uso pessoal, tecidos humanos, entre outros, provenientes da unidade geradora e que foram encaminhados misturados com a roupa suja. Além disso, devem ser manuseadas com o mínimo de agitação.

A frequente higienização das mãos pelo pessoal que manuseia roupa suja é essencial para a prevenção de infecções.

A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

É necessário cautela no enxágue da roupa, principalmente as utilizadas por recém-nascidos, a fim de eliminar resíduos químicos que possam causar irritação da pele.

Classificação das sujeiras

É importante classificar as sujeiras para se adotar o método correto de eliminá-las. De forma geral as sujeiras se classificam em:

- **Sujeiras solúveis na água** (açúcares, sais, sucos de frutas, corantes etc.): sua eliminação se efetua basicamente por enxágues.
- **Sujeiras saponificáveis** (matérias gordurosas): a ação do calor, combinada com a dos álcalis e a agitação mecânica, amolece as gorduras, saponifica-as e remove-as.

- **Sujeiras emulsionáveis** (óleos minerais): a sua estrutura química só permite sua eliminação através da emulsificação, por ação dos tensoativos.
- **Sujeiras eliminadas por via física** (areia, fuligem, poeira etc.): sua eliminação ocorre pela ação mecânica combinada com o poder umectante de um produto tenso ativo.
- **Sujeiras eliminadas por descoloração** (chá, café, vinho, **medicamentos** etc.): não são removíveis, pois tingem a fibra. É necessário, então, destruir a cor através de agentes de branqueamento (hipoclorito de sódio, perborato de sódio e outros).
- **Sujeiras ou matérias albuminóides** (albumina, sangue, plasma etc.): coagulam e dissolvem-se através do calor e soluções alcalinas.

Métodos e técnicas de lavagem:

Os princípios de lavagem da roupa pouco têm se modificado, já que as máquinas de lavar passaram por uma grande evolução, acompanhando o avanço tecnológico. Os métodos e técnicas de lavagem da roupa, geralmente, associam alguns princípios para melhor alcançar seu objetivo.

Os princípios associados no processo de lavagem são de ordem física (mecânica, temperatura e tempo) e química (detergência, alvejamento, acidulação, amaciamento, desinfecção).

Ordem física

Mecânica

Consiste em bater, esfregar e torcer a roupa para retirar a sujidade, sendo esta técnica a mais antiga.

Quando intensa ou demorada, ela prejudica os tecidos, daí a necessidade de uso simultâneo de sabões ou detergentes em solução na água para encurtar o tempo e melhorar a lavagem.

Na máquina, é a rotação do tambor que exerce a ação mecânica, torcendo a roupa e levantando-a com as pás para deixá-la cair dentro da solução.

Na queda, a solução é forçada a penetrar no tecido, retirando boa parte da sujeira. O correto nível da água no tambor interno é fator importante para a eficiência da ação mecânica. A inobservância do nível correto prejudica seriamente todo o processo de lavagem.

Temperatura

Um dos importantes fatores na lavagem é a temperatura adequada para cada operação.

Para a correta proteção do tecido e a obtenção de resultados satisfatórios na remoção da sujidade, há operações que requerem água fria, água morna ou quente.

Em geral, cerca de 80 a 85% da quantidade de água utilizada na lavagem da roupa é fria e 15 a 25 % é morna ou quente.

A temperatura elevada durante a lavagem tem os seguintes efeitos:

- Diminui a tensão superficial da água, facilitando a sua penetração nas fibras do
- tecido;
- Enfraquece as forças de adesão que unem a sujeira ao tecido;
- Diminui a viscosidade de graxas e óleos, facilitando a sua remoção;
- Aumenta a ação dos produtos químicos;
- Destrói os microrganismos, com exceção dos esporos, em 15 minutos, em água quente à temperatura de 85 a 95º C.

Tempo

É um dos mais importantes fatores da lavagem e deve ser corretamente determinado conforme o grau de sujidade, o tipo de equipamento e de tecido, para maior economia e eficiência nas diversas operações.

Estudos demonstram que, no processo tradicional de lavagem, a quantidade de ensaboamentos e enxaguaduras é responsável pela eficiência do processo, e não o tempo prolongado dessas operações.

Ordem química

Como a ação mecânica e a temperatura prejudicam os tecidos quando demoradas ou intensas, utiliza-se simultaneamente, a ação química de detergentes e outros produtos, o que reduz sensivelmente o tempo gasto, aumentando a eficiência do processo de lavagem.

Detergência

Esta é a ação química mais comum, e consiste em dissolver as gorduras e óleos, removendo a sujeira.

Os produtos que produzem esta ação detergente são o sabão e o detergente sintético; o primeiro é derivado de óleos ou gorduras animais ou vegetais (soda cáustica, mais ácidos graxos = saponificação) e o segundo é um subproduto da destilação do petróleo ou da hulha (soda cáustica mais ácido dodecilbenzenosulfato = sulfonação).

As funções do detergente sintético são:

- Quebrar ou baixar a tensão superficial da água, facilitando sua penetração no tecido;
- Emulsionar ou dissolver as sujeiras oleosas – graxas, óleos e gorduras;
- Produzir espuma.

Alvejamento

É o efeito da ação de branqueadores químicos (cloro e oxigênio), associados ao calor e ou à luz.

O alvejamento é uma operação complementar da lavagem, e nunca um substitutivo da mesma. É aplicado apenas em roupas brancas.

Acidulação

Consiste em adicionar um produto ácido, em geral à base de ácido acético, na última enxaguadura, para baixar o pH e neutralizar os resíduos alcalinos da roupa.

Amaciamento

É uma operação que consiste em adicionar, na última enxaguadura de determinados tecidos, um produto que contém glicerina em sua composição e produz o amolecimento ou elasticidade das fibras, tornando o tecido suave e macio.

Desinfecção

É um processo de destruição de todas as formas vegetativas existentes em superfícies inertes e meios líquidos, mediante a aplicação de agentes químicos e físicos.

A eficiência do ciclo de lavagem, não está apenas na eliminação da sujeira, mas também na destruição do grande número de microrganismos presentes na roupa.

Processamento da roupa na área limpa área limpa

Terminada a operação ou ciclo de lavagem, a roupa passa por um processo que consta centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são

efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas.

Secagem em Secadora

Roupas como colchas pesadas, tecido felpudo, roupa de vestir (adultos e crianças), cobertores, peças pequenas como máscaras, gorros, compressas e outras, são secadas na secadora.

Depois de secar, a roupa é retirada da secadora e colocada em carros-cestos apropriados, sendo selecionada, dobrada e encaminhada à rouparia para repouso. Na seleção, a roupa danificada vai para a costuraria para conserto ou baixa.

A secadora necessita de várias limpezas diárias para impedir o acúmulo de felpas.

Calandragem

É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves e campos). Após aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia.

Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das peças danificadas, que deverão ser encaminhadas à costura para reparo ou baixa.

Rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa da Policlínica. A centralização em um único local que permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades da Policlínica. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

Estocagem

Mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

Distribuição de roupa limpa

Normalmente é aconselhável a distribuição para cada unidade receber 1 ½ (uma e meia) a 2 (duas) mudas para cada leito, por dia, dependendo do horário de atendimento da rouparia. Calculam-se três trocas de roupas para a unidade de saúde.

Costura

As peças de roupa danificadas, aproveitáveis, são reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixas no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo, uma toalha estragada pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Condições Ambientais para a Prevenção e Controle das Infecções

A unidade de processamento deve possuir ralos para escoamento da água usada em todos os seus ambientes. Estes ralos devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento.

É necessário instalar canaletas com grelhas junto à saída das lavadoras. Essas canaletas devem ter inclinação para facilitar o escoamento da carga total das lavadoras e possuir gradil de fácil remoção. Além disso, devem ser de material que permita sua higienização e serem interligadas à rede de esgoto através de ralo sifonado.

Os sistemas de climatização devem proporcionar ambientes de trabalho confortáveis, agradáveis e seguros, garantindo o conforto dos trabalhadores e impedindo a disseminação de microrganismos entre as diversas áreas das unidades de processamento de roupas. Estes sistemas de climatização da área limpa e da área suja devem ser independentes.

É necessário lavatórios na área limpa e na área suja para higienização das mãos dos trabalhadores. De acordo com a RDC 50 este deve possuir torneira ou comando que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Próximo aos lavatórios deve existir dispensador de sabonete líquido, suporte com papel toalha e lixeiras com pedal.

O uso de preparação alcoólica pode substituir a higienização das mãos, sempre que não estiverem visivelmente sujas, podendo ser utilizado, por exemplo, na área limpa da unidade de processamento, antes de manipular a roupa limpa.

O piso, em todas as áreas deve ser liso, resistente à água e isento de desenhos e ranhuras que dificultem a limpeza.

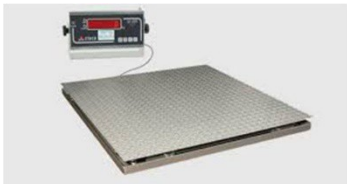
A manutenção compreende os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de equipamentos e instalações, tanto com medidas preventivas como corretivas.

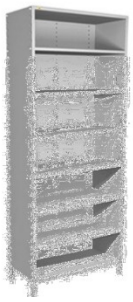
A balança é um instrumento utilizado para determinar o peso da roupa suja ou o peso dos insumos a serem utilizados. São diferenciadas pela sua capacidade, finalidade de uso (tipos de carga).

Os carros de transporte são diferenciados pela finalidade de uso e devem ser leves, confeccionado de material não oxidável e não poroso, de fácil limpeza e desinfecção:

- **Carro para roupa suja**: utilizado na coleta, transporte e armazenamento
- temporário de roupa suja. Esse carro deve possuir tampa e dreno para facilitar a higienização e eliminação de líquidos.
- **Carro cesto**: geralmente utilizado para o transporte da roupa que circula entre
- os equipamentos como lavadoras, centrífugas, calandras, secadoras ou prensas.
- **Carro barra sobre rodízios**: utilizado para o preparo prévio da roupa que será processada pela calandra.
- **Carro para distribuição de roupa limpa**: utilizado para o transporte da roupa dobrada dentro da unidade de processamento de roupas até a rouparia. Serve também de estante no armazenamento e distribuição de roupas limpas.

ETAPAS DO PROCESSAMENTO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
COLETAS DE ROUPAS SUJAS SETORIAIS	CARRO CUBA

PESAGEM DO ENXOVAL SUJO	BALANÇA DIGITAL 
HIGIENIZAÇÃO DOS ENXOVAIS	LAVADORA EXTRATORA 120 KILOS
PASSADORIA	CALANDRA MONORROL
DOBRAS	CALANDRA / DOBRADORA
DOBRAS	MESA PARA DOBRADURAS

ROUPARIA	HAMPER COM ARO CARRO INOX PARA ENTREGA DE ENXOVAL LIMPO ESTANTE PARA GUARDA DE ENXOVAL SELADORA PARA ENXOVAL 

Planejamento Técnico Operacional

Análise de quilo/leito para projeto de processamento de roupas/dia:

TIPO DE HOSPITAL	CARGA DE ROUPA
Hospital de longa permanência, para pacientes crônicos	2 kg/leito/dia
Hospital geral, estimando-se uma troca diária de lençóis	4 kg/leito/dia
Hospital geral de maior rotatividade, com unidades de pronto-socorro, obstetrícia, pediatria, e outras	6 kg/leito/dia
Hospital especializado, de alto padrão	8 kg/leito/dia
Hospital escola	8 a 15 kg/leito/dia

Fonte: Manual de Lavanderia de 1986

PLANEJAMENTO OPERACIONAL

Contratação Empresa Especializada em Lavanderia Hospitalar – 12 meses com Funcionamento da Lavanderia Interna: 12 horas de segunda à sexta - Processamento com estimativa de 4.000 a 5.000 kg/dia;

Com Fornecimento:

- Mão de obra especializada e uniformizada;
- Fornecimento de descartáveis (saco hamper 240 litros cores azul e verde), embalagens plásticas para acondicionamento dos enxovais na rouparia (tamanhos diversos);
- Conteiners para coleta interna de enxovais com capacidade de 420 litros;
- Conteiners fixos nas unidades geradoras para acondicionamento dos enxovais (tamanho a definir);
- Balança para pesagem dos enxovais por unidade geradora;
- Produto químico conforme validação da CCISS;
- Seladoras para rouparia;
- Diluidores químicos e automatização dos produtos nos maquinários;
- Fornecimento de máquinas de costura (reta e overlock) (utilizada para reparos e consertos de enxovais);
- Fornecimento de insumos para costura (reparos e consertos de enxovais);
- Disponibilizar um supervisor operacional

Planejamento Enxoval

Descrição / Característica	Quantitativo ESTIMADO
Toalha de Banho Paciente 0,80x1,40, 440 grams por m² tinto em fio, felpa na cor bege e fundo fio tinto cores, tingimento resistente a lavagem industrial, acabamento bainha costura dupla e personalização em alto e baixo relevo na felpa. Toalha cor BEGE.	**2.000 unidades**
Lençol capa de maca: para paciente – 1,10 x 2,20 – cor AZUL – em percal profissional misto 60% algodão / 40% poliéster 170 fios, quantidade de fios 170 fio po Pol2, tingimento em idantren (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume, com personalização estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Lençol com	**2.300 unidades**

estampa em azul. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	
Lençol – lençol solteiro paciente 1,60 x 2,50 – cor branco, em percal profissional misto 60% algodão / 40% poliéster 180 fios quantidade de fios 180 fios por Pol2, tingimento em idantrem (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume. Com personalização estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem corada. Lençol branco com estampa em azul. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca **fornecida pelo Instituto CEM;**	**5.000 unidades**
Fronhas - Para Paciente tipo envelope 0,50x0,70 - cor BRANCO em PERCAL PROFISSIONAL MISTO 60% algodão / 40% poliéster, 180 fios, quantidade de fios 180 fios por Pol2, tingimento em idantrem (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	**2.500 unidades**
Pijama branco com logomarca azul (P, M, G, GG). Conjunto de pijama (blusa com bermuda branca), em estampa corrida / cilindro azul, conforme modelo de logomarca fornecido pelo Instituto CEM, 100% algodão, gramatura de 190 gram. / m2, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Bermuda com elástico. Blusa manga curta, gola em V. Cor do conjunto de pijama: BRANCO com logomarca AZUL. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	**2.500 unidades**
Pijama para obeso (P). Conjunto de pijama – contendo camisa fechada e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM.	**200 unidades**
Pijama para obeso (P). Conjunto de pijama – contendo camisa aberta com transpasse e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: **estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM.**	**200 unidades**
Pijama para obeso (M). Conjunto de pijama – contendo camisa fechada e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM.	**200 unidades**
Pijama para obeso (M). Conjunto de pijama – contendo camisa aberta com transpasse e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: **estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;**	**200 unidades**

Pijama para obeso (G). Conjunto de pijama – contendo camisa fechada e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;	**200 unidades**
Pijama para obeso (G). Conjunto de pijama – contendo camisa aberta com transpasse e bermuda com elástico, com logomarca de 1 cor em cada item, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3% resistente a lavagem clorada. Personalização: **estampa corrida (cilindro), conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;**	**200 unidades**
Capote isolante simples verde claro para UTI – decote redondo, manga raglã longa com punho em malha ribana sanfonada 100%, com 3 pares de tiras para fechamento internos e 1 par para fechamento externo conforme padrão, brim pesado, tecido com armação 3 x 1, gramatura mínima 260g / m2, fio urdume título 20, fio de trama 16 encolhimento 3%, 100% algodão. Com logomarca de 1 cor. Personalização: centralizado resistente a lavagem **clorada conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM. Tamanhos M e G;**	**3.000 unidades**
Capote transpassado amarelo para clínicas - decote redondo, manga raglã longa com punho em malha ribana sanfonada 100%, com 3 pares de tiras para fechamento internos e 1 par para fechamento externo conforme padrão, brim pesado, tecido com armação 3 x 1, gramatura mínima 260g / m2, fio urdume título 20, fio de trama 16 encolhimento 3%, 100% algodão. Com logomarca de 1 cor. Personalização: centralizado resistente a lavagem clorada conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM. Tamanhos M e G;	**2.000 unidades**
Capote transpassado com opa para CENTRO CIRÚRGICO (com envoltório duplo) – COR AZUL claro decote redondo, manga raglã longa com punho em malha ribana sanfonada 100%, com 3 pares de tiras para fechamento internos e 1 par para fechamento da opa conforme padrão, tamanho M e G – brim pesado. Tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260 g/m2, fio urdume, título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão tingimento em idantren (resistência ao cloro). Personalização: **centralizado resistente a lavagem clorada conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;**	**1.100 unidades**
Campo Cirúrgico simples 1,80 x 1,80 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo INSTITUTO CEM;	**800 unidades**
Campo Cirúrgico simples 1,50 x 1,50 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo INSTITUTO CEM;	**800 unidades**

Campo Cirúrgico 1,20 x 1,20. Campo Cirúrgico simples 1,20 x 1,00 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;	**800 unidades**
Campo Cirúrgico simples 1,00 x 1,00 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. **Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM**	**700 unidades**
Campo Cirúrgico simples 0,80 x 0,80 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3x1, gramatura mínima 260g/m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;	**500 unidades**
Campo fenestrado 1,20 x 1,20 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260 g / m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento **3%, 100% algodão, tingimento com idantren, resistência ao cloro. Personalização: logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;**	**500 unidades**
Campo fenestrado 0,80 x 0,80 cor verde claro, brim pesado, tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260 g / m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3%, 100% algodão, tingimento com idantren, resistência ao cloro. Personalização: **logomarca e tamanho do campo cirúrgico conforme fornecida pelo Instituto CEM;**	**500 unidades**
Fronha de Maio – FRONHA DE MAIO 1,00 X 1,00, COR verde claro BRIM PESADO – Tecido com armação sarja 3 x 1, gramatura mínima 260g / m2, fio urdume título 20, fio de trama título 16, encolhimento 3% - 100% algodão, tingimento em idantren (resistência ao **cloro),resistente a lavagem clorada. Personalização: estampa corrida (cilindro) conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM;**	**600 unidades**
Unissex UTI AZUL. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será fornecida pelo Instituto CEM. **COR AZUL E LOGOMARCA BRANCO – TECIDO CEDRO MIX;**	**3.000 unidades**
Unissex Centro Cirúrgico Verde. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada,	**3.000 unidades**

logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será **fornecida pelo Instituto CEM. COR VERDE E LOGOMARCA AZUL – TECIDO CEDRO MIX;**	
Unissex CLÍNICAS COR ROSÊ. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será **fornecida pelo Instituto CEM. COR ROSÊ E LOGOMARCA AZUL – TECIDO CEDRO MIX;**	**4.000 unidades**
Unissex CME Amarelo. Blusa manga curta decote V, calça com elástico e bolso – tamanho M, G, GG. Tecido misto 60% algodão 40% poliéster, 165 gramas/m², sarja 2/1, tecido efeito mescla parte interna conforto do algodão parte externa durabilidade e resistência do poliéster. Encolha de 3%, Personalização resistente a lavagem clorada, logomarca na calça e logomarca na blusa lado esquerdo, conforme modelo que será fornecido pelo Instituto CEM. **COR AMARELO E LOGOMARCA AZUL – TECIDO CEDRO MIX;**	**1.300 unidades**
Cobertor adulto UTI 1,50 x 220 cm. 100 % poliéster. Característica: cobertor microfibra, acabamento nos quatro cantos antialérgico, antipilling, resistente a lavagem industrial **clorada, cores a definir. Personalização: bordado – logomarca fornecido pelo Instituto CEM;**	**1.400 unidades**
Colcha de Piquet profissional 100%, algodão 1,75 x 2,15. Cor: BRANCO ou BEGE, **resistente a lavagem clorada. Personalização: POLICLÍNICA estampa centralizada;**	**1.300 unidades**
Cobertor adulto CLÍNICAS 1,50 x 220 cm. 100 % poliéster. Característica: cobertor microfibra, acabamento nos quatro cantos antialérgico, antipilling, resistente a lavagem **industrial clorada, cores a definir. Personalização: bordado – logomarca fornecido pelo Instituto CEM**	**2.000 unidades**
Pijama Infantil - Conjunto de pijama (blusa com bermuda), em estampa corrida / cilindro azul, conforme modelo de logomarca fornecido pela Policlínica, 100% algodão, gramatura de 190 gram. / m2, tingimento em idantren, resistência ao cloro. Bermuda com elástico. Blusa manga curta, gola em V. Cor do conjunto de pijama: AMARELO com logomarca **AZUL. Personalização: cilindro / estampa corrida em azul, conforme logomarca fornecida pelo Instituto CEM**	**300 unidades**
Camisola bariátrica com transpasse, com logomarca de 1 cor, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3%, decote V, manga japonesa, com transpasse na frente tipo robe, quatro tiras para fechamento sendo 1 interna 1 no transpasse 1 lateral externa e 1 frente do transpasse, cor branca, resistente a lavagem clorada.	**200 unidades**

Personalização: azul, estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Tamanho G: largura 1,00, **comprimento 118 cm;**	
Camisola bariátrica com transpasse, com logomarca de 1 cor, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3%, decote V, manga japonesa, com transpasse na frente tipo robe, quatro tiras para fechamento sendo 1 interna 1 no transpasse 1 lateral externa e 1 frente do transpasse, cor branca, resistente a lavagem clorada. Personalização: **azul, estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Tamanho GG: largura 1,02, comprimento 129 cm.**	**200 unidades**
Camisola bariátrica com transpasse, com logomarca de 1 cor, resistente a lavagem clorada, no mínimo 130 g/m2, encolhimento de 3%, decote V, manga japonesa, com transpasse na frente tipo robe, quatro tiras para fechamento sendo 1 interna 1 no transpasse 1 lateral externa e 1 frente do transpasse, cor branca, resistente a lavagem clorada. Personalização: azul, estampa corrida (cilindro), resistente a lavagem clorada. Tamanho M: largura 0,98,	**200 unidades**

comprimento 107 cm;	
Camisola para EXAMES - cor verde claro decote V, manga japonesa, com transpasse de 10 cm, 2 pares de tiras para fechamento tamanho M, G, GG. Super Cretone - Fio duplo retorcido gramatura de 190 gram./m² - 100% algodão, quantidade de fios 170 fio por Pol², tingimento em idantren (resistência ao cloro) encolhimento até 4% na trama e 8% no urdume. Personalização resistente a lavagem clorada em sistema estampa corrida conforme **modelo que será fornecido pelo Instituto CEM;**	**600 unidades**
Travesseiros na cor bege medido 40 x 50cm em tecido impermeável para higienização. **Sem zíper – travesseiro deve ser costurado;**	**400 unidades**
Oleado em NAPA - tamanho 1,00 x 1,40 - Napa 0,26;	**400 unidades**

Planejamento Aquisição
Contratação Empresa Especializada em Fabricação de Enxoval Hospitalar; Entrega de enxoval em 03 etapas conforme funcionamento da Policlínica; A empresa contratada deverá encaminhar amostra de cada item para validação; Enxoval estimado conforme Manual da Anvisa/Lavanderia – Policlínica Geral com Maior Rotatividade e Pronto Socorro – visando 4.000 a 5.000 kg/dia

5.5.2 Serviço de Higienização e Desinfecção Hospitalar

A limpeza ambiental pode ser considerada como um dos primeiros itens na avaliação de qualidade que o paciente faz quando procura um serviço de saúde. Ela é considerada um “cartão de visitas” da Instituição e pode transmitir aos seus clientes a primeira impressão de segurança, conforto, bem-estar e profissionalismo existente no serviço de saúde.

O Serviço de Higiene é o responsável direto pela manutenção de um ambiente limpo, seguro e com um mínimo de riscos ambientais. O relacionamento deste serviço com o Setor de Controle de Infecção Hospitalar é extremamente importante visto que deverão atuar em conjunto na elaboração das rotinas operacionais e ações educacionais, que devem ser estabelecidas em consenso.

Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, através de boas práticas em higiene e limpeza hospitalar.

O Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar precisa ser muito bem planejado e elaborado, por profissionais capacitados, sistema de tecnologia que apoie no dimensionamento de métodos, tempos e frequências, seja para implementação em serviço com modelo próprio ou terceirizado.

O sucesso de um planejamento operacional adequado, com índice de distorção aceitável, depende muito da qualificação das informações disponíveis.

Para dimensionamento do efetivo e recursos materiais como, por exemplo, equipamento, acessório e saneante, é necessário levantamento de variáveis, dados, informações atualizadas sobre estrutura e atendimento institucional.

O porte da instituição, complexidade de atendimento, volumetrias como: taxa de ocupação, tempo de permanência, nº de altas, nível de qualificação - Acreditação Hospitalar, nível de entregas requeridas são exemplos de informações obrigatórias para um adequado planejamento.

Além disto, deve-se levar em consideração, taxa média de absenteísmo, contingências, *turnover* projetado, tipo de escala, férias, entre outros, estabelecendo um padrão de desempenho baseado na produtividade (m^2/h) e nível de eficiência.

A limpeza em serviços de saúde segue quatro princípios básicos:

Remoção de sujidades

O Serviço de Higienização/Limpeza tem sua efetividade diretamente relacionada com a remoção total ou não das sujidades do piso e superfícies, pois estas podem favorecer algum tipo de contaminação de profissionais ou pacientes.

A remoção das sujidades deve ser realizada utilizando-se água e detergente. Os produtos químicos devem ser utilizados em áreas críticas e em superfícies com presença de matéria orgânica ou em caso de surtos, sob a orientação da CCISS da instituição.

Quando da utilização de produtos químicos, consultar a Portaria n.º 15 do Ministério da Saúde.

Sistematização

Sistematizar os processos de higienização do ambiente em unidades de saúde é um ponto muito importante. Algumas considerações devem ser seguidas na técnica de limpeza, como por exemplo: limpar um lugar mais limpo para depois limpar um lugar mais sujo. Esta técnica, que deve ser seguida em todos os casos, faz com que um agente microbiano não seja transportado de um local mais contaminado para um local menos contaminado. Outras considerações são:

Nunca realizar movimentos de vaivém (os movimentos manuais devem ser sempre retos, paralelos, unidirecionais, de cima para baixo, do fundo para a porta de entrada, de dentro para fora);

Iniciar a limpeza pelas paredes e por último, o piso;

Outro ponto a ser considerado, é a utilização de dois baldes de cores diferentes, quando a limpeza estiver sendo realizada com rodo e pano de chão. Um dos baldes deve destinar-se à solução e o outro, para a água limpa de enxágue;

Além disso, separar também os panos para as diferentes superfícies e áreas, por exemplo: flanela branca para móveis e flanela azul para pias, vaso sanitário etc.;

E importante que, ao se utilizar o Mop seco para limpeza de pisos, lembrar-se de não levantar o mesmo durante o procedimento de limpeza, com o objetivo de não provocar a dispersão das partículas de pó no ambiente.

Proteção do executor

O executor da limpeza deve sempre utilizar o uniforme básico incluindo: roupas, luvas de borracha, sapatos impermeáveis com meias e proteção de cabelo.

Este uniforme básico deve ser utilizado somente no horário de trabalho, devendo ser retirado no vestiário após o plantão, onde o profissional deve tomar um banho completo.

Além destes cuidados, ao limpar um isolamento ou área específica o executor deverá utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) adequado: máscaras comuns e especiais, óculos, aventais, vestimenta cirúrgica etc.

Proteção do ambiente

Além da execução da limpeza, o executor deverá atentar-se para não tocar em locais como maçanetas de portas, parapeitos e grades de segurança com a luva utilizada durante o procedimento de limpeza.

Outro cuidado com o ambiente é a recomendação de nunca utilizar a varrição seca nas áreas internas do ambiente hospitalar, relacionadas ao atendimento de pacientes, pois esta atitude favorece a dispersão de microrganismos que podem

estar sendo veiculados junto com as partículas de pó. Portanto, somente a varrição úmida é permitida dentro dos hospitais.

A higienização nos hospitais é alcançada mediante os procedimentos de limpeza, desinfecção e/ou descontaminação.

- **LIMPEZA:** É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual. Deve ser realizada primeiramente antes dos processos de desinfecção.

- **DESINFECÇÃO**: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.

DESCONTAMINAÇÃO: É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, aplicando solução desinfetante diretamente sobre o agente contaminante.

PROCESSO DE LIMPEZA	DESCRIÇÃO
Tirar o pó	Passar flanela seca.
Limpar	Passar mop água e/ou pano umedecido em detergente e/ou desinfetante nos pisos. Passar flanela umedecida em desinfetante nas superfícies de móveis, paredes e portas.
Lavar	Aplicar solução detergente e/ou desengraxante através de escova, enceradeira, mop água, lavadora automática de pisos e/ou máquina de alta pressão, enxaguar e enxugar.
Lustrar	Lustrar o piso através de enceradeira. Lustrar móveis, revestimentos e metais com flanela seca e produtos adequados.
Encerar	Lavar com detergente, removendo a cera velha, aplicando em seguida nova camada de cera, apropriada ao tipo de piso.

Varrer	Varrer com os diferentes tipos de vassouras ou mop pó.
Aspirar Superficialmente	Aspirar superficialmente todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó e/ou vassoura mágica.
Aspirar Profundamente	Aspirar todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó, afastando móveis e objetos dos cantos para otimização do trabalho.
Recolher lixo	Recolher detritos com o auxílio de luvas em sacos plásticos e/ou carrinhos e transportá-los ao local apropriado.
Abastecer	Abastecer os sanitários com: papel higiênico, papel toalha, sabão líquido e sacos plásticos.
Conservar	Manter o local limpo e seco.

MÓVEIS, DIVISÓRIAS E OBJETOS EM GERAL.	
Madeira Natural e Encerada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Colocar uma pequena quantidade de lustra-móveis em pano de limpeza e aplicá-lo no objeto a ser limpo. Dar polimento com flanela em todos os lados.
Madeira Envernizada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Umedecer o pano de limpeza em água e passá-lo no objeto a ser limpo. Deixar secar por completo. Dar polimento com flanela por todos os lados.
Euraplac, Duraplac e Fórmica.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a fibra de limpeza branca com suporte limpa tudo, umedecida em detergente neutro no objeto a ser limpo. Passar no objeto pano de limpeza umedecido em água. Deixar secar por completo. Dar o polimento com flanela em todos os lados.
Metais não Revestidos	Retirar o pó utilizando pano de limpeza umedecido em detergente neutro em todos os lados. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Limpar o excesso com pano. Dar polimento com flanela.
Metais Inox e Cromado	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar o pano de limpeza umedecido e/ou outro produto adequado por toda a superfície do objeto. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Limpar o excesso com pano. Dar polimento com flanela.
Metais Esmaltados, Acrílicos, Plásticos e Fibra de Vidro.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Umedecer a fibra de limpeza branca no Veja Multiuso, passar no objeto começando pela parte inferior e seguir até a parte mais alta.

	Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. Dar polimento com flanela.
Vidros	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a luva de limpeza com suporte limpa-vidro, umedecida em Vidrex na superfície a ser limpa. Dar polimento com flanela em todos os lados.
Carpete	Retirar o pó utilizando aspirador. Retirar manchas com utilização do removedor de manchas.

PAREDES, COLUNAS E FORRO.	
Remoção de Manchas	Passar pano de limpeza na área manchada para retirar o pó. Umedecer a fibra de limpeza branca no detergente neutro e passar sobre a superfície manchada. Passar pano umedecido em água onde foi aplicado o detergente. Secar com pano de limpeza seco.
Limpar/Lavar	Limpeza das grelhas de ar condicionado com panos umedecidos em Veja Multiuso. Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. (Não permitir secagem da solução na parede.)

PISOS DUROS	
Lavação	Recolher os detritos maiores com vassouras de pelo e pá automática. Retirar pó com mop pó utilizando o movimento serpentina. Espalhar detergente removedor com mop água o suficiente para não secar durante o tempo de aplicação, agir por cinco minutos aproximadamente. Lavar os cantos e rodapés com suporte limpa-tudo e fibra de limpeza preta ou verde-escuro. Recolher o detergente do piso com mop água. Esperar o piso secar por completo.
Enceramento	Com o piso limpo passar o mop água levemente umedecida em água. Esperar o piso secar por completo. Espalhar a cera no piso com mop água. Deixar o piso secar por completo e, caso necessário, aplicar nova camada. Dar o polimento utilizando enceradeira com o disco branco. Dar o polimento nos cantos utilizando o suporte limpa-tudo e fibra de limpeza branca.

SANITÁRIOS E VESTIÁRIOS

- ✓ Vasculhar o teto com vassouras limpa teto.
- ✓ Remover sujeira visível nos ralos de pias e mictórios.
- ✓ Esfregar os azulejos com suporte limpa tudo e fibra verde, de baixo para cima e deixar o detergente agir.
- ✓ Esfregar os rejuntes dos azulejos com escova lava tanque.
- ✓ Enxaguar as paredes.
- ✓ Lavar interna e externamente as pias com fibra branca.
- ✓ Lavar as torneiras, registros, válvulas, saboneteiras e tubulações.
- ✓ Enxaguar as superfícies e outros aparelhos lavados.

- ✓ Lavar internamente os vasos sanitários com escova lavatina.
- ✓ Dar descarga até que toda a água seja trocada.
- ✓ Lavar externamente o vaso, assento, tampa e válvulas.
- ✓ Enxaguar e secar.
- ✓ Lavar os cestos de papéis com escova e detergente, enxaguar e secar.
- ✓ Limpar o piso utilizando mop-água e/ou enceradeira com disco verde ou preto.
- ✓ Lavar os ralos com escova lavatina e produto Multiuso.
- ✓ Espalhar desinfetante com mop-água, o bastante para não secar durante o tempo de aplicação. Deixar agir por cinco minutos.
- ✓ Lavar os cantos e rodapés com os suportes limpa tudo e fibra de limpeza verde.
- ✓ Lavar o piso com enceradeira e disco verde ou preto.

Especificações dos Processos de Limpeza

Procedimentos de higienização

Os procedimentos de Higiene a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente:

- Habilitar os profissionais de Higiene para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica semicrítica e não crítica;
- Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de higienização, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
- Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
- Não manusear lentes de contato durante o desempenho das atividades de trabalho;
- Não consumir alimentos e bebidas durante as atividades de trabalho;
- Não guardar alimentos em locais não destinados para esse fim;
- Não fazer uso de calçados abertos;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;

- Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área antes dos procedimentos de Higiene;
- Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora;
- Realizar a coleta de resíduos pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. Os resíduos deverão ser transportados em carro próprio, impermeável, com cantos arredondados, sem emendas na sua estrutura; fechado com tampa, lavável, com dreno para escoamento de líquidos após a lavagem e identificado com o símbolo específico para cada tipo de resíduo;
- Usar luvas, panos de limpeza, cabeleiras e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
- Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes etc.) nas salas de utilidades indicadas, segundo procedimento específico, ou no mínimo, diariamente;

Classificação das áreas de Atuação

Área crítica
São áreas que oferecem maiores riscos de transmissão de infecção, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos de risco, onde se encontram pacientes imunodeprimidos, ou aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de micro-organismos patogênicos. Ex: CC, CCO, UTI, laboratórios, Agência Transfusional, Banco de Sangue.
Área semi crítica
São áreas onde o risco de transmissão de infecção é baixo, por não haver procedimentos invasivos. Ex: ambulatórios médicos, quartos e enfermarias.
Área não-crítica

São todas as demais áreas, que não são ocupadas por pacientes.

Frequência procedimento de limpeza terminal programada

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA DE LIMPEZA TERMINAL – Conforme cronograma terminal anual
ÁREAS CRÍTICAS	Semanal
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	Quinzenal
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	Mensal
ÁREAS COMUNS	Conforme estabelecido no Cronograma anual

Frequência procedimento de limpeza concorrente

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUENCIA MÍNIMA
ÁREAS CRÍTICAS	3x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	2x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	1x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS COMUNS	1x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.
ÁREAS EXTERNAS	2x por dia, data e horários preestabelecidos e sempre que necessário.

Frequência procedimento de limpeza terminal programada

CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA	FREQUÊNCIA DE LIMPEZA TERMINAL
ÁREAS CRÍTICAS	Semanal
ÁREAS SEMI - CRÍTICAS	Quinzenal
ÁREAS NÃO - CRÍTICAS	Mensal
ÁREAS COMUNS	Conforme estabelecido no Cronograma anual

PRODUTOS QUÍMICOS – HOSPITALARES

A definição e aquisição dos produtos químicos devem ser colegiadas, buscando trazer para a Instituição o CUSTO x BENEFÍCIO mais adequado e seguro.

PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES SOBRE SANEANTES HOSPITALARES

LEGISLAÇÃO	EMENTA
Resolução RDC ANVISA 34 de 16/8/2010	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos desinfetantes.
Resolução RDC ANVISA 35 de 16/8/2010	Dispõe sobre Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana usados em artigos críticos e semicríticos.
Resolução RDC ANVISA 59 de 17/12/2010	Dispõe sobre procedimentos e requisitos técnicos para a notificação e o registro de produtos saneantes e dá outras providências.

Resolução RDC ANVISA 30 de 04/7/2011	Substitui a lista de substâncias de ação conservante permitidas para produtos saneantes.

Resolução RDC nº 31, de 4 de julho de 2011 Resolução RDC/Anvisa 55 de 14/11/2012 Resolução-RDC/Anvisa N° 109, de 6 de setembro de 2016	Dispõe sobre a indicação de uso dos produtos saneantes na categoria "Esterilizante", para aplicação sob a forma de imersão, a indicação de uso de produtos saneantes atualmente categorizados como "Desinfetante Hospitalar para Artigos Semicríticos" e dá outras providências.
	Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências.
	Dispõe sobre regulamento técnico para produtos saneantes categorizados como alvejantes à base de hipoclorito de sódio ou hipoclorito de cálcio e dá outras providências.

Fonte: ANVISA

De acordo com o programa do Ministério da Saúde (MS), os tipos de produtos químicos utilizados em limpeza de superfícies fixas ou inanimadas do ambiente hospitalar são:

- **Produtos detergentes:** São produtos que contem em sua formulação tenso ativos que tem a finalidade de limpar através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.
- **Produtos desinfetantes:** São formulações que tem na sua composição substâncias microbicidas e apresentam efeito letal para os microrganismos não esporulados; podem ser

utilizados na presença de matéria orgânica visível em qualquer superfície inanimada ou fixa do ambiente hospitalar.

Produtos que limpam e desinfetam em uma única etapa, sem necessidade de enxágue, contribuem diretamente com a melhoria da produtividade, reduzindo o tempo do procedimento de limpeza em cada área.

EQUIPAMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO

Contratação Empresa Especializada em Higienização Hospitalar – 12 meses; Fornecimento:

Mão de obra especializada;

Fornecimento de descartáveis (saco de lixo branco/infectante, preto/comum, vermelho/fluídos corpóreos);

Insumos e dispensers: papel toalha, papel higiênico, sabonete, álcool gel);

Conteiners para coleta interna de resíduos comum e infectante com capacidades de 340 litros;

Maquinários para higienização de piso;

Produto químico conforme validação da CCISS;

Diluidores químicos.

Controle de Pragas

O controle de pragas em um ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil, uma vez que se trata de um lugar que está em constante atividade, faz uso diversos recursos que não podem ser contaminados ou danificados no processo de eliminação das infestações, além da presença dos pacientes, muitas vezes extremamente fragilizados e, portanto, mais propensos a contrair algum tipo de infecção.

As pragas que infestam hospitais são as mesmas que ocorrem em outros edifícios. São elas: baratas, ratos, formigas, moscas, pulgas e afins; sendo que o principal problema da presença desses animais em um espaço clínico reside no fato de que são agentes disseminadores mecânicos e/ou biológicos de doenças infectocontagiosas causadas por protozoários, vírus, bactérias e outros microrganismos, além de prejudicarem as condições de esterilização de equipamentos e ambientes.

A incidência de pragas depende não somente da higiene e limpeza do local, mas também da sua localização e manutenção. Umo Hospital localizado, por exemplo, às margens de um rio no qual é frequentemente despejado esgoto, ou ainda próximo a instalações industriais, pode ter uma higienização adequada em suas instalações, entretanto, se seus vizinhos não necessariamente seguirem os mesmos princípios, acabam por ocasionar a migração de ratos, baratas e semelhantes de uma instalação para a outra; ou seja, os bons cuidados dentro da

Policlínica não impedem que as pragas de outros ambientes venham habitar o local.

Seja a infestação de origem interna ou externa ao ambiente hospitalar, para que o problema possa ser diagnosticado e devidamente controlado, a sugestão de Oliveira é que todo o estabelecimento seja monitorado periodicamente, sendo que as estratégias de controle devem ser aplicadas de acordo com o local e com o tipo de infestação observada. No entanto ainda que a origem da infestação seja principalmente externa, as medidas de higiene dentro das instalações clínicas ajudam a minimizar o problema.

Tendo em vista que determinadas áreas são mais propensas a desenvolverem uma infestação em relação a outras, há uma periodicidade recomendada para melhor eficiência na identificação e controle dos insetos.

É importante, contudo, lembrar que estas são sugestões. São elas:

- Mensalmente, áreas críticas como cozinhas, copas, despensas e redes de esgoto devem ser desinsetizadas;
- Áreas de cuidados com os pacientes como enfermarias, apartamentos, centros cirúrgicos, CTIs, Pronto Socorro e consultórios médicos devem ser inspecionados quinzenalmente,
- Setores administrativos devem passar por inspeção a cada dois meses.
- O controle citado acima é, na maioria das vezes, realizado com os materiais menos agressivos possíveis, como géis baraticidas e formicidas, ratoeiras, entre outros. Se por alguma eventualidade for necessário um controle químico mais eficiente no ambiente hospitalar, certas medidas devem ser tomadas visando garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas ativa ou passivamente no processo, tais como:
- Ações de controle químico devem ser de conhecimento da Diretoria Administrativa, que, por sua vez, informará aos setores os horários e locais que serão desinsetizados ou desratizados;
- É indispensável a prescrição do produto em formulário próprio, com o devido detalhamento do processo de aplicação pelo referido responsável técnico.

Planejamento – Controle de Pragas	
Contratação Empresa Especializada em Controle Integrado de Pragas conforme RDC 18 e RDC 52	**Visitas semanais para combate preventivo às pragas.**

5.5.3 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT :

conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

5.5.4 Serviços de Farmácia:

deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

5.5.5 Serviço de Nutrição e Dietética – SND:

o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

5.5.6 Serviço de Lavanderia:

a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

5.5.7 Central de Material e Esterilização – CME:

a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

5.6 Padronização De Medicamentos E Materiais Médicos Hospitalares

5.6.1 Da Padronização De Medicamentos

A seleção de medicamentos para a padronização é baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões bibliográficas sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão.

Inclui-se aos critérios para a padronização:

- Designação genérica (DCB), e, na sua ausência, a denominação comum internacional (DCI);
- Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se (sempre que possível) as associações, exceto as que forem necessárias;
- Padronizar medicamentos, considerando o menor custo para aquisição, armazenamento, dispensação e controle, desde que resguardada a sua qualidade;
- Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;
- Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na dispensação;
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando a comodidade para administração, faixa etária, facilidade da dose a ser administrada, facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
- Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indicação terapêutica.

Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da comissão e com notório saber da causa será convidado a participar de reunião para deliberação conjunta.

A seleção de medicamentos (inicial, inclusões e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados na Policlínica , será consenso da Comissão e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações oficializadas e atualizadas em documento próprio.

O corpo técnico da Policlínica terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização sempre que julgar necessário, mediante a aprovação da diretoria da especialidade solicitante atestada em formulário específico. Para a inclusão de medicamentos antimicrobianos será necessário o parecer da CCISS.

Solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos serão analisadas em plenária, conforme critérios estabelecidos, e o solicitante receberá sempre uma resposta da Comissão. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário de Solicitação de Inclusão ou Exclusão na Padronização.

5.6.2 Comissão De Padronização De Medicamentos E Materiais Médicos Hospitalares

5.6.2.1 Descrição da Finalidade

A Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica da Policlínica , que tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e equipamentos utilizados dentro da Policlínica, garantindo que tudo o que é utilizado na Policlínica está dentro do que é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Entende-se por Material Médico-Hospitalar, os artigos de consumo implantáveis, órteses, próteses, artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que por ventura forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Considerar-se á material permanente todo aquele que tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóveis, computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares visa identificar e simplificar, reduzindo variedades eliminando excessos e conseguindo economicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o **uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar**. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementada por uma elaboração de

revisão de uma padronização de medicamentos. O processo de seleção de medicamentos em umo Hospital deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de baixo custo.

5.6.2.2 Constituição Básica e Regimento Interno Constituição Básica

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos será composta por equipe contendo, no mínimo, profissionais indicados pela Direção da Policlínica das seguintes unidades: Diretoria, SCCIH, Farmácia, Enfermagem, Suprimentos, Engenharia Clínica e Unidade de Saúde do Trabalhador e por profissional indicados pela Diretoria Executiva do Instituto CEM.

REGIMENTO INTERNO

Art. 1º. Os membros da Comissão desenvolverão seus trabalhos com o auxílio dos técnicos das unidades relacionadas aos medicamentos, insumos, equipamentos e mobiliários sob avaliação, desenvolvendo, se o caso, ações conjuntas com estes.

Art. 2º. É competência exclusiva da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários:

3.4.6.1.1.1. Padronizar os medicamentos pelo princípio ativo, conforme Determinação Comum Brasileira e de valor terapêutico comprovado, excluindo-se sempre que possível as associações;

3.4.6.1.1.2. Padronizar as formas farmacêuticas, apresentações e dosagens, considerando:

3.4.6.1.1.2.a. A comodidade para administração a pacientes,

3.4.6.1.1.2.b. A facilidade para cálculo de dose a ser administrada e,

3.4.6.1.1.2.c. A facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;

3.4.6.1.1.3. Padronizar materiais de consumo hospitalar sempre pela descrição genérica e detalhada do item;

3.4.6.1.1.4. Assegurar a qualidade considerando o menor custo diário e total do tratamento, resguardada a qualidade, bem como a facilidade na aquisição, armazenamento, dispensação e controle;

3.4.6.1.1.5. Elaborar a lista de medicamentos, materiais de consumo hospitalar e equipamentos médico-hospitalares

padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

3.4.6.1.1.6. Rever e atualizar periodicamente a lista de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados;

3.4.6.1.1.7. Analisar a relação custo/benefício nos processos de inclusão e exclusão de medicamentos e produtos afins da padronização;

3.4.6.1.1.8. Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos a medicamentos e materiais incluídos ou excluídos da padronização;

3.4.6.1.1.9. Estabelecer critérios para a inclusão e exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares na padronização;

I. Auxiliar na farmacovigilância dos medicamentos, juntamente com as áreas envolvidas, visando obter dados farmacológicos e clínicos relativos aos novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso na Policlínica ;

II. Avaliar impacto financeiro da inclusão ou exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos nas despesas hospitalares;

III. Estabelecer o uso de Protocolos de Consenso Clínico para medicamentos e materiais de alto custo, quando necessários.

Art. 3º. Os membros e o coordenador da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários serão indicados pelas Diretorias da Policlínica nomeados através de Portaria, da Diretoria Executiva do Instituto CEM , para mandatos de 02 (dois) anos, renováveis por mais 01 (um) período idêntico.

Parágrafo único. A Coordenação da Comissão caberá ao representante da Diretoria da Policlínica.

Art. 4º - A Comissão realizará reuniões fixas bimestrais, ou sempre que necessário através de convocação extraordinária contendo a data da reunião e pauta.

Parágrafo primeiro. Será lavrada Ata de toda reunião realizada, arquivadas em pasta própria.

Art. 5º. As solicitações de padronização de medicamentos, insumos, equipamentos ou materiais deve ser efetuada através de impresso próprio.

Art. 6º. A Coordenação da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários definirá o prazo para emissão de pareceres, seguindo critérios de prioridade e complexidade.

Art. 7º. O parecer exarado pela Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários será encaminhado para a Diretoria Técnica ou Administrativa para ratificação.

5.6.2.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA															
ATIVIDADE	01	02	03	04	05	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores e secundários e outros														
Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;														

Verificação da prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição	
Inspecionar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e suficiência dos equipamentos, para suprir a demanda da Policlínica	
Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico.	
Garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	

5.7 Critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza e vigilância

Para contratação de serviços de terceiros, será utilizado modelo / regulamento de compras e contratações os quais também se direcionam aos serviços de limpeza e vigilância, conforme modelo abaixo.

5.7.1 Regulamento De Compras E Contratações

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, quando na gestão de recursos publicitados, do Instituto CEM, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

Art. 2º - As compras e contratações realizadas pelo Instituto CEM , deverão ser processadas e julgadas em estrita conformidade com os princípios básicos da

legalidade, da impessoalidade, da boa-fé, da isonomia, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, eficiência e economicidade e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Art. 3º - As compras e contratações não serão sigilosas, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento, salvo quanto ao conteúdo das propostas até a data de sua respectiva abertura, sendo garantida a ampla divulgação e a participação do maior número possível de interessados.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I. Compras – toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;

II. Contratações – contratação de todo e qualquer serviço, para execuções de forma

III. imediata ou parceladamente, não compreendidas em obras e serviço de engenharia;

IV. Reformas, Serviços Comuns de Engenharia e Arquitetura e Obras – toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais e empresas das áreas de engenharia, arquitetura e outras afins;

V. Alienação – todo e qualquer procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens patrimoniais;

CAPÍTULO III

DAS MODALIDADES, LIMITES E PROCEDIMENTOS

Art. 5º - São modalidades de compras e contratações em geral:

I. **Compras Diretas ou Contratações Diretas –** terão início com o recebimento da solicitação de compra ou contratação, elaborado em formulário próprio ou via Sistema, devendo ser assinado pelo responsável do setor requisitante, contendo a descrição pormenorizada do material, ou seja, do bem a ser adquirido ou serviço a ser contratado, especificação técnica, qualidade

desejada, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, prazo e local de entrega ou execução, bem como, demais condições que forem necessário para atender a demanda;

a. Os procedimentos de compras ou contratações deverão ser definidos em sendo de **ROTINA** ou **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, cada qual elaborado em seu respectivo formulário próprio de solicitação;

b. Considera-se de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** as aquisições de bens ou serviços de usos esporádicos ou excepcionais, com imediata necessidade de utilização, ou seja, aquelas que sejam imperiosas às atividades desenvolvidas, impondo a demora nas aquisições em danos às pessoas / usuários ou ao patrimônio, não podendo caracterizar falta de planejamento, bem como ser precedida de pesquisa mercadológica com orçamentos que demonstrem a compatibilidade com preço de mercado;

c. O setor solicitante deverá justificar a necessidade de se contratar serviços e adquirir materiais ou bens em regime de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**;

d. O Setor de Compras, após consultas técnicas, poderá dar aos procedimentos de compras ou contratações o regime de **ROTINA**, caso conclua não estar caracterizada a situação de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, devendo informar o requisitante dessa decisão;

II. **Pedido de Cotação Presencial -** é a modalidade de compras e contratações entre quaisquer interessados que comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto, podendo disputar lances com demais concorrentes. Os Pedidos de Cotação Presencial terão seus avisos de Edital publicados no Site do Instituto CEM, em jornais de grande circulação nos casos de aquisições/contratações com valores estimados acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Diário Oficial.

a. A modalidade de Pedido de Cotação Presencial poderá ser utilizada para qualquer valor estimado, e será realizada por Comissão Especial, composta de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às compras e/ou contratações.

b. A publicação de que trata o inciso II se dará com antecedência mínima de 03 dias úteis para a apresentação das propostas, sendo que na contagem do prazo considerar-se-á como dia inicial o da publicação.

c. Após realizada a compra/contratação por meio de pedido de cotação presencial, deverá ser, ainda, publicado no site do Instituto CEM o resultado contendo o objeto, o fornecedor, as quantidades, vigência e o valor unitário contratado.

III. **Alienações –** procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens móveis, cujos recursos advindos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão, que serão definidos de acordo com o artigo 32 deste regulamento, na forma abaixo:

a. Solicitação de alienação devidamente justificada pelo setor requisitante;

b. Aprovação, por 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração, acerca do pedido de alienação;

c. Avaliação de mercado do bem móvel a ser alienado, com 3 (três) diferentes cotações;

d. Anuência do Poder Público Estadual;

e. Elaboração de Edital de Alienação;

f. Publicação do Aviso do Edital de Alienação com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência da abertura do certame, no sitio eletrônico do Instituto CEM, , em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Diário Oficial;

g. Recebimento de Propostas;

h. Ata de realização do procedimento e escolha da melhor proposta;

i. Publicação do resultado;

j. Homologação do certame;

k. Assinatura do contrato.

§ 1º – Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos integrais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos neste regulamento, ficando a critério do Instituto CEM estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir, devendo estes serem publicados, no sitio eletrônico do Instituto CEM, em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Diário Oficial, da seguinte forma:

a. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso I deste regulamento, terão seus avisos publicados no sitio eletrônico e, quando julgado necessário também no Placar do Instituto CEM, com antecedência mínima de 03 dias úteis, do recebimento das propostas;

b. As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso II deste regulamento, além de terem seus avisos publicados no sitio eletrônico, em jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também no Diário Oficial;

c. Caso haja necessidade de uma maior divulgação com vistas a buscar um número maior de fornecedores, independente do valor, os Avisos poderão ser publicados em jornais de grande circulação regionais e/ou nacionais.

§ 2º - Será publicada, no sitio eletrônico do Instituto CEM, a relação de todas as compras ou contratações realizadas, contendo os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência e valores unitários, devendo ser mantida permanentemente no site e atualizada mensalmente.

Art. 6º - Os procedimentos de compras ou contratações, na forma estabelecida neste regulamento, obedecerão às seguintes condições e limites:

I. Compras ou Contratações Diretas com valor estimado de até R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), deverão ser precedidas de justificativa do setor solicitante, e processadas com pesquisa de mercado, com no mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, que poderão ser obtidas preferencialmente por meio de plataforma eletrônica ou propostas protocoladas no setor de compras, encaminhadas via fax ou e-mail, onde em qualquer das hipóteses deverão ser registradas em mapa de cotação, desde que respeitadas as regras de publicidade prévia, com divulgação

no site e, quando julgado necessário também no Placard do Instituto CEM;

II. Compras ou Contratações, deverão ser precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante;

III. Compras e contratações com valores acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) deverão ser precedidas de publicação no site, além de jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também, no Placard e/ou Diário Oficial;

IV. Em casos de urgência/emergência, quando não for possível realizar no mínimo 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, a autoridade superior poderá autorizar as compras ou contratações com o número de cotações que houver, mediante justificativa escrita devidamente fundamentada por técnico responsável e/ou chefe do Setor e com o aval da Diretoria Administrativa, conforme o caso.

Parágrafo Único - Entende-se como casos de urgência/emergência: quando a entrega do produto ou serviço não puder aguardar ou repetir o procedimento sem causar prejuízo ao paciente ou ao Contrato de Gestão ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, exceto simples falta de material no estoque e/ou falta de planejamento, desde que haja a efetiva comprovação de que o preço proposto é o praticado no mercado a partir de notas fiscais, publicações ou por valores estabelecidos nas diversas câmaras de regulação oficiais.

a. Em caso do uso do dispositivo anterior para burlar as normas e rotinas deste regulamento, bem como para facilitar os procedimentos de compra ou contratação com vistas a favorecer algum fornecedor, ensejará na abertura imediata de procedimento de sindicância para apuração dos fatos e atribuição de responsabilidades, podendo, após comprovada a infração e obedecido o princípio do contraditório e da ampla defesa, ensejar a demissão por justa causa do funcionário celetista. Se o envolvido se tratar de servidor público, será obedecida as disposições contidas na legislação vigente.

II. Compras ou Contratações de pequeno vulto, por meio de concessão de adiantamento a ser concedido pela autoridade superior por Portaria ou ato próprio, assim consideradas aquelas cujo valor total não ultrapasse R$ 4.000,00 (quatro mil reais),

sendo vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações, nas condições abaixo:

a. Será concedido prazo de execução para utilização do mesmo, podendo ser prorrogado – o seu prazo e valor residual – por igual período, contudo, a apresentação da prestação de contas dos gastos deverão ser feitas à Diretoria Administrativa até o 5º dia do mês subsequente à sua utilização;

b. As despesas deverão ser comprovadas por meio de Nota Fiscal, ou documento fiscal equivalente, em nome e/ou CNPJ/MF do Instituto CEM, devidamente atestado, inclusive, pelo solicitante do produto / serviço, devendo, ainda, apresentar no campo "informações adicionais" o número do Contrato de Gestão a que se refere, juntamente com a justificativa da compra / contratação, além de outros meios de comprovação. A utilização e prestação de contas dos adiantamentos deverão seguir o estudo realizado através dos Autos 2070000018;

c. As aquisições / contratações deverão ser precedidas de consulta ao mercado, com a indicação de 3 (três) orçamentos de preço, apresentadas na prestação de contas por meio de relatório/planilha;

d. Fica vedada a aquisição de qualquer bem de caráter permanente por meio de processo de concessão de adiantamento;

e. Eventuais saldos remanescentes e não utilizados deverão ser devolvidos ao final do período de concessão;

f. Fica vedada a concessão de 2 (dois) adiantamentos de uma mesma fonte de recursos, para um mesmo profissional simultaneamente, ou caso persistam pendências em prestações de contas anteriores.

g. Deverá ser realizada, no sítio eletrônico do Instituto CEM, a publicação posterior das compras e/ou contratações deste inciso, contendo no mínimo o nome do fornecedor contratado, valor, vigência (se for o caso) e objeto.

Art. 7º - Os procedimentos de compras e contratações, de urgência/emergência ou de rotina, compreendem o cumprimento das seguintes etapas:

I. Pedidos de compras e/ou contratações de serviços elaborados em formulário e/ou via Sistema próprio,

II. Autorização dos procedimentos de compras ou contratações pela autoridade superior ou a quem for delegado.

   a. Não sendo autorizado, será noticiado o fato ao setor solicitante via respectiva Diretoria, podendo, posteriormente, os processos serem arquivados ou reabertos em data oportuna, conforme realidade financeira do Contrato de Gestão e/ou demanda do projeto em execução;

   b. Sendo autorizados os procedimentos de compras e/ou contratações, serão emitidas pelo Setor de Compras as respectivas autorizações, ordem de compra ou instrumentos contratuais, conforme o caso;

   c. As autorizações de fornecimento deverão ser assinadas pelo setor de compras em conjunto com a Diretoria Administrativa e pela autoridade superior, porém, os instrumentos contratuais que regularão a entrega de produtos ou serviços, de forma parcelada ou de objeto específico, deverão ser assinados pela autoridade superior, em conjunto com a Assessoria Jurídica;

III. Solicitações de orçamentos elaboradas pelo setor de compras, conforme especificações e condições contidas no termo de referência que, para os casos de rotina, deverão ser publicadas previamente nos termos deste regulamento, podendo, ainda, ser disponibilizados em plataforma eletrônica de compras, garantindo a divulgação prévia a todos os interessados e a obtenção de orçamentos de empresas com observância de critérios impessoais definidos neste regulamento, cuja abertura de prazo será de, no mínimo, 3 (três) dias úteis de antecedência para aquisições e/ou contratações de rotina;

IV. Apuração da proposta mais vantajosa, verificando o atendimento às condições explicitadas no termo de referência e documentações solicitadas, contendo, no mínimo: CNPJ, nome comercial, endereço, especificação técnica, valor expresso, prazo de entrega, condições de pagamento, prazo de validade ou de garantia, bem como comprovação de regularidade fiscal (CND junto ao INSS, FGTS, fazendas públicas Federal e do Estado de Goiás) e trabalhista (Justiça do Trabalho), etc;

V. Apresentação pelo setor de compras, do mapa ou relatório eletrônico de cotação contendo as razões da escolha do(s) fornecedor(es), demonstrando os participantes do procedimento

adotado e os valores ofertados, bem como a declaração do vencedor que apresentar a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração, além dos valores, os fatores / critérios estabelecidos neste regulamento;

VI. Publicação do resultado no site, contendo: os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência (se for o caso) e valores unitários contratados.

Art. 8º - O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes da seleção, considerando a idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

§1º - Para fins do disposto no "*caput*" deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além dos termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

I. Qualidade do produto / serviço;

II. Durabilidade do produto / serviço;

III. Custos para operação do produto / serviço, eficiência e compatibilidade;

IV. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

V. Custo de transporte e seguro até o local da entrega;

VI. Prazo de entrega;

VII. Forma de pagamento;

VIII. Disponibilidade de produtos / serviços;

IX. Eventual necessidade de treinamento de pessoas;

X. Assistência técnica;

XI. Garantia dos produtos / serviço;

XII. Análise Técnica.

§2º – Fornecedores com histórico de má prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos em desacordo com o solicitado poderão perder o direito de contratar com o Instituto CEM , mediante fundamentações e respectivo registro no Formulário de Avaliação de Fornecedores;

Art. 9º – As autorizações de fornecimento ou ordens de compra, correspondem aos contratos formais efetuados com os fornecedores, que após executarem / entregarem o objeto, quitação e contabilização das despesas, encerrarão os procedimentos de compras ou contratações, devendo representar fielmente todas as condições em que foram realizadas.

Art. 10 – Para fins de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do Instituto CEM, os recebimentos dos bens e materiais serão realizados na forma de regulamentação própria, ressaltando que para os bens móveis adquiridos com recursos provenientes do contrato de gestão com o Poder Público, além dos mesmos destinar-se exclusivamente à execução do respectivo ajuste, a organização social oficiará sua aquisição ao órgão supervisor com o fito de atender o disposto no artigo 9º da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 11 **–** No caso de aquisições e contratações cujos produtos ou serviços tenham caráter exclusivo, ficam dispensados os procedimentos previstos no Art. 6º do presente regulamento.

§1º **–** O Setor de Compras deverá realizar as consultas necessárias para comprovar a exclusividade do fornecedor, mediante apresentação de documentação comprobatória, tais como pesquisas, cartas, declarações e atestados emitidos pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a contratação / aquisição, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes que deverá apresentar documento original ou cópia autenticada, ou autenticação do Setor de Compras mediante o original, do órgão próprio, devendo, ainda, demonstrar que o preço pago é o praticado no mercado através da apresentação de Notas Fiscais de contratações com outros clientes, com objeto idêntico, considerando, ainda, a qualidade e quantidade, sendo vedada, para a declaração de exclusividade do fornecedor, a indicação de preferência de marca do produto.

§2º **–** Nos casos em que não for possível demonstrar fielmente o mesmo tipo de contratação / aquisição, deverá se comprovar a impossibilidade, podendo-se fundamentar o preço com contratações similares, considerando a qualidade e quantidade, em cumprimento aos princípios da boa fé, da probidade e da economicidade.

Art. 12 **–** Para efeitos do presente regulamento, considera-se inviabilidade de competição, devidamente comprovada, nos seguintes casos:

I. nas contratações de serviços com empresa ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros

requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;

II. na contratação de profissional de qualquer setor artístico;

III. para participação do Instituto CEM em feiras, exposições, congressos, seminários e eventos em geral, relacionados com o Contrato de Gestão;

IV. Na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo.

Parágrafo Único – Para os casos acima, ficarão também dispensados os procedimentos previstos Art. 6º do presente regulamento, sendo necessária comprovação de compatibilidade dos preços com os praticados no mercado, por meio de notas fiscais ou equivalentes de outras contratações, bem como publicação posterior do resultado no sítio eletrônico do Instituto CEM, contendo: fornecedor, objeto, vigência (se for o caso), quantidades e valores unitários contratados.

CAPÍTULO IV

DOS SERVIÇOS TÉCNICO PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Art. 13 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

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

II. pareceres, perícias e avaliações em geral;

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

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

V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VI. treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII. restauração de obras de arte e bens de valor histórico.

Art. 14 – O Setor de compras deverá selecionar criteriosamente o(s) prestador(es) de serviços técnico-profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Parágrafo Único **–** Para as contratações previstas neste capítulo, poderá a autoridade superior nomear comissões para a realização de análise da documentação apresentada em que fique comprovada a inviabilidade de

competição, bem como a justificativa de preço de acordo com o previsto no parágrafo 1º, do artigo 11, deste regulamento.

CAPÍTULO V

DA DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE

Art. 15 – Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados, no que couber, através da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, os seguintes documentos:

I. Pessoa Física:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);	**Sim**
b) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débito da Fazenda Pública do Estado de Goiás;	**Sim**
c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	**Sim**
d) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT.	**Sim**

II. Pessoa Jurídica:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Jurídicas (Cartão CNPJ/MF)	**Sim**
b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	**Sim**
c) Prova de regularidade para com o Estado de Goiás, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais	**Sim**
d) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos ao FGTS	**Sim**

e) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Previdenciários, emitida pelo INSS	**Sim**
f) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT	**Sim**
g) Contrato Social ou Estatuto com suas respectivas alterações	**Sim (quando aplicável)**
h) Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária	**Sim (quando aplicável)**
i) Certificado de Boas Práticas de Produção, Armazenamento ou Transporte, conforme o caso	**Sim (quando aplicável)**
Atestado(s) de Capacidade Técnica	**Sim (quando aplicável)**
Registro Profissional na Entidade Competente da Empresa e/ou de seu Responsável Técnico de acordo com a especificidade do objeto	**Sim (quando aplicável)**
Visita Técnica na Sede ou Posto(s) de Trabalho da Empresa Participante	**Sim (quando aplicável)**
Documento que comprove o atendimento de cumprimento de normas (RDCs, dentre outras) e legislações, de acordo com a especificidade do objeto licitado	**Sim (quando aplicável)**

III. Ainda para contratação de prestadores(as) de serviços, além da documentação acima indicadas, deverão ser apresentados:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipais	**Sim (quando aplicável)**
b) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais	**Sim**

§2º – A indisponibilidade de qualquer um dos documentos citados com obrigatoriedade poderá ser considerado critério para desclassificação do fornecedor ou da proposta;

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Art. 17 – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

§ 1º - Os contratos terão prazo determinado, podendo ser prorrogados mediante justificativa prévia, até o limite de 60 (sessenta meses), desde que comprovada a vantajosidade na manutenção da avença;

§ 2º - Os contratos poderão sofrer eventuais alterações, previamente justificadas, alterações estas que ocorrerão na forma de termos aditivos, não podendo, todavia, haver descaracterização do objeto e do valor inicialmente contratado, devendo ser observado o indicador oficial de correção monetária para aplicação, se for o caso, considerando-se a periodicidade mínima de 12 meses para reajuste;

§ 3º – Nas compras por meio eletrônico, incluindo OPME, deverão ser utilizados o contrato padrão da plataforma, devendo fazer opção pelos documentos estabelecidos por este Instituto.

Art. 18 – A critério da autoridade superior, em cada caso e desde que previsto no instrumento convocatório, poderá ser exigida a prestação de garantia nas compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, cabendo ao contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

I. Caução em dinheiro;

II. Fiança bancária;

III. Seguro-garantia.

§ 1º - A garantia a que se refere o *caput* deste artigo não excederá a 5% (cinco) por cento do valor do contrato e terá seu valor atualizado nas mesmas condições daquele;

§ 2º - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente, conforme índices praticados em poupança bancária;

§ 3º - Nos casos de reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, o instrumento convocatório poderá fixar a modalidade de garantia dentre os elencados anteriormente.

Art. 19 – O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório (que estipulará os limites, bem como vedação à possibilidade de subcontratação total do objeto), no respectivo contrato e mediante prévia autorização do Instituto CEM, observando-se que, quando concedida autorização para subcontratação a terceiros, o subcontratado deverá ter inteira obediência aos termos do contrato original e sob a inteira e exclusiva responsabilidade da contratada, sendo vedada a subcontratação com fornecedor que tenha participado do mesmo procedimento de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras;

Art. 20 – As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos e/ou apostilamento, na forma da legislação vigente;

Art. 21 – A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, ou mesmo recusar-se a executar o que já havia sido contratado / autorizado, dentro do prazo

fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao fornecedor as seguintes penalidades:

I. perda do direito à contratação;

II. perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;

III. suspensão do direito de fornecer / contratar com o Instituto CEM , por prazo não superior a 02 (dois) anos;

Art. 22 – O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas, ou oferecimento de vantagens pessoais a qualquer profissional do Instituto CEM, ou corrupção de qualquer natureza, dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório da compra / contratação, inclusive a de aplicar pena de suspensão do direito de contratar com o Instituto CEM , por prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo da adoção de demais instâncias judiciais.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23 – Para as contratações de Soluções de Tecnologia da Informação e aquisição de objetos e equipamentos de informática, no âmbito dos contratos de gestão, também deverão seguir as normas e procedimentos previstos neste regulamento.

Art. 24 – O Instituto CEM poderá realizar, bem como aderir às Atas de Registro de Preços realizadas pela administração pública e pelas entidades públicas ou privadas do terceiro setor, com vistas a buscar propostas mais vantajosas, desde que precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante, processados com pesquisa de mercado e, deverá ser autorizada pela autoridade superior;

Art. 25 – As compras e contratações previstas nos Incisos I e II, do Art. 6º, terão os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios publicados nos termos do §1º do art. 5ºdeste Regulamento, ficando a critério do setor de compras ou por determinação da autoridade superior estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir.

Parágrafo Único- As compras e contratações de urgência/emergência devidamente justificadas ficam dispensadas do cumprimento de prazo para publicação do Aviso contendo o resumo dos instrumentos convocatórios.

Art. 26 – Além das vedações previstas no art. 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005, o Instituto CEM não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Parágrafo Único - Não será permitido o conflito de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras e contratações;

Art. 27 – Os instrumentos convocatórios deverão assegurar o Instituto CEM o direito de cancelar a compra ou contratação, antes de assinado o contrato ou instrumento equivalente, desde que justificado;

Art. 28 – Na contagem dos prazos estabelecidos no presente regulamento, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

Parágrafo único - Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste Regulamento em dia de funcionamento da Sede Administrativa do Instituto CEM.

Art. 29 – As disposições deste Regulamento poderão ser modificadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada.

Art. 30 – Para fins do presente regulamento considera-se autoridade superior a Diretoria do Instituto CEM, ou a quem a mesma delegar oficialmente tais poderes.

Art. 31 – A destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pelo Instituto CEM com recursos públicos, será vinculada exclusivamente, a execução do(s) contrato(s) de gestão firmado(s).

a. São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

b. Quanto à alienação dos bens móveis, ficam estas condicionadas à anuência do poder público estadual;

c. Quanto à aquisição dos bens imóveis, ficam estes condicionados à autorização do órgão ou da entidade estatal parceira, com a ratificação do Chefe do Poder Executivo;

d. Todos os recursos advindos das alienações deverão ser investidos no desenvolvimento das atividades do contrato de gestão;

Art. 32 – No caso de extinção ou desqualificação do Instituto CEM, **a**s doações e legados que lhes forem destinados pelo Poder Público, através de Contratos de Gestão firmados com o mesmo, bem como os excedentes financeiros decorrentes das atividades destes e as doações realizadas por terceiros em decorrência dos mesmos, serão incorporados ao patrimônio público ou a outra organização social;

Art. 33 – Todos os documentos fiscais resultantes das contratações e aquisições realizadas pelo Instituto CEM deverão ser identificados com as referências do Contrato de Gestão e da unidade de saúde atendida, solicitando ao fornecedor incluí-las no campo "*informações adicionais*" da nota fiscal;

Art. 34 **–** Os casos omissos serão resolvidos pela autoridade superior, sob assistência da assessoria jurídica, com base nos princípios gerais da administração;

Art. 35 **–** Os valores estabelecidos no presente Regulamento, se necessário, serão revistos e atualizados pela autoridade superior mediante deliberação do Conselho de Administração;

Art. 36 – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação na imprensa oficial, revogadas as disposições em contrário.

É obrigatório anexar:

- Textos que comprovem a sequência de estudos realizados desde quando se administrou a substância pela primeira vez, até

quando foram obtidos dados sobre sua eficácia e segurança terapêutica;

- Literatura ou trabalhos científicos;
- Referências bibliográficas;
- Pesquisas farmacológicas.

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES:

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde

6.1.1 Da Proposta

Esse manual de implantação do serviço de Projetos Assistências de Saúde e/ou Assistências das Unidades Policlínicas Estaduais/Hospitais Estaduais tem o objetivo de apresentar informações sobre implantação, operacionalização do serviço, demonstrando as fase de implantação, cronograma e resultados esperados para a unidade hospitalar/ambulatorial sob gerenciamento do Instituto CEM e SES/GO.

Há muito se discute sobre o tema ***humanização e Assistência à Saúde*** e, a areal necessidade de humanizar o cuidado, a assistência, a relação com o usuário do serviço de saúde. O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, hoje, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações para formulação da política pública de saúde, Nesse sentido, justifica-se a reflexão sobre a humanização, que deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente.

Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

Ao apresentar essa proposta, o ***Instituo CEM*** em parceria com o ***Estado de Goiás*** coloca que a dimensão humana é subjetiva, está inserida na base de toda

intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas e, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos Hospitais/Policlínicas.

Espera-se com a implantação do referido ***Programa***, a oferta ***Projetos*** que venham e façam promoção de tratamentos dignos, solidários e acolhedores por parte dos que atendem o usuário não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania. Para que os profissionais que atuam nos hospitais/Policlínicas possam assim, oportunizar e resgatar do verdadeiro sentido de suas práticas, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde.

Como todo trabalho, esse é produzido por sujeitos produtores de subjetividade. Não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se (re)valorize. É seu objetivo fundamental resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital/Policlínicas com a comunidade.

6.1.2 Introdução

Diante da complexidade do processo saúde-doença, além do reconhecimento da cidadania como fundamental no enfrentamento da realidade socioeconômica e sanitária, ressaltamos a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde, do envolvimento da comunidade para cuidados sobre saúde, e que a implantação de projetos sociais, tem como objetivo promover a reflexão, conscientização de forma constante sobre cuidados de saúde, buscando melhorar qualidade vida e acesso à informação além do promover envolvimento junto à população

Acreditamos que esta deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nossa visão acerca da gestão da unidade saúde é que além da formação profissional e ou universitária é que esta deve impulsionar o desenvolvimento de competências específicas para a atuação profissional na área de saúde e, também, enfatizar preceitos éticos, técnicos e políticos, no sentido proposto pela Saúde Coletiva, caracterizada como um campo no qual se inscrevem as múltiplas dimensões indissociáveis do ser humano, para além dos fenômenos biológicos e orgânicos, considerando sua inserção no contexto **sócio histórico.**

Partindo destes pressupostos, apresentamos alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de viabilizar uma gestão mais humanizada, buscando atender os usuários SUS da Policlínica Regional - Unidade Goiás, colaboradores, bem como de oportunizar outras formas de tratamento aos agravos da população que busca o serviço da unidade.

6.2 PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E SOCIAIS

6.2.1 Descrição

A Humanização / Política Nacional de Humanização. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão."

Direção do Instituto CEM terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente - POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência , quanto do trabalho em saúde. Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença. A experiência mostra que uma infinidade de mal entendidos e dificuldades

enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS como instituição de ensino, pesquisa e assistência prestadora de serviços à comunidade, tendo como missão “Desenvolver , eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos, a pesquisa na área de saúde e a assistência”, respondendo às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás, constituir- se como referência para áreas específicas, propõe um Programa de Humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente hospitalar é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos fí sicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites.

Humanizar é portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, está ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

O Instituto CEM tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade. Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe. Ou levando sua proposta ou ideia até a comissão, para discussão e viabilização da mesma.

A comissão em suas reuniões semanais está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política. Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos na Instituição para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.

Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe (...) como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Eixo das Instituições do SUS: eixos da gestão do trabalho (propõe-se à promoção de ações que asseguram a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação , o auto desenvolvimento e o crescimento profissional eixo do financiamento, eixo da atenção, eixo da educação permanente, indica- se que a Política Nacional Humanização conteúdo profissionalizante na graduação, pós graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e as instituições de formação, eixo da informação /comunicação, indica- se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da Política Nacional de Humanização, eixo da gestão da Política Nacional de Humanização, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada ás necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

6.2.2 Metodologia

Será instituída pelo Instituto CEM a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho:

- Levantamento das iniciativas, promovendo a integração das mesmas;
- Realização de Oficinas e Seminários; para traçar o Plano de ação na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .
- Elaboração das diretrizes para sistematização do Programa;
- Divulgação da Política Nacional de Humanização e sensibilização dos diversos atores desta Instituição.
- Liderar o processo de humanização na Policlínica Regional - Unidade GOIÁS .
- Promover uma ação conjunta da alta administração da Policlínica Regional - Unidade GOIÁS e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.

- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores. Promover fluxo de propostas e deliberações.
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

6.2.3 Proposta Para Implantar – Geriatria Em Ambulatório

Implantar equipes de Geriatria capacitadas para prestar atendimento com excelência aos idosos, com serviço humanizado e multiprofissional.

A estrutura proposta composição com Médicos Geriatras para acompanhamento dos pacientes desde o Pronto-Socorro e atendimento ambulatorial, garantindo uma linha de cuidado completa e abrangente, de acordo com as necessidades e complexidades exigidas pelos pacientes idosos.

Com o acompanhamento ambulatorial, ofereceremos tanto o tratamento de doenças crônicas como a prevenção e o controle de saúde com qualidade de vida, promovendo o envelhecimento saudável.

O Instituto CEM, com o objetivo de atender seus pacientes dentro das melhores práticas, propõe que o paciente idoso, ao dar entrada, seja atendido pelo Geriatra até o recebimento da alta, realizando a Avaliação Geriátrica Ampla. Desta forma, o médico fica responsável pelos encaminhamentos e análises necessárias para este paciente, possibilitando a visão global de cada caso e diminuindo o período de tratamento dentro da Policlínica Regional - Unidade Goiás. Ao passar pelo PS, o idoso é direcionado diretamente para o Geriatra, e em casos de internação, terá uma equipe multidisciplinar empenhada em sua recuperação e restabelecimento da sua saúde.

O atendimento Geriátrico é prestado ambulatorial diariamente, oferecendo tratamentos para doenças crônicas, com alta complexidade, além da prevenção, promovendo a qualidade de vida, sempre ativos e saudáveis

6.2.3.1 Avaliação Multidimensional Do Idoso

DA APRESENTAÇÃO

À medida que avança o envelhecimento populacional, cresce o desafio de oferecer à população idosa os cuidados adequados para a atenção à sua saúde, pois há diversas particularidades que devem ser conhecidas e consideradas.

Apresentamos os princípios e instrumentos da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso, processo de trabalho que deverá fundamentar a Atenção Integral à Saúde do Idoso. Complementando as capacitações realizadas em todo o Estado, deve estar disponível em todos os pontos de atenção da Rede, subsidiando a prática diária de nossos profissionais. Ao lançar este recurso, pretendemos contribuir para que se alcance a meta final do envelhecimento ativo, com qualidade de vida e manutenção da independência e autonomia pelo tempo máximo possível.

Em atenção a portaria n 2.528 de19 de outubro de 2006, a atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Bem-estar é um termo geral que engloba o universo

Bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006). Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais (Figura 01):

Cognição: é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano.

Humor: é a motivação necessária para atividades e/ou participação social.

Inclui, também, outras funções mentais como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento.

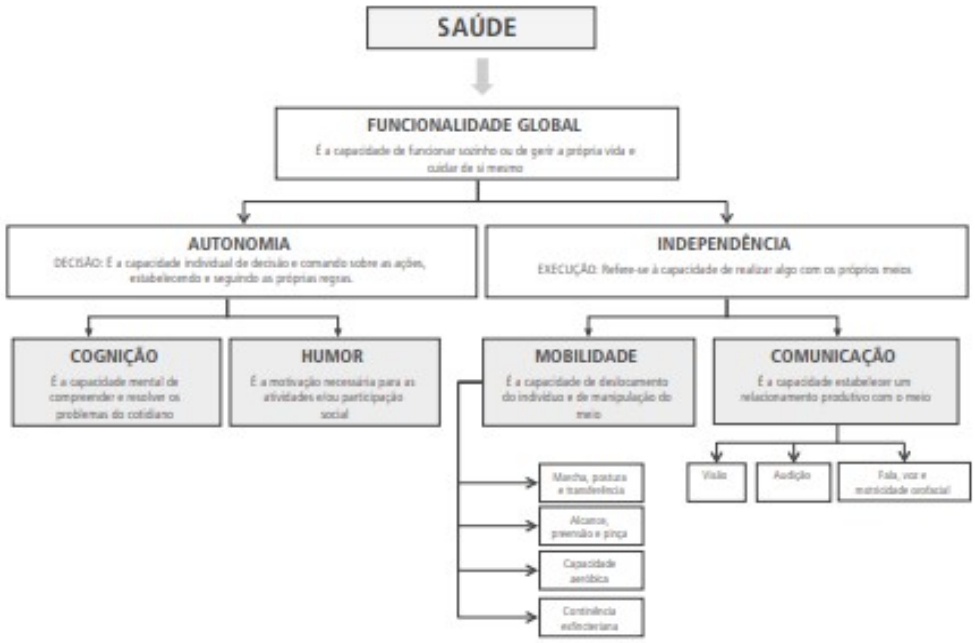
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:

Aspectos Conceituais

Mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura/marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfincteriana.

Comunicação: é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos

E está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial.



Avaliação Multidimensional Do Idoso

A avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), os componentes da saúde são a funcionalidade e a incapacidade. Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social. As funções do corpo são as funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade. A perda dessa função provoca um nível de incapacidade denominado deficiência (perspectiva corporal da incapacidade). Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade. A limitação das atividades é a dificuldade que um indivíduo pode ter na execução de uma atividade. Participação é o

envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real. Representa a perspectiva social da funcionalidade.

Restrições da participação social são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações reais da vida (perspectiva social da incapacidade) (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Dessa forma, a revisão dos sistemas fisiológicos corresponde à avaliação da funcionalidade das estruturas e funções do corpo (deficiências), enquanto que a revisão das funções corresponde à avaliação das atividades (limitação) e da participação social (restrição).

6.2.4 Proposta Implantar Psicologia Para Gestantes

6.2.4.1 Introdução

A gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão.

Ao contrário do esperado, a literatura e a prática com gestantes e puérperas nos mostram que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e baixa, encontra na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. Normalmente, nessas fases, observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer, a qual poderá ser transitória ou irá se tornar crônica caso não sejam assistidas adequadamente. Esse conhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres.

Existem três distúrbios que são característicos do período puerperal. São eles a melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal, porém há também outros transtornos ansiosos como a ansiedade puerperal e o distúrbio de pânico pós- -parto. De modo geral, estas não são diagnosticadas nem tratadas adequadamente.

A manifestação clínica da DPP é igual à das depressões em geral: A pessoa sente uma tristeza muito grande de caráter prolongado, com perda de autoestima, perda de motivação para a vida, é incapacitante, requerendo na maioria das vezes o uso de antidepressivos.

É sabido que a DPP acontece com mulheres de todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Ela pode ocorrer com mulheres que desejam muito ter um filho, bem como com aquelas que não aceitam o fato de ter engravidado

6.2.4.2 Papel Da Psicologia Na Gravidez

A função dos psicólogos é buscar compreender o papel das funções mentais no comportamento individual e social, estudando também os processos fisiológicos e biológicos que acompanham os comportamentos e funções cognitivas.

A nossa proposta ampliar a área de atuação da Psicologia com foco na gestante atuando de forma preventiva, para auxilio e melhor desenvolvimento da Gestação.

6.2.4.3 Referencias

https://psicologiaacessivel.net/2015/10/09/o-papel-da-psicologia-na-gestacao-parto-e-pos-parto/

6.2.5 Proposta Implantar Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais

O Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais (é composto por equipe multidisciplinar, composta por médico, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e fisioterapeuta, que avalia pacientes portadores de necessidades especiais, tais como os que apresentam paralisia cerebral, autismo ou outras deficiências mentais, os encaminhando para clínicas credenciadas junto a Policlínica, que proporcionam intervenções terapêuticas interdisciplinares.

6.2.5.1 **Objetivo**

Oportunizar acesso e Acompanhamento de Pacientes Especiais integrando aos usuários/familiares e a população em geral.

Público Alvo: Usuários do SUS moradores do município de GOIÁS e que estejam utilizando os serviços da unidade.

Ações: A atuação do INSTITUTO CEM será por meio de palestras informativas sobre diversos temas, com enfoque nos cuidados e criação de grupos de acompanhamento de Pacientes Especiais integrando aos usuários/familiares e a população em geral.

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensalmente

6.2.6 Proposta Implantar Serviço de Medicina Física e Reabilitação

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação da Policlínica Regional - Unidade Goiás funcionará no turno matutino, das 07h às 12:30h de segunda a sexta-feira.

Atenderá as seguintes especialidades da fisioterapia:

Traumato-ortopédica

Reumatológica

Gerontológica

Esportiva

O tratamento é realizado por meio de solicitação médica e inicialmente será agendada uma triagem, que será feita no próprio Setor de Fisioterapia, mediante disponibilidade de horários.

Público alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e atividades em grupo, palestras, divulgadas por material imprenso.e por meio de mídia social.

Duração: mensal

Periodicidade: Anual

6.2.7 Proposta Implantar Serviço de Odontopediatria

Odontopediatria é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal da criança, a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde.

As áreas de competência para atuação do especialista em Odontopediatria incluem:

a) educação e promoção de saúde bucal, devendo o especialista transmitir às crianças, aos seus responsáveis e à comunidade, os conhecimentos indispensáveis à manutenção do estado de saúde das estruturas bucais;

b) prevenção em todos os níveis de atenção, devendo o especialista atuar sobre os problemas relativos à cárie dentária, à doença periodontal, às mal oclusões, às malformações congênitas e às neoplasias;

c) diagnóstico dos problemas buco-dentários;

d) tratamento das lesões dos tecidos moles, dos dentes, dos arcos dentários e das estruturas ósseas adjacentes, decorrentes de cáries, traumatismos, alterações na odontogênese e malformações congênitas; e,

e) condicionamento da criança para a atenção odontológica.

Público alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Duração: mensal

Periodicidade: Anual

6.3 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais

6.3.1 Da Proposta

Diante da complexidade do processo saúde-doença, além do reconhecimento da cidadania como fundamental no enfrentamento da realidade socioeconômica e sanitária, ressaltamos a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde, do envolvimento da comunidade para cuidados sobre saúde, e que a implantação de projetos sociais, tem como objetivo promover a reflexão, conscientização de forma constante sobre cuidados de saúde, buscando melhorar qualidade vida e acesso à informação além do promover envolvimento junto à população

Acreditamos que esta deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nossa visão acerca da gestão da unidade saúde é que além da formação profissional e ou universitária é que esta deve impulsionar o desenvolvimento de competências específicas para a atuação profissional na área de saúde e, também, enfatizar preceitos éticos, técnicos e políticos, no sentido proposto pela Saúde Coletiva, caracterizada como um campo no qual se inscrevem as múltiplas dimensões indissociáveis do ser humano, para além dos fenômenos biológicos e orgânicos, considerando sua inserção no contexto **sócio histórico.**

Partindo destes pressupostos, apresentamos alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de viabilizar uma gestão mais humanizada, buscando atender os usuários SUS da Policlínica Regional - Unidade Goiás, colaboradores, bem como de oportunizar outras formas de tratamento aos agravos da população que busca o serviço da unidade.

6.3.2 Descrição - Projetos Sociais

A Humanização / Política Nacional de Humanização. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações da Policlínica Regional - Unidade Goiás. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão."

Direção do Instituto CEM terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente - POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade da Policlínica Regional - Unidade Goiás e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência , quanto do trabalho em saúde. Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença. A experiência mostra que uma infinidade de mal entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS como instituição de ensino, pesquisa e assistência prestadora de serviços à comunidade, tendo como missão “Desenvolver , eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos, a pesquisa na área de saúde e a assistência”, respondendo às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás, constituir- se como referência para áreas específicas, propõe um Programa de Humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente hospitalar é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites.

Humanizar é portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, está ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

O Instituto CEM tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras na Policlínica Regional - Unidade Goiás , mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade. Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe. Ou levando sua proposta ou ideia até a comissão, para discussão e viabilização da mesma.

A comissão em suas reuniões semanais está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política. Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos na Instituição para que

desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.

Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe (...) como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Eixo das Instituições do SUS: eixos da gestão do trabalho (propõe-se à promoção de ações que asseguram a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação , o auto desenvolvimento e o crescimento profissional eixo do financiamento, eixo da atenção, eixo da educação permanente, indica- se que a Política Nacional Humanização conteúdo profissionalizante na graduação, pós graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e as instituições de formação, eixo da informação /comunicação, indica- se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da Política Nacional de Humanização, eixo da gestão da Política Nacional de Humanização, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada ás necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

Metodologia

Será instituída pelo Instituto CEM a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho:

Levantamento das iniciativas, promovendo a integração das mesmas;

Realização de Oficinas e Seminários; para traçar o Plano de ação na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Elaboração das diretrizes para sistematização do Programa;

Divulgação da Política Nacional de Humanização e sensibilização dos diversos atores desta Instituição.

Liderar o processo de humanização na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Promover uma ação conjunta da alta administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.

Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores. Promover fluxo de propostas e deliberações.

Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.

Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

6.3.3 Implantação de Projetos

6.3.3.1 Projeto "Alegria... Alegria"

Apresentação

O presente projeto "***alegria..alegria***" consiste em implantação de parceria com Escolas e Universidade local para atuar dentro da unidade com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de recuperação da ansiedade e depressão por perda de condução de saúde, oportunizando assim outras formas ver a vida além de restabelecer sua saúde emocional através do riso.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entre a UNIDADE e as Escolas, associações e ou Universidade através de ligas acadêmicas, grupos de contadores de história e, grupos de apoio. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da UNIDADE com os tutores e, posteriormente, os tutores e alunos desenvolverão a promoção da alegria do projeto para atividades extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (Semeis e creches) asilos e centros de apoio do município.

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou estudantes estagiários e ou voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão da unidade e os objetivos do projeto.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho da UNIDADE e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural da unidade junto ao sociedade local e regional.

Objetivo

Oportunizar entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional e cultural.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem ao UNIDADE em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos materiais

Termo de Cooperação Técnica;

Materiais didáticos lúdicos;

Jalecos;

Roupas de fantasias;

Fantoches;

Tecidos múltiplos;

Maquiagens;

Transporte;

Motorista;

Combustível.

Ações: Firmar parcerias com Escolas/Faculdades de Artes ou grupos de divulgação de artes cênicas para interagir com os pacientes.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site da Policlínica Regional - Unidade Goiás e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto **" Alegia...alegria",** os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se oportunizar contato com a cultura e lazer a toda a população carente da cidade, bem como aos usuários que estão sendo atendidos na unidade.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social e cultural dos usuários e seus familiares e da população carente do município e região do Estado de Goiás.

6.3.3.2 Paciente Aniversariante

O segredo da humanização no ambiente de saúde está nos detalhes. São os gestos aparentemente pequenos, medidas simples do dia-a-dia, mas que contribuem para que pacientes, acompanhantes e funcionários se sintam acolhidos e respeitados pela unidade de saúde.

O conceito de humanização é levado para todos os setores e, naturalmente, o envolver o Serviço de Nutrição e Dietética é de suma importância. Pacientes que completam aniversario enquanto estão na Policlínica Regional - Unidade Goiás recebem além do carinho da equipe de assistência, um Cupcake preparado especialmente para celebrar a data.

Objetivo:

Com um gesto simples essa surpresa pode comover o homenageado, afinal ninguém espera ser presenteado pela própria policinica, durante seu atendimento. Pode ser algo simples, mas faz com eles percebam que são vidas que estão sob nossos cuidados e merecem todo respeito e atenção.

Metodologia

Para não perder nenhuma data festiva, o servido de Tecnologia da informação terá que desenvolver um alarde no sistema que identifica todos os pacientes que fazem aniversário dentro daquele mês, podendo todos os colaboradores ter acesso a essa data e informar Serviço de Nutrição e Dietética.

O símbolo de um bolo é colocado ao lado do nome do aniversariante para que nutricionista possa visualizar e solicitar preparo

Na hora da entrega a equipe multiprofissional se reúne para surpreender o paciente

Conclusão.

Conclusão ser umo Hospital de referência, comprometida com a humanização e qualidade dos serviços prestados buscando sempre a total satisfação de nossos clientes internos e externos

Público Alvo: pacientes que estejam utilizando os serviços da unidade e colaboradores.

Ações: As atividades serão realizadas por estudantes, estagiários e voluntários do projeto, sendo os mesmos orientados pela coordenadora de Fisioterapia da Unidade de Saúde visando Orientar e sensibilizar os pacientes sobre o cuidado em

saúde, bons hábitos de vida, boa postura, alongamentos, bem como a importância da prática de atividades psicomotoras..

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as atividades são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site da Policlínica Regional - Unidade Goiás e newsletters.

6.3.3.3 Projeto Janeiro Branco

Objetivo: mostrar às pessoas que elas podem se comprometer com a construção de uma vida mais feliz para si mesmas.

Público alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e distribuição de material imprenso.e por meio de mídia social.

Duração: 1 mês

Periodicidade: Anual

6.3.3.4 Projeto "UNIDADE, em Tela"

Apresentação

O presente projeto "**UNIDADE, em Tela**" inserido no Programa de Humanização da Policlínica Regional - Unidade Goiás terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte de seus pacientes, acompanhantes e funcionários. A iniciativa já implantada em outras instituições de saúde tem revelado resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários.

Público alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e distribuição de material imprenso.e por meio de mídia social.

Objetivo

Oportunizar acesso ao lazer, entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral ao desenvolvimento de habilidades artísticas e, em um ambiente alegre, motivacional para incentivo da cultura goiana e brasileira.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem a UNIDADE em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos materiais

Termo de Cooperação Técnica;

Materiais artes em tela;

Jalecos;

Mobiliário específicos de pintura;

Transporte;

Motorista;

Combustível.

Ações: Firmar parcerias com Entidades /Escolas/Faculdades de Artes ou grupos de divulgação de artes para interagir com os pacientes.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site da Policlínica Regional - Unidade Goiás e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

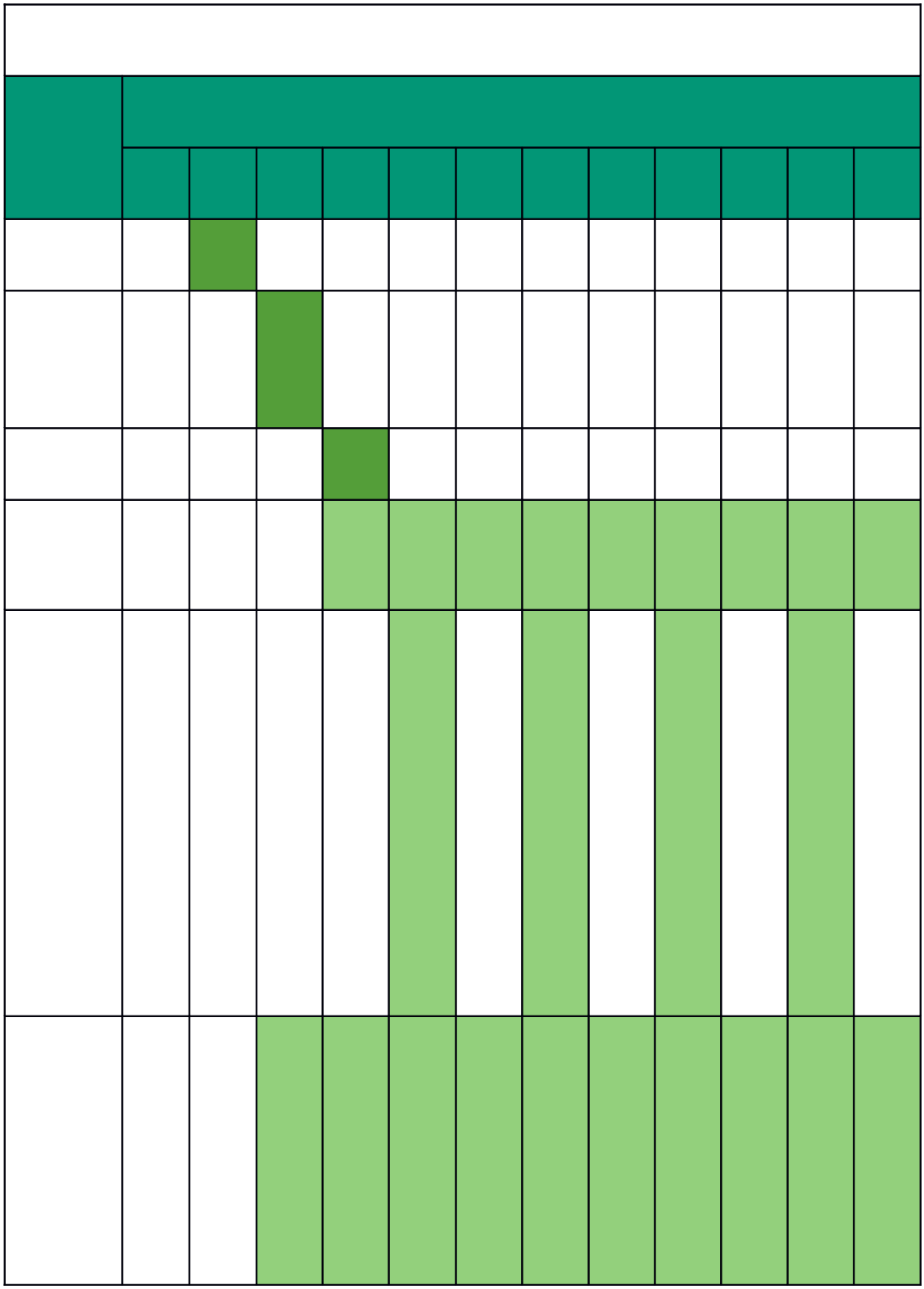
Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto "**UNIDADE, em Tela**", os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidas nesse processo.

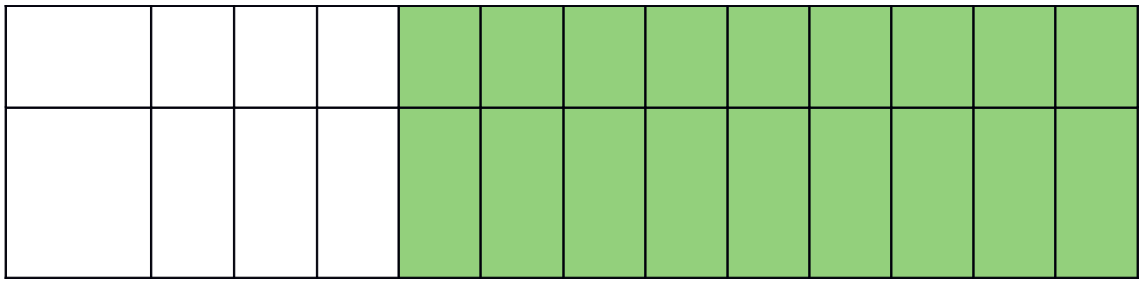
Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se trazer qualidade de vida e desenvolvimento cultural e artístico para seus participantes, oportunizando contato com a toda a população carente da cidade GOIÁS e região, bem como aos usuários que estão acolhidos na UNIDADE.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da saúde da UNIDADE por se tratar de um serviço de apoio a inclusão

social aos usuários, seus familiares e a população carente do município de GOIÁS e ou do Estado de Goiás.

Cronograma de Atividades





Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Definição da Equipe												
Apresentação e Planejamento da Proposta												
Implementação												
Execução das Ações da Proposta												

Avaliação das Ações da Proposta												
Acompanhamento e monitoramento												
Elaboração de Relatórios												
Apresentação de relatórios a alta direção												

6.3.3.5 Projeto Curtindo o carnaval com responsabilidade

Objetivo: promover a conscientização dos foliões sobre os riscos do consumo durante o do álcool em excesso e da prática do sexo sem proteção.

Público alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade e membros da comunidade da Região de Saúde onde está localizada a unidade.

Ações: Abordagens de usuários do SUS que utilizarem os serviços da unidade uma semana antes e durante o carnaval. Abordagens de foliões em pontos. estratégicos da cidade, com a distribuição de materiais informativos e preservativos.

Duração: 2 semanas durante o período do Carnaval.

Periodicidade: Anual

6.3.3.6 Projeto "UNIDADE, em Paz Espiritual"

Apresentações

O presente projeto "**UNIDADE, em Paz Espiritual**" consiste em implantação de parceria com grupos religiosos múltiplos e grupos de auto e mutua ajuda local para atuar dentro da **UNIDADE** com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de recuperação da espiritualidade, como fonte de restauração do quadrilátero de sua saúde, oportunizando assim outras a restauração da sua condição biológica, social, psicologia e espiritual como preconiza a OMS.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entra a UNIDADE e os grupos religiosos múltiplos e de auto e mutua ajuda. Este terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da **UNIDADE** com os tutores e, posteriormente, executarem os tutores e parceiros voluntários na promoção da espiritualidade em atividade extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (escolas, Semeis e creches), presídios, asilos e centros de apoio do município e outros.

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou grupos religiosos voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão e os objetivos do projeto da **UNIDADE**.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho da UNIDADE e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural e espiritual dos internos e da sociedade local e regional. Portanto, essa iniciativa se justifica pela necessidade de integrar os acolhidos para fora do espaço físico da unidade, com objetivo de minimizar as lacunas existentes em determinadas comunidades de saúde e ao cidadão, além de contribuir para o processo de recuperação da saúde através da espiritualidade.

Objetivo

Oportunizar acesso a espiritualidade integrando aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional e de fé, dando esperança de uma vida mais saudável, integra e calma.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que

recorrem ao **UNIDADE** em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos materiais

- ✓ Termo de Cooperação Técnica;
- ✓ Transporte;
- ✓ Motorista;
- ✓ Combustível.

Ações: Envolver a Comunidade local e pacientes usuários que utilizam a unidade de saúde

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensal

Divulgação: Calendário anual com toda programação Serviço de Capelania, para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site da Policlínica Regional - Unidade Goiás e newsletters.

Avaliação

Após as primeiras atuações do projeto **"UNIDADE, em Paz Espiritual",** os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados

Com a realização desse Projeto, espera-se oportunizar o resgate a espiritualidade a toda a população da cidade de GOIÁS e região, bem como aos usuários que estão sendo atendidos na unidade.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social, cultural e espiritual dos usuários e seus familiares e da população carente do município e região do Estado de Goiás.

Previsão orçamentaria

Fonte orçamentária

6.3.3.7 Projeto Fim de ano solidário

Objetivo: Humanizar o atendimento em todas as alas durante o período de Natal e Ano Novo.

Público alvo: Usuários do SUS que estivem utilizando os serviços da unidade nesse período.

Ações: Promover oficina com os colaboradores da unidade objetivando incentivar a dispensação de atendimento diferenciado aos usuários em razão dos períodos festivos. Firmar Parcerias com entidades religiosas para realização de visitas de aconselhamento espiritual.

Duração: 20 de Dezembro a 3 de Janeiro

Periodicidade: Anualmente

6.3.3.8 Projeto "Unidade, Som + Nóis "

Apresentação

O presente projeto "**UNIDADE, Som + Nóis**" consiste em implantação de parceria com Escolas de música, associações, grupos de apoio e Universidade local para atuar dentro da **UNIDADE** com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de diminuição da ansiedade, depressão e a descoberta de novos prazeres de vida, lazer e cultural.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entra a **UNIDADE** e as Escolas de música, associações, grupos de apoio e ou Universidade através de ligas acadêmicas ou grupos de musicoterapia. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da **UNIDADE** com os tutores e, posteriormente, os tutores e alunos desenvolverão a promoção da saúde através da música em atividades extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (escolas, Semeis e creches) asilos e centros de apoio do município

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou estudantes estagiários e ou voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão e os objetivos do projeto da **UNIDADE**.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho do **UNIDADE** e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural dos internos e de toda a sociedade local e regional.

Objetivo

Oportunizar acesso ao lazer, entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional para incentivo da cultura goiana e brasileira.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem a **UNIDADE** em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos materiais

- ✓ Termo de Cooperação Técnica;
- ✓ Materiais e instrumentos musicais;
- ✓ Uniformes;
- ✓ Transporte;
- ✓ Motorista;
- ✓ Combustível.

Ações: Oficinas e distribuição de material imprenso.e por meio de mídia social.

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensal

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site da Policlínica Regional - Unidade Goiás e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto **"UNIDADE, Som + Nóis",** os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se trazer qualidade de vida e desenvolvimento cultural e artístico para seus participantes, oportunizando contato com a toda a população carente da cidade de GOIÁS e região, bem como aos usuários que estão acolhidos na **UNIDADE**.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da saúde da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social aos usuários, seus familiares e a população carente do município de GOIÁS e ou do Estado de Goiás.

6.3.3.9 Projeto Ação de Saúde

Objetivo: Aproximar da realidade dos indivíduos realizando verdadeiras campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de doenças nos bairros em que eles se inserem. Além disso, visa orientar as comunidades sobre temas na área de saúde. Estimular a participação do indivíduo no cuidado com a saúde, sobretudo a prevenção. Verificar a presença de alguns fatores de risco para doenças consideradas problema de saúde pública, como glaucoma, aterosclerose, diabetes) obesidade e suas complicações.

Público Alvo: Usuários do SUS moradores do município de GOIÁS e que estejam utilizando os serviços da unidade.

Ações: A atuação do INSTITUTO CEM será por meio de palestras informativas sobre diversos temas na área de saúde, com enfoque em prevenção de doenças, hábitos de vida saudáveis, uso adequado de medicamentos, uso e abuso de drogas, sexualidade e saúde bucal. Haverá oportunidades para tirar dúvidas, esclarecimentos e distribuição de panfletos para os participantes. Os estagiários da Unidade de Saúde devidamente treinados, medirão, nos indivíduos interessados, o índice glicêmico, calcularão o IMC e aferirão a pressão arterial sistêmica, cujos resultados poderão ser divulgados para a população geral por meio de projetos de pesquisa, desenvolvidos posteriormente, sobre os temas abordados, Além disso, tais resultados serão instantemente informados aos voluntários com a respectiva orientação sobre sua conduta no sentido de prevenir possíveis complicações para sua saúde e de procurar um atendimento médico.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

6.3.4 Cronograma De Atividades Dos Projetos De Sociais

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE	Ano:												
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Definição da Equipe												
Apresentação e												

Planejamento da Proposta												
Implementação												
Execução das Ações da Proposta												
Avaliação das Ações da Proposta												
Acompanhamento e monitoramento												
Elaboração de Relatórios												
Apresentação de relatórios a alta direção												

ORGANIZANDO A QUALIDADE

6.4 Apresentação De Ações De Extensão Já Executadas Pelo Instituto Cem Nas Unidades Geridas Via Contrato Com A Ses/Go

As Policlínicas Estaduais - Unidade de Posse, Goianésia, Quirinópolis tem caráter regionalizado, definido após avaliação técnica da demanda por atendimento ambulatorial na rede pública de saúde, proporcionando, assim, maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento com atendimento de forma próxima e acessível ao cidadão, por meio de prestação de um conjunto de serviços que garantam uma intervenção rápida, eficaz e precoce. Além de orientar a terapêutica e ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados da necessidade regional nos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica, mas que não precisam de internação Hospitalar ou atendimento de urgência.

Iniciada as atividades no mês de novembro de 2020 com datas comemorativas de temas relaventas para a saúde (aspectos de preenção e promoção à saude).

1. Novembro é mês de conscientizar os homens sobre a importância do cuidado e do diagnóstico precoce do câncer de próstata e outras doenças que atingem homens, muitas vezes silenciosa. Pensando nisso, a Policlínica Regional de Posse aderiu a campanha Novembro Azul, e durante todo o mês organizamos atividades e ações voltadas especificamente à saúde do homem. Para darmos início ao mês, todos os colaboradores utilizaram lacinhos de fita de cetim azul com bigode preto feito de E.V.A, símbolo da campanha em todo o mundo. A unidade foi decorada com balões azuis e também com árvore de lacinhos, cuja o recado é que a partir dela floresça a luta de combate ao câncer de próstata.

2. Iniciamos o mês de Janeiro com as ações referentes ao **Janeiro Branco**. Uma atividade que trabalhou a saúde mental. E no dia 31 comemora o dia mundial de combate a hanseníase. As ações foram desenvolvidas pelas multiprofissionais e envolveram pacientes e colaboradores.

MENTAL DURANTE A PANDEMIA

3. Mês de **fevereiro laranja** com a ações referentes a leocemia e no dia 20/2 dia mundial de combate as drogas e alcoolismo com palestas sobre os rins no serviço de hemodialise

DIA DO RIM

4. Mês de **março lilás** com ações voltadas para câncer de colo de útero e dia 08 dia internacional de da mulher

MIELOMA MULTIPLO

5. Mês de **abril Azul** com ações referentes ao autismo e no dia 02 dia mundial da saúde e dia mundial de atividade fisica.

AUTISMO

DIA MUNDIAL DA ATIVIDADE FÍSICA

6. Mês de **maio Amarelo** ações de segurança no transito e **Roxo de doenças intestinais** com foco na alimentação saudável

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DUANTE AS FASES DA VIDA

TRÂNSITO E A IMPORTÂNCIA DE FAZER ESCOLHAS

7. Mês de **junho vermelho** ações de doação de sangue e no dia 26 comemoração ao dia de combate as drogas e aem destas ações tivemos no No dia 19 de junho foi iniciado os atendimentos da Unidade Móvel em Ceres, que permanecerá por 04 semanas, que atenderá também os Municípios de Santa Isabel e Rialma. Participamos de um evento realizado pela Gerência de Atenção Secundária-GERAS/Superintendência de Atenção Integral à Saúde-SAIS com o tema: INTRODUÇÃO AO CUIDADO INTERDISCIPLINAR PARA EQUIPES DE SAÚDE DAS POLICLÍNICAS REGIONAIS DO ESTADO. Com o objetivo de introduzir aos participantes os conceitos fundamentais em atenção integral à saúde, com foco na multidisciplinaridade, acolhimento e cuidado integrado, visando

ampliar e qualificar à assistência aos usuários do Sistema único de Saúde - SUS na Policlínicas Regionais do Estado.

8. No mês de **julho amarelo** com ações de combate a hepatites virais e alergias

No dia 05 de julho realizamos a inauguração da Unidade Móvel no Município de Uruana, com a presença do Secretário de Saúde do Estado de Goiás, Dr. Ismael Alexandrino, onde o mesmo ressaltou a importância da Unidade Móvel, para a prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama, falou sobre as futuras Unidades de Policlínicas a serem inauguradas e o quanto benefício o Estado está promovendo para a população.

9. No mês de agosto dourado com ações obre o aleitamento materno e no dia 8 dia nacional de combate ao colesterol;

O Dia dos Pais foi celebrado no dia 8, mas na Policlínica de Posse a data foi comemorada na manhã do dia 09. A unidade de saúde preparou um momento especial para homenagear os pacientes da hemodiálise. Eles foram surpreendidos com uma serenata, e por meio da música receberam carinho e reconhecimento. O músico e voluntário Charles Valente tocou e cantou músicas do cancioneiro popular e tornou o ambiente mais leve e animado. A ação foi organizada pelo coordenador de hemodiálise da Policlínica, Luiz Eduardo Veras, em parceria com a equipe multiprofissional da unidade.

Registro

10. No mês de setembro ações voltadas para prevenção ao suicídio e vermelho de doenças cardiovasculares e no dia 23 dia nacional de combate ao estresse.

Com a participação dao CAO do MP que trouxe e abordou sobre mecanismos para prevenir e coibir a violência (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), formas de assistência às vítimas, procedimentos processuais, atuação do Ministério Público e do Judiciário, medidas protetivas de urgência.

Registro

- -

E para os meses seguintes as ações estarão voltadas para:

1. Mês de **outubro rosa** as ações estão voltadas para mês do câncer de mama e no dia 20 ações de comemoração do dia mundial de combate a osteoporose;

2. Mês de **novembro azul** ações de sobre câncer de próstata e no dia 25 ações para doação de sangue

3. Mês de **dezembro laranja** ações de câncer de pele e **vermelho** de temas sobre AIDS e no dia 3 ações de conscientização da pessoa com deficiência.

6.5 Implantação dos projetos de Saúde - Programas Especiais

Considerando o edital de chamamento público para POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, apresentaremos as propostas para cada linha serviço definida como programas especiais.

Em visita técnica na unidade de GOIÁS, notamos que dentre as linhas serviços, serão necessários, tempo para implementação de linhas de serviços, cujas dependam de investimento para equipamentos e/ou investimento para desenvolvimento de projeto técnico e estrutural, para adequação das instalações físicas, seguindo as normativas e leis vigentes pela Ministério da Saúde , bem como processos internos normativas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Assim dentre as linhas de serviços definidas em edital de chamamento separamos em 2 eixos, Linhas de Serviços e Linhas de Serviço – Programas Especiais a saber:

6.5.1 Linhas de Serviços

As linhas de serviços são :

Consulta Médicas especializadas

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico– SADT

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

Considerando a visita técnica, observamos que serão necessários solicitações de investimento seguindo a portaria nº456, da secretaria de Saúde do Estado de Goiás, qual define as normas para que organização social possa solicitar investimento financeiro afim de custear as reformas/adequações e ou aquisição de investimento.

Para Serviços de SADT solicitação de investimento par aquisição de equipamentos:

Na visita técnica observou-se que a sala de Audiometria, não atende normas da RDC, e que sala de CME, quais necessitam de desenvolvimento de projeto arquitetônico para adequação estrutural, além de solicitação de investimento para aquisição equipamentos.

As consultas médicas e multiprofissionais, e cirurgias ambulatoriais, serão implantadas seguindo as normativas do Plano Operativo.

6.5.2 Programas Especiais:

Práticas Integrativas e Complementares – PIC

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I

Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12

Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico

Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

Centro Especializado em Odontologia (CEO I).

Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).

Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.

6.5.3 Anexo – Incremento de Atividades – Programas Especiais

Proposta de Trabalho

POLICLÍNICA REGIONAL

UNIDADE GOIÁS

18/10/2021

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 07/2021.

INSTITUTO CEM

VOLUME 2

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74810-100, GOIÂNIA/GO - TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

SUMÁRIO

Sumário

7 QUALIDADE OBJETIVA 662
7.1 DO FLUXO 662
7.2 Comissão de Ética Médica 663
7.2.1 Proposta de Constituição (membros finalidade). 663
7.2.2 Regimento da Comissão de Ética Médica 663
7.2.3 Cronograma de Atividade Anual 670
7.3 Comissão de Ética em Enfermagem 672
7.3.1 Proposta de Constituição (membros finalidade). 672
7.3.2 Proposta de Regimento Interno 673
7.3.3 Cronograma de Atividade Anual 682
7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS) 684
7.4.1 Proposta de Constituição (membros finalidade) 684
7.4.2 Proposta de Regimento Interno 701
7.4.3 Cronograma de Atividade Anual 706
7.5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA 710
7.5.1 Proposta de Constituição (membros finalidade) 710
7.5.2 Proposta de Regimento Interno 713
7.5.3 Cronograma de Atividade Anual 719
7.5.4 Plano anual de prevenção de acidentes. 720
7.5.5 Plano de Manutenção 724
7.5.6 Programa de Manutenção, Operação e Controle dos respectivos sistemas de climatização – PMOC. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e demais planos relacionados a segurança do trabalhador. 725
7.5.7 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. 730
7.5.8 Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT. 740
7.5.9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e demais planos relacionados a segurança do trabalhador 742

7.6 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 750
7.6.1 Proposta de Constituição (membros finalidade) 750
7.6.2 Proposta de Regimento Interno 751
7.6.3 Cronograma de Atividade Anual 754
7.6.4 Organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos.....756
7.6.5 Turnos de funcionamento 757
7.6.6 Modelos de fichas.....758
7.6.7 Sistema de arquivamento e controle 759
7.6.8 Protocolos.....761
7.7 Comissão de Farmácia e Terapêutica 767
7.7.1 Proposta de Constituição (membros finalidade) 767
7.7.2 Proposta de Regimento Interno 768
7.7.3 Cronograma de Atividade Anual 775
7.8 Comissão de Proteção Radiológica 776
7.8.1 Proposta de Constituição (membros finalidade) 776
7.8.2 Proposta de Regimento Interno 776
7.8.3 Cronograma De Atividade Anual 780
7.9 Comissão de Biossegurança 780
7.9.1 Proposta de Constituição (membros finalidade). 780
7.9.2 Proposta de Regimento Interno 781
7.9.3 Cronograma de Atividade Anual 785
7.10 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde 785
7.10.1 Proposta de Constituição (membros finalidade) 785
7.10.2 saúde Regimento interno da Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de 786
7.10.3 Cronograma de Atividade Anual 790
7.11 Comissão de Avaliação da Qualidade 795
7.11.1 Proposta de Constituição (membros finalidade). 796
7.11.2 Proposta de Regimento Interno 796
7.11.3 Cronograma de Atividade Anual 803
7.12 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 804
7.12.1 Proposta de Constituição (membros FINALIDADE) 804
7.12.2 Proposta de Regimento Interno 806

7.12.3 Cronograma de Atividade Anual 810
7.13 Outras comissões 812
7.13.1 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar 812
7.13.2 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT 818
7.13.3 Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS).....829
7.13.4 Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC).....845
7.13.5 Comissão de Análise de Contratos terceirizados 850
7.13.6 Comissão de Ética multiprofissional 858
7.13.7 Comissão de Controles Internos.....866
7.13.8 Comissão de Humanização 874
7.13.9 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde 879
7.13.10 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas.....885
7.13.11 Comissão de Residência Médica (COREME) 892
7.13.12 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).....898
7.13.13 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 908
7.13.14 Comissão de Documentação Médica e Estatística 912
7.13.15 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 920
7.13.16 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) 931
7.13.17 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar 937
7.13.18 Núcleo Interno de Regulação (NIR).....953
7.13.19 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 962
7.13.20 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde 969
7.13.21 Comitê de Compliance 987
8 QUALIDADE SUBJETIVA 996
8.1 ACOLHIMENTO..... 996
8.1.1 Perfil do Atendimento da Policlínica.....998
8.1.2 Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários e Acompanhantes 999
8.1.3 Proposta para Implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica . 1007
8.2 ATENDIMENTO 1017
8.2.1 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário 1017

8.2.2 Proposta De Pesquisa Periódica/Continua de Satisfação do Usuário, com definição de Uso das Informações. 1034
8.2.3 EXEMPLO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO –POLICLÍNICA 1049

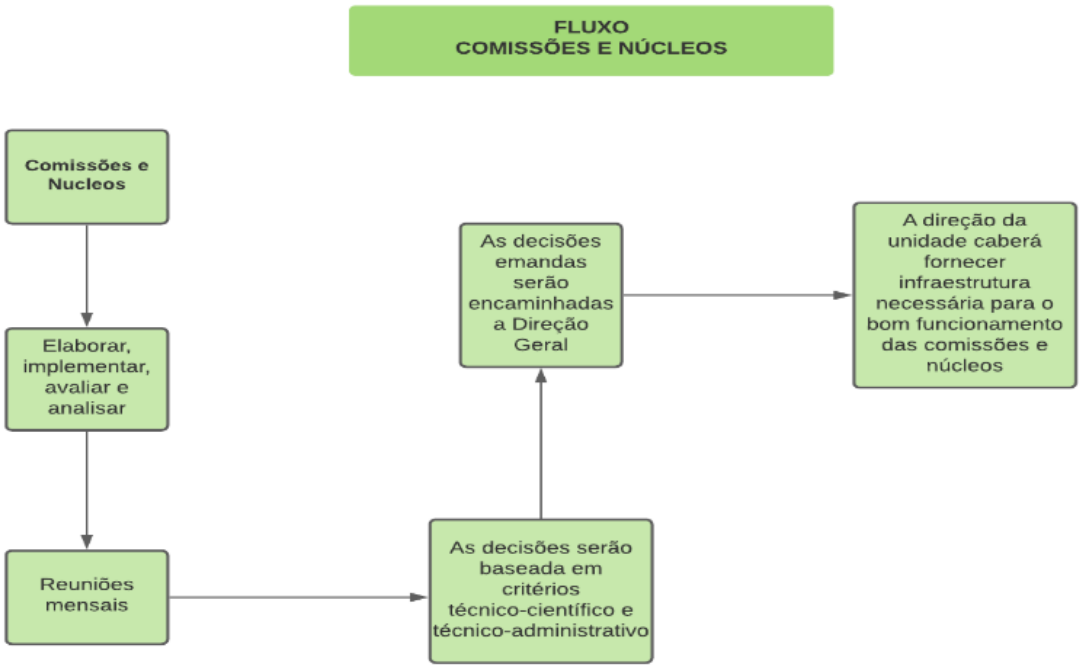
ORGANIZAÇAO DA QUALIDADE

7 QUALIDADE OBJETIVA

Qualidade é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso. A palavra "qualidade" tem um conceito subjetivo que está relacionado com as percepções, necessidades e resultados em cada indivíduo e, essas necessidades e expectativas influenciam diretamente a percepção da qualidade.

Desta forma o ***INSTITUTO CEM*** visa com esse tópico apresentar a forma como dispõe a gerenciar a Policlínica Regional - Unidade Goiás e assim, poder oferecer a melhor assistência considerando o nível de recursos e tecnologia que a unidade de saúde terá à sua disposição, tendo em vista que o projeto físico e os equipamentos foram definidos e adquiridos pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

7.1 DO FLUXO



Das Comissões:

7.2 Comissão de Ética Médica

7.2.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.2.1.1 DA FINALIDADE

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que contam com trabalho médico. Embora não possuam competência para realizar julgamento nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

A Comissão de Ética Médica da Policlínica Regional - Unidade Goiás terá papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no CREMEGO.

7.2.1.2 Membros

A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes ficará assim composta: 06 médicos (3 efetivos e 3 suplentes)

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de médicos do estabelecimento de saúde, eleitos por voto secreto do corpo clínico.

7.2.2 Regimento da Comissão de Ética Médica

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1 – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2 – As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, 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.

Art. 3° Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro (POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS).

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4° Compete à Comissão de Ética Médica, no âmbito da Policlínica Regional - Unidade Goiás:

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6° A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 7° A escolha dos membros da Comissão de Ética da Policlínica Regional - Unidade Goiás será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9° São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina de Goiás deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico da Policlínica Regional - Unidade Goiás designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3 da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4 deste regimento.

§ 1o. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2o. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina de Goiás emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na Policlínica Regional - Unidade Goiás, em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 1°. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico da Policlínica Regional - Unidade Goiás, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 2°. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMEGO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito da Instituição de saúde.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

I Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CREMEGO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CREMEGO.

Art. 28. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CREMEGO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CREMEGO.

Art. 30. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMEGO para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1° O CREMEGO não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê- los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2° A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina de Goiás quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou

irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e o secretário;
II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6o deste regimento.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CREMEGO, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CREMEGO deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a Policlínica Regional - Unidade Goiás, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CREMEGO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

7.2.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		ANO:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento												
	Reuniões de Planejamento Anual												
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais												
	Divulgação de Normas Complementares												
	Elaboração de Relatórios												
	Desenvolvimento de Atribuições												
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos												
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação												
	supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica,												
	Manter comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos												

	éticos vigentes;												
	elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua												
	manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição												
	fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;												
	atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;												
	promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;												
	encaminhar aos Conselhos												

	fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;												
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários												
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades												
	Apresentação de relatórios a alta direção												

7.3 Comissão de Ética em Enfermagem

7.3.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.3.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na equipe e desenvolverá ações educativas voltadas aos profissionais da área de enfermagem, fiscalizará o exercício da profissão e o cumprimento dos direitos reservados à categoria, sendo uma extensão do Conselho Regional de Enfermagem - COREN.

7.3.1.2 MEMBROS COMPONENTES/PERFIL

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.3.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1 - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem é órgão representativo da Policlínica Regional - Unidade Goiás, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 2 - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 593/2018, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3 - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I. Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da Policlínica Regional - Unidade Goiás através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.
II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, bem como identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.
III. Receber denúncias de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem, bem como colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Art. 5 - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Policlínica Regional - Unidade Goiás será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e dois Auxiliares de Enfermagem titulares e dois Auxiliares de Enfermagem suplentes.

Art. 6 - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7 - 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 III

DOS OBJETIVOS E FUNÇÕES

Art. 8 - As Comissão de Ética de Enfermagem tem como objetivos:

I - Zelar pela conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição;

II - Zelar pelo bem estar do ser humano;

III-Orientar aos profissionais de enfermagem em um processo educativo reflexivo permanente;

IV-Prevenir infrações éticas;

V-Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.

Art. 9 - São funções da Comissão de Ética de Enfermagem:

I-EDUCATIVA:

a) Valorizar o desenvolvimento moral e ético da enfermagem;

b) Promover estudos sobre a Legislação de Enfermagem, com ênfase no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

c) Divulgar entre os profissionais de Enfermagem da instituição as Resoluções, Decisões, Normas e recomendações emanadas do Cofen, Coren-GO e da Comissão de Ética de Enfermagem (Comissão de Ética de Enfermagem);

d) Sanar dúvidas dos profissionais de Enfermagem, orientando-os quanto aos preceitos legais dos deveres e direitos da Enfermagem;

e) Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.

II-FISCALIZADORA:

a) Supervisionar o exercício ético do profissional de Enfermagem na instituição;

b) Verificar a observância aos princípios que regulamentam os preceitos legais dos deveres e direitos da Enfermagem;

c) Acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem dispensado aos pacientes;

d) Acompanhar e colaborar com o Coren-GO na verificação das condições técnicas de funcionamento do estabelecimento de saúde e sua compatibilidade com o adequado desenvolvimento técnico e moral da Enfermagem;

e) Verificar e acompanhar a atualização do cadastramento do pessoal de Enfermagem que trabalha na Instituição, comunicando ao Coren-GO as irregularidades e ilegalidades cadastrais não corrigidas dentro dos prazos exigidos;

f) Comunicar ao Coren-Go fatos de maior gravidade ou que tenham acarretado danos a terceiros.

III-SINDICÂNCIA:

a) Instaurar sindicância, em caso de suspeita de infração ética por profissional da enfermagem;

b) Encaminhar relatório conclusivo da sindicância ao plenário do conselho regional para homologação ou análise de admissibilidade para instauração de processo ético disciplinar.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Art. 10 – Compete aos Membros Efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem:

I - Comparecer às reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

II-Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião;

III-Organizar a programação anual das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

IV-Participar das discussões de assuntos constantes de pauta das reuniões;

V-Participar da votação das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem;

VI-Emitir pareceres, quando designado pelo Presidente, em assuntos da Comissão de Ética de Enfermagem;

VII-Realizar sindicâncias e demais tarefas quando designados pelo Presidente;

VIII-Levar à apreciação da Comissão de Ética de Enfermagem assuntos de interesse que tomar ciência;

IX-Encaminhar ao(a) Coren-Go, as informações sobre as tarefas realizadas na forma de pareceres, relatórios, ou informes.

X-Cumprir e fazer cumprir as disposições desta Decisão e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 11 – São atribuições e competência do(a) Presidente:

I-Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética de Enfermagem por meio de instrumento formal;

II-Presidir as reuniões;

III- Indicar ao Secretário a pauta das reuniões;

IV-Distribuir a realização de sindicâncias e demais tarefas aos membros efetivos e suplentes; V-Encaminhar para votação os assuntos de interesse da Comissão de Ética de Enfermagem;

VI-Analisar e aprovar o planejamento das atividades a serem desenvolvidas durante o ano;

VII-Analisar e aprovar os relatórios mensais e o relatório anual das atividades desenvolvidas;

VIII-Encaminhar ao Coren-GO, relatório anual das atividades desenvolvidas;

IX-Solicitar à Comissão de Ética de Enfermagem de outras instituições a providência que julgar necessária para o esclarecimento de problemas éticos de sua própria Instituição;

X-Atender pedidos de contribuição sobre questões éticas e atender as providências que forem de sua competência, quando solicitado pelos profissionais da instituição, por outra Comissão de Ética de Enfermagem e pelo Coren-GO;

XI- Articular-se com a Direção da sua instituição;

XII- Contribuir com solicitações do Coren-GO.

Art. 12 - São atribuições e competência do(a) Secretário(a):

I-Substituir o(a) Presidente em suas ausências e impedimentos, no caso de Secretário(a) Enfermeiro(a);

II-Elaborar o cronograma das reuniões e atividades de educação continuada;

III-Preparar a pauta das reuniões;

IV-Redigir as atas das reuniões;

V-Registrar em livro próprio as decisões da Comissão de Ética de Enfermagem e dar seu conhecimento à Gerência de Enfermagem para divulgação entre os profissionais de Enfermagem da Instituição;

VI-Manter o acervo da Comissão de Ética de Enfermagem;

VII-Auxiliar o presidente em suas atividades, sempre que solicitado.

Art. 13 – Compete aos Membros Suplentes da Comissão de Ética de Enfermagem:

I-Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos;

II-Participar das reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

III-Participar das atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

IV-Cumprir as disposições desta Decisão e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 14 - A Comissão de Ética de Enfermagem reuniões ordinárias mensais, dentro da carga horária de trabalho de seus membros, constando dia, hora e local de sua realização.

§ 1° - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, quando o assunto justificar.

§ 2° – As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo(a) Presidente ou pela maioria dos membros, em requerimento dirigido ao(a) Presidente.

§ 3° A ausência não justificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente.

Art. 15 – A instituição deverá disponibilizar um local para sediar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem e arquivar seus documentos.

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá enviar relatório anual de suas atividades ao Coren-Go até o final da segunda quinzena do mês de janeiro de cada ano.

Art. 17 - As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem somente serão realizadas, e suas Decisões consideradas regulares, quando estiver presente a maioria de seus membros efetivos.

Art. 18 - Será obrigatoriamente lavrada ata das reuniões, em livro próprio para este fim, com termo de abertura e chancelamento pelo(a) Secretário(a) da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 19 - As recomendações adotadas pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem, em suas reuniões, receberão o nome de recomendações.

Art. 20 - As recomendações da Comissão de Ética de Enfermagem serão encaminhadas ao Coren-GO, que apreciará e submeterá à aprovação da Diretoria ou do Plenário do Coren-GO;

§ 1 - As recomendações da Comissão de Ética de Enfermagem serão escritas em papel timbrado da Instituição;

Art. 21 - A Comissão de Ética de Enfermagem se fará representar, pelo menos, por um de seus membros nas convocações feitas pelo Coren-GO.

CAPÍTULO VI

DA DENÚNCIA E SINDICÂNCIA

Art. 22 – A denúncia surge de um fato irregular ocorrido na instituição, praticado por profissional de enfermagem, envolvendo pacientes, seus familiares, acompanhantes ou outros profissionais que trabalham na instituição.

§1 - A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa que tenha presenciado o ocorrido.

§ 2 - A ocorrência pode ser de natureza ética ou ético-administrativa sendo que esta última fere tanto o Código de Ética da Profissão como os documentos regulamentadores da instituição e deverá ser analisada nas instâncias competentes, conforme o caso.

Art. 23 – A Sindicância é um procedimento sumário que visa colher informações sobre notícias de supostas infrações éticas ou disciplinares, devendo ser conduzida em sigilo.

Art. 24 - As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética de Enfermagem obedecerão aos preceitos contidos nesta Decisão e deverá transcorrer em caráter sigiloso.

Art. 25 - A Comissão de Ética de Enfermagem da instituição deverá se reunir para analisar a denuncia e avaliar se tem fundamento de natureza ética. O ato, caracterizado como de natureza ética, será submetido ao processo de sindicância. Para instauração da sindicância é necessário:

I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II - Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III - Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, caso haja supostas irregularidades ético disciplinares praticadas durante o exercício profissional;

IV - Determinação do Coren-GO. Parágrafo Único: As denúncias anônimas, deverão ser encaminhadas diretamente ao Coren-GO, para as providências cabíveis.

Art. 26 - O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem designará um ou dois membros da Comissão para realizar as audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 27 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem notificará o(s) profissional(ais) envolvido(s) e o(s) convocará para prestar seu(s) depoimento(s) ou, se for o caso, solicitará manifestação por escrito com prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso.

§1 - As notificações poderão ser feitas por escrito com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem diretamente ao(s) profissional(ais) envolvido(s), de modo reservado, preservando-lhe(s) o direito à privacidade.

§2 - O descumprimento das convocações e demais solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, nos casos em que forem justificados, deverão ser encaminhados ao Coren-GO para análise.

§3 – Encaminhar ao Coren-GO, as ocorrências em que o profissional de enfermagem não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos utilizados exclusivamente pela Enfermagem, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo Único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 29 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar os fatos a luz do material coletado.

§1° - Quando o fato for qualificado como de menor gravidade a Comissão de Ética de Enfermagem tentará promover a conciliação entre as partes envolvidas e realizará orientações e ações educativas de acordo com o caso;

§2° - Todos os casos são passíveis de conciliação à exceção daqueles que tenham resultado em óbito; §3° - Ocorrendo a conciliação, a Comissão de Ética de Enfermagem lavrará tal fato em ata específica, dará ciência do fato ao Enfermeiro RT da instituição e encaminhará Relatório Final à Presidência do Coren-GO para homologação;.

§4° - Não havendo a conciliação, o Processo de Sindicância seguirá seu trâmite normal;

Art. 30 – Ao final de todos os Processos de Sindicância, deverá ser elaborado o Relatório Final, no qual se limitará à narrativa dos trabalhos de apuração, sem formular juízo de valor.

Paragrafo único - Nos casos em que não houver conciliação, ou em casos qualificados como gravíssimos, a Comissão de Ética de Enfermagem dará ciência ao Enfermeiro Responsável Técnico e encaminhará o Relatório Final à Presidência do Coren-GO para as providências cabíveis.

Art. 31 - Quando, ao final dos trabalhos de sindicância, a ocorrência for identificada como de natureza meramente administrativa a Comissão de Ética de Enfermagem encaminhará os laudos da sindicância ao Enfermeiro RT da instituição para as providências cabíveis.

Art. 32 - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VII

DAS ELEIÇÕES

Art. 33 - Os procedimentos para a instauração das Comissões de Ética de Enfermagem (Comissão de Ética de Enfermagem) nas instituições deverão ser iniciados após manifestação expressa do responsável pelas equipes de enfermagem da instituição e devidamente encaminhada ao Coren-GO; Parágrafo Único: Já existindo Comissão de Ética de Enfermagem na instituição, compete ao Presidente desta comissão no prazo de 30 dias antes do término do seu mandato encaminhar o documento previsto no caput deste artigo.

Art. 34 - O Coren-GO expedirá edital número 01 informando a todos os profissionais que será instituída a Comissão de Ética de Enfermagem, concedendo o prazo de 15 dias úteis para os interessados providenciarem as inscrições de suas chapas.

§ 1° - Decorrido o prazo para apresentação de chapas, e não havendo inscrições, a Comissão será formada por indicação do responsável pela equipe de Enfermagem da Instituição, observados os critérios de regularidade e impedimentos do profissional previstos nesta decisão.

§ 2° - Em caso de inscrição de chapa única, ficará a critério da instituição a realização dos procedimentos de votação.

§ 3° - Havendo a inscrição de mais de uma chapa será expedido pelo Coren-GO o Edital número 02 no qual constará o nome dos candidatos de cada chapa por ordem alfabética e a data das eleições.

Art. 35 - Após a publicação do Edital número 02 nas dependências da instituição será concedido o prazo de 03 dias úteis para qualquer profissional de enfermagem opor os impedimentos e impugnações justificadamente referentes aos nomes dos candidatos juntando provas de suas alegações.

§ 1 - Nos casos em que não houver inscrições de chapas ou somente de uma chapa o Coren-GO providenciará a publicação dos nomes dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem na instituição e concederá o prazo de 03 dias úteis para qualquer profissional de enfermagem opor os impedimentos e impugnações justificadamente referentes aos nomes dos profissionais juntando provas de suas alegações.

a) Não havendo impugnações ou manifestações contrarias o Coren-GO homologará os nomes e chapa e providenciará os procedimentos para empossar os profissionais.

§ 2° - Quando houver mais de uma chapa inscrita as impugnações ou impedimentos suscitados serão julgados pela Comissão Eleitoral no prazo de 5 dias úteis .

§3 - As impugnações ou impedimentos suscitados referentes aos nomes de profissionais, nos casos de chapa única ou de indicação pela gerência de enfermagem serão julgados pela Câmara Técnica de Instrumentalização das Comissões de Éticas Institucionais – CTI Comissão de Ética de Enfermagem no prazo de 05 dias úteis.

§4 Das decisões da comissão eleitoral ou CTI Comissão de Ética de Enfermagem cabem recursos administrativos ao plenário do conselho regional.

Art. 37 - As Comissão de Ética de Enfermagem serão instaladas na sede dos estabelecimentos de saúde, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

I – Nas instituições que tiverem cem (100) profissionais de enfermagem ou mais, a comissão será constituída por nove (09) profissionais, sendo quatro (04) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e três (03) técnicos ou auxiliares de enfermagem efetivos e um (01) suplente.

II - Nas instituições que tiverem entre cinquenta (50) a noventa e nove (99) profissionais de enfermagem, a comissão será constituída por sete (07) profissionais, três (03) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e dois (02) técnicos ou auxiliares de enfermagem efetivos e um (01) suplente.

III - Nas instituições que tiverem menos de cinquenta (50) profissionais de enfermagem, a comissão será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Art. 38 - O mandato dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem é de relevância para a enfermagem e terá a duração de três (03) anos admitida uma reeleição de seus membros.

Art. 39 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem empossados iniciarão seus trabalhos com a escolha dos cargos de Presidente e Secretário e a elaboração do Regimento Interno da Comissão, dando ciência ao Coren-GO. Parágrafo Único: O cargo de Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem será privativo de enfermeiros, conforme as atribuições previstas na Lei 7.498/86.

Art. 40 - Em caso de ausência, impedimento ou vacância de cargo de membro efetivo, a Comissão efetivará o suplente para ocupar a vaga existente em caráter temporário ou definitivo respectivamente.

DA COMISSÃO ELEITORAL

Art. 41 - Para executar e fazer cumprir os atos necessários à realização das eleições em caso da existência de mais de uma chapa será constituído uma comissão eleitoral composta de no mínimo três profissionais de enfermagem da instituição em que ocorrerá as eleições.

Art. 42 - Para o bom desempenho da comissão eleitoral o conselho regional de enfermagem irá disponibilizar os materiais e estrutura logística necessária para garantir a lisura e transparência do processo eleitoral.

Art. 43 - Compete à comissão eleitoral organizar, supervisionar, decidir sobre registro e impugnações, instalar e fazer parte das mesas receptoras e apuradoras e encaminhar aos Coren as atas dos trabalhos eleitorais para homologação.

Art. 44 - Não podem participar como membros da comissão eleitoral candidatos inscritos nas chapas concorrentes ou seus parentes em linha reta e colateral até o terceiro grau.

DAS INSCRIÇÕES

Art. 45 - As inscrições deverão acorrer no prazo previsto no edital N 01, mediante simples requerimento em formulário próprio e assinado por todos os componentes da chapa conforme quantitativos explícitos no artigo 5 incisos I, II e III indicando:

a) Nome completo;

b) Categoria da inscrição e número do Coren;

c) Endereço residencial;

d) Número de telefone e e-mail;

Art.46 - O formulário de requerimento de inscrição deverá ser instruído com os seguintes documentos:

a) Certidão de regularidade expedida pelo Conselho;

b) Comprovantes de vínculo empregatício;

c) Declaração da instituição que não respondeu ou responde processo administrativo disciplinar;

DO REGISTRO DAS CHAPAS

Art. 47 - Transcorridos os prazos para impugnações e julgamentos será publicado o Edital n 03 no placar da instituição e no site da autarquia contendo a decisão dos registros das chapas que serão numeradas por ordem cronológica de recebimento das inscrições.

Art. 48 - O edital n03 deverá conter os números das chapas e respectivos nomes dos candidatos, o dia, o local em que será instalada a mesa receptora e o horário de inicio e término da votação.

DOS IMPEDIMENTOS

Art. 49 - São impedimentos para compor chapas ou comissão eleitoral:

a) Inscrição provisória ou temporária;

b) Existência de débitos de anuidades com o conselho;

c) Exercer cargo de supervisão ou chefia na instituição;

d) Responder a processo administrativo disciplinar na instituição e ou ético disciplinar no Conselho.

CAPÍTULO VIII

- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 50 - A Comissão de Ética de Enfermagem é autônoma em relação aos assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 51 - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá atuar juntamente à Diretoria e ao corpo de Enfermagem de sua Instituição, orientando e colaborando na prevenção de infrações éticas.

Art. 52 - São prerrogativas da Comissão de Ética de Enfermagem:

I - Participar das reuniões da instituição e contribuir nas decisões que dizem respeito aos profissionais de Enfermagem;

II - Apoiar as iniciativas que visem melhores condições da assistência de enfermagem e de segurança no trabalho.

III - Recorrer ao Coren-GO, quando impedido de cumprir a presente Decisão;

Art. 53 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem receberão do Coren-GO, através da Câmara Técnica de Instrumentalização das Comissões de Ética- CTI Comissão de Ética de Enfermagem, desde que solicitado, as orientações necessários para o bom e fiel exercício de seu mandato.

Art. 54 - Os casos duvidosos ou omissos relacionados com as Comissões de Ética de Enfermagem serão solucionados pelo plenário do Coren-GO.

Art. 55 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

7.3.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação d a Comissão	**Criação da comissão e aprovação do regimento**												
	Reuniões de Planejamento Anual												
Organizaçã o	**Reuniões Ordinárias**												
	Divulgação do Código de Ética												
	Elaboração de Relatórios												

Estratégias de Desenvolvimento	**Desenvolvimento de Atribuições**												
	Promoção e Participação de Eventos												
	Elaboração de Orientações aos Pacientes												
	Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional,												
	identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.												
	Ações prevenir infrações éticas;												
	Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.												
	Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.												
	Acompanhar a qualidade												

	do atendimento de enfermagem dispensado aos pacientes												
Informação e Comunicação	**Informar os cidadãos / usuários**												
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
	Monitoração de Denúncias e situações internas												
	Apresentação de relatórios a alta direção												

7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS)

7.4.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.4.1.1 DA FINALIDADE:

Prevenir e o controlar infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

7.4.1.2 Membros

-2 médicos com título de especialidade em infectologia

-2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

-1 farmacêutico

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – SCIRAS é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar e tem por finalidade a prevenção e o controle das infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Também representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito

de nunca trazer prejuízo ao paciente, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Policlínica Regional - Unidade Goiás, vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades na Policlínica Regional - Unidade Goiás no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

A segunda ação a ser desenvolvida é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, de forma periódica e sistemática, os profissionais da SCIRAS podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a SCIRAS propõe medidas de controle que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da SCIRAS. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar. A difusão destes novos conhecimentos para os outros profissionais na Policlínica Regional - Unidade Goiás de saúde, através de palestras, cursos ou comunicação impressa também contarão com a participação da SCIRAS. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais na Policlínica Regional - Unidade Goiás de saúde, momento em que as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Todas as ações de ensino e capacitação serão coordenadas pela Seção de Desenvolvimento de Pessoas – SDP com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares e garantir os registros de treinamentos, bem como a avaliação de eficácia dos mesmos, buscando acompanhar o desenvolvimento dos profissionais nos assuntos específicos ministrados.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, integrarem a Comissão de Obras da unidade, participando dos projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física na Policlínica Regional - Unidade Goiás de saúde, avaliando as condições e necessidades diante do planejamento de intervenções físicas na infraestrutura predial, apontando os direcionamentos para garantir a segurança dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e fiscalizando a execução das obras por parte do setor de Manutenção Predial.

Ainda serão responsabilidades da SCIRAS elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na Policlínica Regional - Unidade Goiás, por meio de medidas de precauções e de isolamento, a padronização e controle do uso de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica , a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, o qual constará dos seguintes itens:

- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção na Policlínica Regional - Unidade Goiás;

- Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;
- Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Secretaria Estadual de Saúde;
- Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.
- Também caberá à SCIRAS elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, às diretorias da instituição e às chefias de todos os setores na Policlínica Regional - Unidade Goiás de saúde, a situação de controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

7.4.1.3 DA PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIRAS):

A importância da SCIRAS não é somente a de prevenir e combater a infecção hospitalar, beneficiando assim toda a população assistida, mas também proteger a Policlínica Regional - Unidade Goiás e o corpo clínico.

A Comissão atende à Lei 9.431 de 6 de dezembro de 1997, Portaria MS 2.616 de 12/5/1998 e Instrução Normativa 4 de 24/2/2010 da Anvisa, produzindo os 8 indicadores preconizados na instrução retro.

Devem ser mantidos arquivados os documentos que comprovem a legalidade de sua existência, as rotinas de sua funcionalidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado ministrado ao paciente e, sobretudo, dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção da Policlínica Regional - Unidade Goiás, para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, e estes índices de infecção devem ser mantidos dentro dos limites aceitáveis.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação das SCIRAS, permite ao estabelecimento a adoção de medidas de acordo com as particularidades da Policlínica Regional - Unidade Goiás. Medidas no combate à infecção para o grande hospital, com enorme corpo clínico e atendimento em todas as áreas médicas, evidentemente mais suscetíveis às infecções, podem ser diferentes das pequenas estruturas ambulatoriais, como a policlínica, com menor corpo clínico e especializado; entre estes extremos, têm-se as inúmeras variáveis.

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS) tem os seguintes objetivos:

- Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção Hospitalar;
- Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais;
- Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares;
- Padronização de Antimicrobianos;

- Busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar;
- Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar;
- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
- Elaborar os índices mensais de Infecção Hospitalar.
- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares;
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Partir da equipe de padronização de medicamentos;
- Prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Controle de limpeza da caixa de água;
- Controlar o uso de antibiótico;
- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares;
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do SCIRAS;
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;
- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção;
- Fazer análise microbiológica da água.
- Partir da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente, buscando a qualidade juntamente com a atuação de Educação Permanente;
- Programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;
- Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinastécnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

7.4.1.4 DA COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por membros executores e membros consultores, estes são profissionais de nível superior que atuem na Policlínica Regional - Unidade Goiás, sendo:

-2 médicos com título de especialidade em infectologia

-2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

-1 farmacêutico

7.4.1.5 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês meses (na 4ª terça–feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.4.1.6 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão de SCIRAS serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria na Policlínica Regional - Unidade Goiás, mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de SCIRAS, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.4.1.7 DIRETRIZES DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO

7.4.1.7.1 INTRODUÇÃO

O Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) pode ser elaborado de várias formas, seguindo as diretrizes das legislações nacionais vigentes, que hoje são a Portaria MS/GM n 2616/1998 e a RDC ANVISA n 48/2000, além de diretriz internacional como o Guideline dos Componentes Essenciais do Programa de Prevenção e Controle de Infecção da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016).

No entanto, nossa experiência no acompanhando dessas ações ao longo dos anos tem mostrado que a maioria dos serviços não consegue contemplar claramente no planejamento dos seus Programas suas metas e necessidades, ficando o planejamento deficitário.

Desse modo, com o intuito de direcionar os profissionais na elaboração de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção claro e objetivo e que contemple minimamente quesitos essenciais para o desenvolvimento das ações nos estabelecimentos de saúde, apresentamos proposta que visa dar melhor direcionamento aos controladores de infecção e também padronizar e facilitar a elaboração dos PPCIH nas Unidades de Saúde.

7.4.1.7.2 O QUE É O PPCIH

Considera-se Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares ou relacionadas à assistência à saúde.

O Programa de Controle de Infecção da Unidade de Saúde deve ser elaborado para um período de 2 a 4 anos, com metas numéricas estabelecidas, seguindo as metas municipais, estaduais e nacionais, além de ter metas próprias. O Plano de Ação do Programa já exige um prazo menor, devendo ser elaborado anualmente, considerando o andamento e ou a evolução do Programa, cujos ajustes se fazem necessários de um ano para outro.

7.4.1.7.3 OBJETIVO DO PPCIH

Programar o desenvolvimento das ações de Prevenção e Controle de Infecção da Unidade de Saúde. Deve ser elaborado pelos membros executores da SCIRAS (que constituem o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH), com suporte e ou assessoria dos membros consultores. Após elaborado, deve ser encaminhado para conhecimento e aprovação da gestão da Unidade de Saúde. O PPCIH deve ser elaborado de forma sistematizada, com metas e ações claras, responsabilidades e prazos definidos e monitoramento e avaliação.

7.4.1.7.4 COMPONENTES PARA A ELABORAÇÃO DOS PPCIH

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como direcionamento para as ações de prevenção e controle de infecção os Componentes Básicos (Core Components) ou Componentes Essenciais para a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS e RM - Resistência Microbiana (OPAS, 2017).

Esses componentes são:

1. Organização do Programa de Controle de Infecção: deve ser definido claramente, com os objetivos baseados na epidemiologia, na avaliação do risco e nas prioridades da unidade de Saúde (ou outro serviço de assistência à saúde) para a prevenção e controle de infecção e a propagação da RM. Essas informações podem ser acessadas nas reuniões com os membros consultores da Comissão (SCIRAS), na avaliação do Relatório Anual do SCIH, nas visitas de auditoria nos setores, nas reuniões de setores da unidade de Saúde, dentre outras.

2. Diretrizes ou Orientações Técnicas ou Protocolos para prevenção e controle de infecção para todos os profissionais da assistência à saúde.

7.4.1.7.5 DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PPCIH

A elaboração do PPCIH deve ser realizada de forma a contemplar os Componentes Essenciais recomendados pela OMS supra citados. Para o planejamento das ações do PPCIH, é importante levantar as informações com relação aos problemas relativos à prevenção e controle das IH e RM, que constituem o que chamamos de “diagnóstico situacional” da Unidade de Saúde. A partir desse diagnóstico situacional, que inclui resultados de indicadores, relatórios e outros, devem ser estabelecidas as metas que o SCIH planejou para determinado período, lembrando que essas metas devem ser estabelecidas em percentuais. Para o alcance das metas propostas, devem ser listadas ações que possibilitem ou viabilizem o cumprimento das metas. Para a realização das ações, são determinados os responsáveis, os prazos e os recursos necessários (humanos, materiais, equipamentos e outros).

A RDC ANVISA n 48/2000 que estabelece o Roteiro de Inspeção Sanitária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (já citado acima) pode ser utilizada como embasamento para ajudar no direcionamento da elaboração do PPCIH.

Quanto à periodicidade do Plano de Ação, recomenda-se que este seja anual por facilitar monitoramento e avaliação do Programa estabelecido, bem como elaboração do relatório anual.

7.4.1.7.6 ITENS A SEREM CONTEMPLADOS NO PPCIH

É interessante que o documento seja elaborado com o timbre da Unidade de Saúde.

1. Título: Exemplo: Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (ou de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde) da unidade de Saúde "..." para o período de XXXX a XXXX (sugerimos que esse período seja bianual ou trianual).

2. Apresentação do PPCIH:

Fazer um breve relato do histórico do Serviço de Controle de Infecção na Policlínica Regional - Unidade Goiás (ou estabelecimento) e do (s) objetivo (s) do Programa (PPCIH).

3. Constituição da SCIRAS e SCIH:

Elencar os setores do serviço de saúde que compõe a Comissão (SCIRAS), discriminando os setores representados que fazem parte como membros consultores e como membros executores (não há necessidade de discriminar nomes no PPCIH, pois esses já estarão discriminados no documento interno de nomeação das pessoas que compõe a SCIRAS, que deve ser mantido atualizado se houver alteração de membros).

4. Atribuições da SCIRAS:

- Dos membros executores
- Dos membros consultores

(relacionar as atribuições em forma de itens, amparando-se na Portaria MS/GM n 2616/1998 ou outra que a substitua)

5. Objetivos:

- Geral (mais amplo, constitui a ação que conduzirá ao alcance do que se propõe no Programa)
- Específicos (apresentam, de forma pormenorizada, detalhada, as ações que se pretende alcançar)

6. Metas: Enumerar as metas e estabelecer os percentuais que se deseja atingir dentro do período proposto para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM, tendo o cuidado de planejar com factibilidade.

7. Plano de Ação:

Para a elaboração do Plano de Ação, fica sugerida a utilização de um quadro (Quadro 1), que permite ser implementado durante a vigência do PPCIH, conforme as necessidades do serviço para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM.

Nos Quadros 2 e 3 estão representados dois exemplos pelos quais, a partir do problema levantado, se estabelece metas e ações que devem ser planejadas para a resolução do problema, designando-se responsáveis, períodos de execução, recursos necessários, com espaço para monitoramento e avaliação durante a sua vigência.

Quadro 1: Quadro sugerido para elaboração do PPCIH

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Levantar/enumerar os problemas do EAS que interferem na prevenção e controle das IH e RM, que podem ser mais generalizados, até para a definição da meta	À partir dos problemas levantados, são estabelecidas metas (devem ser numéricas)	Elencar ou enumerar as ações necessárias no EAS para atingir cada meta proposta	Relacionar pessoas/setores responsáveis Cada ação a desenvolvida	Relacionar os prazos estabelecidos para o desenvolvimento de cada uma das ações propostas	Recursos humanos, materiais ou financeiros necessários para o desenvolvimento das ações propostas	Durante a vigência do PPCIH, o controlador de infecção pode monitorar o seu desenvolvimento, assinalando se a ação foi alcançada, se está em andamento ou não alcançada ainda, com isso, pontua e monitora onde deve envidar seus esforços com mais afinco

Quadro 2: Exemplo 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Não dispo-nibilidade de dispen-	Prover acessórios para HM	1. Oficiar junto à administração da unidade de Saúde a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no	SCIH/ Administração	Abril/2019	Estimar valores	Alcançado

sadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissionais de saúde (PAS) e colaboradores em TODAS as pias de HM e pontos de assistência na Policlínica Regional - Unidade Goiás de saúde	(dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de HM e pontos de assistência da unidade de Saúde	documento o quantitativo com a especificação desses materiais e produtos para abastecimento)				
		1. Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se está pr	SCIH/ Administração	Abril/2019	Nenhum	Alcançado

		evisto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos				
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/abastecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene hospitalar	SCIH	Abril a Maio/2019	Nenhum	Em andamento
		2. Desenvolver capacitação e campan	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/ 2019 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento

		has de se nsi bili za çã o par a au me nta r a ad esã o à prá tic a de HM jun to aos pr ofi ssi on ais de saú de e col ab ora do res				
		5. Realizar auditorias internas para monitorar a adesão às práticas de HM	SCIH	Bimest ral e contín uo	Nenhum	Em andamen to

				(após item 4)		
		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2019	Nenhum	Alcançado
		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2019 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Não disponibilidade de dispensadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissio	Prover acessórios para HM (dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de	1. Oficiar junto à administração da unidade de Saúde a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no documento o quantitativo com a especificação desses materiais e produtos para abastecimento)	SCIH/ Administração	Abril/2019	Estimar valores	Alcançado
		2. Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se está	SCIH/ Administração	Abril/2019	Nenhum	Alcançado

nais de saúde (PAS) e colaboradores em TODAS as pias de HM e pontos de assistência na Policlínica Regional - Unidade Goiás de saúde	HM e pontos de assistência da unidade de Saúde	previsto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos				
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/abastecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene hospitalar	SCIH	Abril a Maio/2019	Nenhum	Em andamento
		3. Desenvolver capacitação e campanha	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/ 2019 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento

			sensibilização para aumentar a adesão à prática de HM				

		junto aos profissionais de saúde e colaboradores				
		5. Realizar auditorias internas para monitorar	SCIH	Bimestral	Nenhum	Em andamento

		a adesão às práticas de HM		e contínuo (após item 4)		
		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2019	Nenhum	Alcançado
		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2019 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				

Obs: O PPCIH é flexível, ou seja, durante a sua vigência, novas ações podem ser propostas ou inseridas, a depender das demandas que podem surgir ao longo do período em que foi proposto (indicadores elevados, surtos). Devem ser periodicamente avaliadas necessidades de mudanças ou adequações.

7.4.1.7.7 AVALIAÇÃO DO PPCIH / ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DO PPCIH

Ao final da vigência do PPCIH (anual), deve ser elaborado o Relatório Anual de Avaliação das Ações de Prevenção e Controle de Infecção propostas. Este relatório visa dar ciência e transparência às ações desenvolvidas pelo SCIH e constitui documentação importante do SCIH e da gestão hospitalar, devendo ser, socializado/disponibilizado, e uma cópia devidamente arquivada junto aos demais documentos da instituição. Este documento pode ser solicitado/requerido em fiscalizações, auditorias, demandas judiciais, dentre outros.

Sua elaboração ainda corrobora como base para a reprogramação das ações do PPCIH para o ano seguinte.

Como sugestão, o Relatório Anual de Avaliação do PPCIH pode contemplar:

- Identificação do documento (exemplo: Relatório de Avaliação do Serviço de Controle de Infecção da unidade de Saúde "X" Ano: XXXX)
- Breve relato de como se desenvolveu/vem se desenvolvendo o SCIH da unidade de Saúde ao longo dos anos
- Metas alcançadas ou desenvolvidas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX
- Metas parcialmente alcançadas ou em andamento (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao alcance parcial do que foi proposto.
- Metas não alcançadas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao não alcance do proposto.
- Conclusão
- Data
- Equipe responsável pela sua elaboração
- Ciência da Alta Administração e demais setores da unidade de Saúde com a data

Este Relatório deve ser assinado pelos membros executores do SCIH (com rubricas em todas as páginas e assinaturas e carimbos na última página) e encaminhado para a Gestão da Unidade de Saúde, ao mesmo tempo em que deverá ser socializado entre os diferentes setores/atores da unidade de Saúde.

Referências:

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 9.431 de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n 48 de 02 de junho de 2000.

Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Referências:

OPAS. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nível nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC By-NC-AS 3.0 IGO.

World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. 2016.

7.4.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE:

Art. 1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS é o órgão encarregado da elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 1o. Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na Lei No. 9431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria n 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, Resolução- RDC n 48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a SCIRAS tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

§ 2o. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Instituição.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO:

Art. 2o. A composição se faz com membros consultores (núcleo consultor) e executores (núcleo executor) com formação universitária.

Art. 3o. Os membros consultores deverão ser representantes dos seguintes serviços:

Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);

Serviço de enfermagem;

Serviço de farmácia;

Art. 4o. Os membros do núcleo executor deverão ter carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais abaixo relacionados:

2 médicos com título de especialidade em infectologia;

2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

1 farmaceutico treinado e com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

§ 1o. Além dos profissionais acima, a Diretoria da Policlínica Regional - Unidade Goiás deverá disponibilizar pelo menos um funcionário administrativo para a SCIRAS.

§ 2o. Os enfermeiros executores deverão obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas nos moldes do curso proposto pela Associação Paulista de Estudos e Controle em Infecção Hospitalar (APECIH) ou equivalente.

Art. 5o. O mandato dos membros consultores da SCIRAS será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 6o. Os membros do núcleo executor da SCIRAS fazem parte do quadro de funcionários da Policlínica Regional - Unidade Goiás e como tal não terão prazo limite para o mandato.

Art. 7o. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada 12 meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 8o. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

§ Único. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Setor de Comissões Hospitalares.

Art. 9o. A sede da comissão será uma sala ou salas exclusivas a serem disponibilizadas pela Policlínica Regional - Unidade Goiás, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso à infraestrutura de administrativa informatizada.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 10o. Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 11o. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou em seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 12o. A reunião só acontecerá se houver “quórum” de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

Art. 13o. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

Art. 14o. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 15o. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para Partir das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 16o. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

§ Único. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17o. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Art. 18o. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

CAPÍTULO V

DAS COMPETENCIAS:

Art. 19o. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS:

Partir da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

O programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;

Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicos operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; d. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;

Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Art. 20o - Compete ao Núcleo Executivo da SCIRAS:

- Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;

- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Partir de visitas e reuniões em diversos setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções nosocomiais na Policlínica Regional - Unidade Goiás e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente na Policlínica Regional - Unidade Goiás são:
- Taxa de Infecção Hospitalar;
- Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
- Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
- Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico na Policlínica Regional - Unidade Goiás de Terapia Intensiva;
- Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
- Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.
- Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas da Policlínica Regional - Unidade Goiás no que tange ao controle das infecções hospitalares;
- Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais e Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades da Policlínica Regional - Unidade Goiás, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

CAPITULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 21o. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu vice-presidente;
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento da SCIRAS.

§ 1o. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2o. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice- presidente.

§ 3o. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 22o. São atribuições e competências do funcionário administrativo da Comissão:

- Organizar a ordem do dia;
- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço de secretaria.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 23o. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da SCIRAS, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição.

Art. 24o. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 25o. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria da instituição.

Goiás,..... de..... de.....

Responsável pela Instituição. Diretor Técnico

7.4.3 Cronograma de Atividade Anual

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise da Policlínica Regional - Unidade Goiás, a estrutura para a composição do cronograma está baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento hospitalar aprovado pela Direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás e pela Diretoria Executiva do Instituto CEM.

Assim, delinearam-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos c aos resultados desejados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar os quais poderão ser alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

CRONOGRAMA													
Atividade		ANO											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	CRIAÇÃO DA COMISSÃO E APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO												
	REUNIÃO DE PLANEJAMENTO ANUAL												
Organização	Reestruturar as competências da SCIRAS												
	Operacionalizar a SCIRAS												

	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar												
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios de microbiologia												
	Realizar auditorias em de cada serviço/unidade												
Estratégias de Desenvolvimento	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais												
Individual e Organizacional	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar												
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionários												
	Promover investigação												

	sobre infecções												
	Hospitalar												
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção hospitalar												
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica												
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfectantes)												

Registo e Monitorização	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos							■	■	■	■	■	■
	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar								■	■	■	■	■
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica								■	■	■	■	■
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			■			■			■			■
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções Hospitalares	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												
	APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS A ALTA DIREÇÃO												

Considerando que a Portaria PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS, o Itisituto CEM, apresenta as Diretrizes do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, para que seja utilizado como base, para adequação da Implantação do Programa de Controle de Infecção na Policlínica Regional - Unidade Goiás

7.5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

7.5.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.5.1.1 DA FINALIDADE

Tem-se como a principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades da Policlínica Regional - Unidade Goiás e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender á Legislação vigente.

Quanto às finalidades, podemos citar:

2 Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

3 Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

4 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;
5 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;
6 Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
7 Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
8 Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
9 Requerer ao SESMT, ou a direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
10 Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
11 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;
12 Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
13 Requisitar a Policlínica Regional - Unidade Goiás e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
14 Requisitar A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS as cópias das CAT emitidas;
15 Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
16 Participar, anualmente, em conjunto com a Policlínica Regional - Unidade Goiás das Campanhas de Prevenção.
17 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;
18 Promover Campanhas Humanitárias (doação de sangue, alimentos para entidades carentes etc.).

7.5.1.2 MEMBROS

A CIPA da Policlínica Regional - Unidade Goiás será constituída por: Presidente,Vice-Presidente, Secretário, membros titulares e membros suplentes.

A Diretoria da Policlínica Regional - Unidade Goiás designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente. Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

7.5.1.3 DA CONSTITUIÇÃO

A constituição da CIPA, na Policlínica Regional - Unidade Goiás, deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, estabelecerá, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Membros titulares;
V. Membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR,05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - é uma equipe de profissionais, a serviço da Policlínica Regional - Unidade Goiás, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos profissionais.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverá incluir os seguintes profissionais:

I. Médico do trabalho;
II. Enfermeiro do trabalho;
III. Técnico de enfermagem do trabalho;
IV. Engenheiro de segurança do trabalho;
V. Técnico de segurança do trabalho.

7.5.2 Proposta de Regimento Interno

7.5.2.1.1 REGIMENTO INTERNO

Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA/ POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS – tendo como Base legal – LEI FEDERAL n 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA n 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art. 1 - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2 - As CIPAs e SESMT terão por atribuições:

I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
III. participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
IV. 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 profissionais da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
V. realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;
VI. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
VII. divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionadas à segurança e saúde dos profissionais;
IX. participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;
X. propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;
XI. verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;
XII. garantir a emissão e requisitar à Administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás as cópias das CATs emitidas;
XIII. colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;
XV. promover, anualmente, em conjunto com a direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás, Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;
XVI. acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3 - As CIPA da Policlínica Regional - Unidade Goiás terão a seguinte composição:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. membros titulares;
V. membros suplentes.

Art.4 - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5 – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6 – A Diretoria da Policlínica Regional - Unidade Goiás designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7 – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

DAS ELEIÇÕES

Art. 8 – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

§ 1 - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração, da Policlínica Regional - Unidade Goiás, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

§ 2 - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administrações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

§ 3 - Poderão se candidatar os profissionais, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

§ 4 - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Art. 09 – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10 – Empossados os membros da CIPA, a Administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 11 – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

§1 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

§ 2 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art. 12 – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 – Compete aos profissionais, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;
II. Colaborar com a gestão da CIPA;
III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar

sugestões para a melhoria das condições de trabalho;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 14 – Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
III. Manter a Administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás, informada sobre os trabalhos da CIPA;
IV. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 15 – Compete ao Vice-Presidente:

I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 16 – Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Art. 17 – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. Preparar as correspondências;

III. Outras que lhe forem conferidas.

Art.18 – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.
III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;
IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Art. 19 – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 20 – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal da Policlínica Regional - Unidade Goiás, em local apropriado.

Art. 21 – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Art. 22– As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 23– As atas ficarão na respectiva Diretoria da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 24 – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
II. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

§ 1 - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

§ 2 - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Art. 25– As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Art. 26– Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 27– O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Art. 28 – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

§1 - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria da Policlínica Regional - Unidade Goiás, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2 - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO IV

DO TREINAMENTO

Art. 29 – A Administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo Único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás, ouvindo os membros da CIPA.

Art. 30 – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
IV. Noções e medidas de prevenção para dst/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
V. Noções sobre legislação trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Art. 31 – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 32 – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

DO REGISTRO

Art. 33 – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Art. 34 – a Policlínica Regional - Unidade Goiás, reconhecerá o, através de Portaria, as CIPA eleitas e empossadas.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35- As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.36 - Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

7.5.3 Cronograma de Atividade Anual

7.5.3.1.1 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

ATIVIDADE	Ano											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Edital de Convocação para as Eleições												
Formação da Comissão Eleitoral												
Início das inscrições dos candidatos												
Eleição												
Curso para Cipeiros												
Realização da Posse												
Organização do Calendário de reuniões												

7.5.4 Plano anual de prevenção de acidentes.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da Reitoria (CIPA) propõe este plano de trabalho que visa orientar as ações da Comissão para alcançar o seu objetivo de prevenir possíveis acidentes de trabalho, bem como promover a saúde dos trabalhadores da Unidade, conforme previsto no primeiro item da Norma Regulamentadora 5 (NR-5) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE):

"5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - Cipa - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador."

Tendo vista que diversos ambientes da Policlínica Regional - Unidade Goiás poderão apresentar riscos químicos, físicos, ergonômicos, biológicos e de acidentes, o foco deste planejamento serão atividades de conscientização quanto a ambientes e comportamento de risco.

Desta forma, propomos o cronograma baseado nas atribuições acordadas na

Reunião de Posse desta Gestão:

Ações		Mês 01											
01. Mapas de risco: atualizar e divulgar em locais visíveis							X	X	X				
02. Revisar Plano de Trabalho da Comissão e apresentá-lo a Comissão.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

03. Atas em dia e disponíveis		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
04. Acompanhar as investigações de acidentes de trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
05. Apresentar a Comissão, o relatório final da gestão						X					X	X	
06.Solicitar formalmente os serviços dos profissionais regionais (técnico de segurança do trabalho e engenheiro de segurança), quando se fizer necessário.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

07. Apoiar ações conjuntas de campanhas de saúde e treinamentos com a Seção Técnica de Saúde e COSTSA												
08. Manter o site da Comissão atualizado		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
09. Editar o Boletim da CIPA						X			X			X
10. Participar de capacitações, seminários, eventos, workshops oferecidos, no que couber e dada a disponibilidade financeira		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

11. Promover a SIPAT2 em parceria com a Seção Técnica de Saúde			X			X						
12. Colaborar no desenvolvimento e implementação da PCMSO3, PPRA4 e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13. Promover eleição dos representantes dos empregados para composição da CIPA										X	X	X

2 SIPAT: Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

3 PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

4 PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

7.5.5 Plano de Manutenção

PLANO DE TRABALHO DA CIPA

Propostas	Ações	Responsável(eis)
Promover a Integração de Todos os Representantes da CIPA da empresa.	Integrar todos os Representantes das CIPA's da Empresa em paralelo à SIPAT	CIPA/SESMT
Auxiliar a promover a SIPAT	Realizar, em conjunto com o SESMT da empresa, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho	CIPA/SESMT
Auxiliar a promover e Incentivar Campanhas de Prevenção as DST's e AIDS	Participar em conjunto com o SESMT de campanhas de prevenção de AIDS e DST's promovidas pela empresa	CIPA/SESMT
Orientação dos funcionários quanto ao uso de EPI's	Orientar todos os Funcionários quanto a importância do uso guarda e troca dos EPI's	CIPA/SESMT
Levantamento de Riscos e Inspeções	Fazer, em conjunto com o SESMT se necessário, Levantamentos de risco e inspeções no ambiente de trabalho para propor melhorias	CIPA/SESMT
Investigação de Acidente do trabalho	Auxiliar o SESMT na Investigação de acidente do trabalho quando houver e propor soluções	CIPA/SESMT

PRESIDENTE **VICE-PRESID**

7.5.6 Programa de Manutenção, Operação e Controle dos respectivos sistemas de climatização — PMOC. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional — PCMSO. Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais — PPRA e demais planos relacionados a segurança do trabalhador.

6.1. Programa de Manutenção Operação e Controle dos Respectivos Sistemas de Climatização

6.1.1. DA ANVISA

De acordo com o texto supracitado, A LEI N 13.589, DE 4 DE JANEIRO DE 2018 dispõe em seu parágrafo único, que a Resolução N 9 de janeiro de 2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estabelece parâmetros, normas e procedimentos necessários à garantia da boa qualidade do ar interior, inclusive de temperatura, umidade, velocidade, taxa de renovação e grau de pureza dos condicionadores de Ar. A seguir são apresentados os pontos relevantes desta Resolução.

6.1.2. PADRÕES DE REFERÊNCIA

Recomenda os seguintes Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em ambientes climatizados de uso público e coletivo. Os valores recomendáveis para os parâmetros físicos de temperatura, umidade, velocidade e taxa de renovação do ar e de grau de pureza do ar, deverão estar de acordo com a NBR 6401 – Instalações

Centrais de Ar Condicionado para Conforto - Parâmetros Básicos de Projeto da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

- a faixa recomendável de operação das Temperaturas de Bulbo Seco, nas condições internas para verão, deverá variar de 23C a 26C, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 21C e 23C. A faixa máxima de operação deverá variar de 26,5C a 27C, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 28C. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 20C a 22C.
- a faixa recomendável de operação da Umidade Relativa, nas condições internas para verão, deverá variar de 40% a 65%, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 40% e 55% durante todo o ano. O valor máximo de operação deverá ser de 65%, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 70%. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 35% a 65%.
- o Valor Máximo Recomendável - VMR de operação da Velocidade do Ar, no nível de 1,5m do piso, na região de influência da distribuição do ar é de menos 0,25 m/s.

- a Taxa de Renovação do Ar adequada de ambientes climatizados será, no mínimo, de 27 m³/hora/pessoa, exceto no caso específico de ambientes com alta rotatividade de pessoas. Nestes casos a Taxa de Renovação do Ar mínima será de 17 m³/hora/pessoa, não sendo admitido em qualquer situação que os ambientes possuam uma concentração de CO2, maior ou igual a estabelecida em IV2.1, desta Orientação Técnica.
- a utilização de filtros de classe G1 é obrigatória na captação de ar exterior. O Grau de Pureza do Ar nos ambientes climatizados será obtido utilizando-se, no mínimo, filtros de classe G-3 nos condicionadores de sistemas centrais, minimizando o acúmulo de sujidades nos dutos, assim como reduzindo os níveis de material particulado no ar insuflado. Os padrões referenciais adotados complementam as medidas básicas definidas na Portaria GM/MS n 3.523/98, de 28 de agosto de 1998, para efeito de reconhecimento, avaliação e controle da Qualidade do Ar Interior nos ambientes climatizados. Deste modo poderão subsidiar as decisões do responsável técnico pelo gerenciamento do sistema de climatização, quanto a definição de periodicidade dos procedimentos de limpeza e manutenção dos componentes do sistema, desde que asseguradas as frequências mínimas para os seguintes componentes, considerados como reservatórios, amplificadores e disseminadores de poluentes.

Tabela 01 - Tabela De Definição De Periodicidade Dos Procedimentos De Limpeza E Manutenção Dos Componentes Do Sistema

Componente	Periodicidade
Tomada de ar externo	Limpeza mensal ou quando descartável até sua obliteração (máximo 3 meses)
Unidades filtrantes	Limpeza mensal ou quando descartável até sua obliteração (máximo 3 meses)
Bandeja de condensado	Mensal*
Serpentina de aquecimento	Desencrustação semestral e limpeza trimestral
Serpentina de resfriamento	Desencrustação semestral e limpeza trimestral
Umidificador	Desencrustação semestral e limpeza trimestral
Ventilador	Semestral
Plenum de mistura/casa de máquinas	Mensal

6.1.3 INSPEÇÃO

Recomenda que os órgãos competentes de Vigilância Sanitária com o apoio de outros órgãos governamentais, organismos representativos da comunidade e dos ocupantes dos ambientes climatizados, utilizem esta Orientação Técnica como instrumento técnico referencial, na realização de inspeções e de outras ações pertinentes nos ambientes climatizados de uso público e coletivo.

6.1.4. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Recomenda que os proprietários, locatários e prepostos de estabelecimentos com ambientes ou conjunto de ambientes dotados de sistemas de climatização com capacidade igual ou superior a 5 TR (15.000 kcal/h = 60.000 BTU/h), devam manter um responsável técnico atendendo ao determinado na Portaria GM/MS n 3.523/98, além de desenvolver as seguintes atribuições:

a) providenciar a avaliação biológica, química e física das condições do ar interior dos ambientes climatizados;

b) promover a correção das condições encontradas, quando necessária, para que estas atendam ao estabelecido no Art. 4 desta Resolução;

c) manter disponível o registro das avaliações e correções realizadas; e

d) divulgar aos ocupantes dos ambientes climatizados os procedimentos e resultados das atividades de avaliação, correção e manutenção realizadas.

6.1.5 CÁLCULO DA CARGA TÉRMICA – ABNT NBR 5858:1983

A Norma Regulamentadora 5858 de 1983, estabelece condições exigíveis para a determinação do desempenho do condicionador de ar, fixando os padrões mínimos de qualidade e capacidade, sendo estes aplicados aos aparelhos com condensador esfriado a ar, destinado a ligação em fonte de tensão monofásica, em propriedades públicas ou particulares, usados para fins residenciais, comerciais ou industriais, com a finalidade de obtenção de conforto.

Para o cálculo simplificado da carga térmica foi utilizado o modelo do formulário do anexo A da NBR 5858 (ABNT, 1983). Para facilitar os cálculos, uma planilha foi criada no software Microsoft Excel 2013, onde os dados de carga térmica foram informados para cada sala estudada. Ao final deste processo obtêm-se o valor da carga térmica para cada ambiente, que deve ser multiplicado pelo fator geográfico 1,00, referente à região Nordeste (ABNT, 1983). O resultado final, expresso em kJ/h, foi multiplicado por 0,948 para obter a unidade em BTU.

6.1.6. RESULTADO DAS ANÁLISES

De acordo com o levantamento de dados em cada setor, calculadas a carga térmica de cada ambiente e também uma avaliação dos equipamentos instalados no intuito de verificar se a capacidade térmica dos condicionadores de ar era suficientemente capaz de a carga térmica do ambiente. Abaixo, seguem os resultados da carga térmica e a capacidade de refrigeração dos equipamentos.

ANÁLISE SETORIAL							
SETOR	QUANTIDADE	EQUIPAMENTO	TAG	POTÊNCIA	ESTADO DE	CARGA TÉRMICA	CONFORTO

				(BTU/H)	CONSERVAÇÃO	DO AMBIENTE (BTU/H)	TÉRMICO
Ambiente Y	2	Yang	MA 01	-12000	REGULAR	12.302	BOM
		Consul	MA 02	-12000	BOM		

6.1.7. ATIVIDADES PERIÓDICAS

ATIVIDADES (MENSAL/TRIMESTRAL/SEMESTRAL)	M	T	S
EFETUAR A LIMPEZA DOS FILTROS DE AR E/OU SUBSTITUIR POR NOVOS CASO NECESSÁRIO	X		
EFETUAR A LIMPEZA EXTERNA DO GABINETE DO EVAPORADOR	X		
VERIFICAR OPERAÇÃO DE FRENAGEM E CORRIGIR CASO NECESSÁRIO	X		
VERIFICAR E CORRIGIR RUÍDOS E VIBRAÇÕES ANORMAIS	X		
VERIFICAR A OPERAÇÃO DOS TERMOSTATOS, CONTROLES E SENSORES DE TEMPERATURA	X		

HIGIENIZAR EVAPORADORES COM APLICAÇÃO DE BACTERICIDA	X		
VERIFICAR E ELIMINAR ODORES DESAGRADÁVEIS NOS AMBIENTES CLIMATIZADOS	X		
EFETUAR A LIMPEZA DAS SERPENTINAS DO EVAPORADOR		X	
EFETUAR A LIMPEZA DO VENTILADOR/ROTOR DO EVAPORADOR		X	
EFETUAR A LIMPEZA DA BANDEJA DO CONDENSADO		X	
VERIFICAR E CORRIGIR REAPERTO DE TERMINAIS/CONEXÕES ELÉTRICAS		X	
VERIFICAR CORRENTE/PRESSÃO/TENSÃO			X
EFETUAR A LIMPEZA DO CONDENSADOR			X
VERIFICAR ESTADO DOS COMPRESSORES			X
EFETUAR LUBRIFICAÇÃO GERAL DO EQUIPAMENTO			X
VERIFICAR ESTADO DOS SUPORTE/COXINS E CORRIGIR CASO NECESSÁRIO			X
VERIFICAR E CORRIGIR FOCOS DE CORROSÃO NOS EQUIPAMENTOS/ACESSÓRIOS			X
VERIFICAR E CORRIGIR ISOLANTE TÉRMICO DAS LINHAS DE COBRE			X
ANALISE DA QUALIDADE DO AR (RE/09)			X

6.1.8 MODELO DE ETIQUETA DE CONTROLE

IDENTIFICAÇÃO	CONTROLE DE MANUTENÇÃO		
LOCAL	DATA	ATIVIDADE	TÉCNICO RESPONSÁVEL
XXXXXXXXX	XX/XX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
EQUIPAMENTO			
XXXXXXXX			
CAPACIDADE (BTUs)			
XXXXXXXXXX			

RESPONSÁVEL PELO PMOC			
Pedro Silva			
CREA-PB			
161513158-2			
CONTATO			
(83) 99932-2111			

7.5.7 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.

INTRODUÇÃO

Este Programa foi elaborado de acordo com os seguintes textos legais:

Norma Regulamentadora n 07 – NR - 07, aprovada pela Portaria n 3214, de 08 de junho de 1978, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE;

Portaria n 24, de 29 de dezembro de 1994, que aprova o texto disposto na NR - 07;

Portaria n 08, de 08 de maio de 1996, que altera a NR - 07;

Lei n 6514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências;

Lei n 8112, de 11 de dezembro de 1990, em seus artigos 69, 72, 186 (parágrafo 2) e 212;

Decreto Estadual n 5757, de 21 de maio de 2003, que estabelece uma política de saúde ocupacional fundamentada na adequação das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego ao setor público.

Além disso, foi utilizada literatura técnica referente à Medicina, Segurança e Higiene no Trabalho, a fim de dotar o órgão de um Programa de Saúde Ocupacional voltado para a promoção e preservação da saúde dos servidores no que se refere aos riscos inerentes às atividades desenvolvidas pelos mesmos, em seus vários aspectos.

OBJETIVOS

Promover e preservar a saúde dos servidores privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre a saúde e o trabalho, considerando aspectos individuais e coletivos;

Rastrear e diagnosticar precocemente agravos à saúde dos servidores relacionados ao trabalho, destacando o caráter preventivo;

Ser parte do conjunto de iniciativas do órgão no campo da saúde do servidor;

Indicar soluções para a melhoria dos ambientes de trabalho e da organização das atividades, individual e coletivamente, a partir da detecção dos problemas;

Conscientizar a direção e os colaboradores quanto à importância do aspecto preventivo para a manutenção da qualidade de vida dentro da Organização;

Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes, através da preservação da saúde ocupacional dos colaboradores;

Formar, através dos registros dos exames médicos ocupacionais, históricos de informações relativas às condições clínicas (físicas e mentais) dos nossos servidores.

DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

Aprovar e garantir a execução do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;

Garantir os recursos financeiros para a efetiva implementação do PCMSO, inclusive custeando, sem ônus para o servidor, todos os procedimentos relacionados ao Programa;

Fornecer as informações necessárias à elaboração e execução do PCMSO;

Convocar os servidores para os exames médicos ocupacionais (Departamento de Recursos Humanos);

Garantir a liberação dos servidores para os procedimentos previstos no PCMSO junto ao Médico do Trabalho;

Exigir dos servidores o cumprimento das solicitações do Médico do Trabalho;

Emitir Registro de Acidente de Trabalho (Departamento de Recursos Humanos) quando solicitado pelo Médico Coordenador do PCMSO;

Fornecer às empresas contratadas para terceirização de serviços, informações relativas ao PCMSO, quando solicitadas.

DO MÉDICO COORDENADOR

- Coordenar o PCMSO;
- Supervisionar diretamente a execução do PCMSO;
- Dar ciência das doenças ocupacionais ao departamento de Recursos Humanos para que seja emitido o Registro de Acidente de Trabalho;
- Prestar esclarecimentos, quando solicitado, sobre os problemas de saúde ocupacional dos servidores, respeitando o princípio ético do sigilo médico;
- Realizar os exames médicos previstos para o PCMSO: admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais, ou selecionar e orientar profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, para a execução dos mesmos (o exame médico admissional está vinculado ao ato de posse do cargo público, sendo previsto e regulamentado pelos editais dos concursos públicos e a cargo da Gerência de Saúde e Prevenção
- – GSP, antiga Junta Médica Oficial do Estado, responsável pelas Perícias Médicas);

- Zelar pela padronização dos exames médicos ocupacionais a fim de que o servidor tenha o mesmo padrão de atendimento independente da unidade em que estiver lotado;
- Fornecer ao Órgão informações referentes a profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados para a realização dos exames complementares previstos no PCMSO;
- Solicitar o afastamento do servidor do trabalho ou da exposição ao risco quando constatada doença profissional e relatar quais medidas específicas de controle do fator causal podem ser adotadas.

DO MÉDICO EXAMINADOR

- Examinar o servidor e registrar em prontuário próprio a anamnese realizada;
- Dar ciência ao servidor sobre o(s) resultado(s) do(s) exame(s) e orientá-lo;
- Comunicar ao Médico Coordenador os casos de doenças ocupacionais;
- Seguir a rotina estabelecida pelo Médico Coordenador;
- Emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO.

Obs. Quando o Médico Coordenador for também o Médico Examinador, o mesmo acumula as responsabilidades supracitadas.

DOS COLABORADORES

- Colaborar com a execução do PCMSO, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada ao cumprimento do disposto neste Programa;
- Submeter-se aos exames médicos previstos no PCMSO;
- Cumprir as orientações médicas decorrentes da avaliação de sua saúde;
- Utilizar o Equipamento de Proteção Individual – EPI fornecido pelo Órgão;
- Cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo Órgão;
- Comunicar, imediatamente, ao Médico Coordenador, quando acometido por problemas de saúde.

EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS

- Os Exames Médicos Ocupacionais têm por objetivos a avaliação:
- Da saúde no aspecto geral;
- Da capacidade laborativa;
- Das possíveis repercussões do trabalho sobre a saúde.

Para a realização dos Exames Médicos Ocupacionais, o Médico Examinador observa a história pregressa do servidor através de anamnese clínica e ocupacional. Sem descuidar dos aspectos gerais, especial atenção deve ser dispensada aos seguintes itens:

- Exame dermatológico;
- Exame pulmonar e cardíaco;
- Exame da coluna vertebral;
- Habitualidade do fumo, álcool e drogas;

- Histórico de dores nos membros superiores Teste oftalmológico;
- Exame auditivo (percepção de alterações durante a entrevista).

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

O Exame Médico Admissional está vinculado ao ato de posse do cargo público, estando previsto e regulamentado pelos editais dos concursos públicos e a cargo da Gerência de Saúde e Prevenção - GSP, antiga Junta Médica Oficial do Estado, responsável pelas Perícias Médicas.

EXAME MÉDICO PERIÓDICO

Os Exames Médicos Periódicos são realizados respeitando-se a periodicidade especificada na NR - 07, da seguinte forma:

- Anualmente: servidores menores de 18 e maiores de 45 anos de idade;
- Bianualmente: servidores maiores de 18 e menores de 45 anos de idade;
- Intervalos menores: a critério do Médico Examinador e/ou Coordenador.

EXAME MÉDICO DEMISSIONAL

Os Exames Médicos Demissionais são realizados nas ocasiões de demissão e/ou aposentadoria por tempo de serviço (aposentadorias por invalidez exigem laudo pericial da Gerencia de Saúde e Prevenção- GSP).

O colaborador que tenha sido submetido a Exame Médico Ocupacional no período de até 135 dias anteriores à data da homologação da demissão ou aposentadoria por tempo de serviço, pode ser dispensado do Exame Médico Demissional (conforme determina a Portaria 3214/78 para atividades de grau de risco 1).

EXAME MÉDICO DE RETORNO AO TRABALHO

O Exame Médico de Retorno ao Trabalho deve ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia da volta ao trabalho do servidor ausente por período igual, ou superior, a 30 dias, por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, e parto (após a liberação pela GSP ou INSS).

EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO

O Exame Médico de Mudança de Função deve ser realizado antes da data da mudança quando implicar na exposição a risco diferente ao que estava exposto anteriormente.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames complementares, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico coordenador ou encarregado (médico examinador):

1) Solicitar ao Departamento Pessoal do Órgão de lotação do servidor o Registro do Acidente do Trabalho, feito em ficha de Registro de Acidente de Trabalho formulário padrão;

2) Indicar, quando necessário, parecer em outras especialidades médicas em sistema de referência e contra-referência para suporte diagnóstico e de tratamento;

3) Indicar, quando necessário, o estabelecimento do nexo causal e o afastamento do servidor da exposição ao risco, ou do trabalho;

4) Encaminhar o servidor para Perícia Médica da GSP - Gerência de Saúde e Prevenção, para avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

5) Orientar o servidor quanto à necessidade – adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

PROGRAMAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Os Exames Complementares são, obrigatoriamente, custeados pelo Órgão e compreendem provas laboratoriais de natureza ocupacionais necessárias para o monitoramento da exposição a agentes nocivos. Além dessas, outras provas podem ser solicitadas, a critério médico, para prevenir situações capazes de gerar agravos à saúde dos servidores.

Esta programação é definida a partir das informações contidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA relativas aos ambientes e processos de trabalho e a partir dos exames clínicos dos servidores.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Todo Exame Médico Ocupacional resulta na emissão do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO em duas vias, assim destinadas:

- Primeira via: arquivada no dossiê do servidor à disposição da fiscalização do trabalho no Departamento Pessoal; segunda via: obrigatoriamente entregue ao servidor mediante recibo na primeira via.

Parâmetros para Aptidão à Função

- Apto: servidor possuidor de condições de sanidade física e psíquica compatíveis com o desempenho da função proposta;
- Apto com restrição: servidor portador de alguma patologia (morbidade) que não o incapacite totalmente para sua atividade (deve obrigatoriamente constar do ASO a discriminação da restrição, incluindo o seu caráter temporário, com fixação de prazo para novo exame médico);
- Inapto: O servidor com incapacidade para o desempenho da função proposta será encaminhado ao médico coordenador para análise em conjunto com o médico examinador, quando houver.

Causas de Incapacidade em Exames de Saúde Ocupacional

São consideradas causas de incapacidade: enfermidades, síndromes, deformidades ou alterações, de naturezas congênitas, hereditárias ou adquiridas, capazes de comprometer a segurança e saúde do servidor, interferindo em sua eficiência e capacidade para o trabalho.

O parecer conclusivo de incapacidade depender da atividade exercida, cabendo análise do local de trabalho.

Faz-se exceção a esta regra os casos de vagas predestinadas às pessoas portadoras de deficiência, conforme determina a Lei n 8213.

As enfermidades, síndromes, deformidades ou alterações supracitadas, serão caracterizadas como causas de incapacidade, definitiva ou temporária, total ou parcial, a critério dos Médicos Coordenador e Examinador do PCMSO, considerando os respectivos prognósticos e a atividade exercida pelo servidor.

PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

São programas de caráter coletivos específicos para determinadas condições descritas no PCMSO ou detectados a partir do seu desenvolvimento. Podem ser úteis na prevenção e/ou monitoramento da Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade, Dependência Química, Tabagismo, DST/AIDS a fim de minimizar complicações.

As atividades podem ser incluídas na Semana do Servidor público, que acontece no mês de Outubro e na Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT, promovida pela CIPA.

Com base nos fatores de risco ocupacionais identificados na elaboração do PPRA e PCMSO e nas estatísticas de licenciamentos médicos do órgão, o Médico Coordenador planeja e desenvolve atividades de educação e treinamento com foco em "como trabalhar preservando a saúde". Os temas são específicos e o conteúdo programático deve considerar os fatores de risco em questão, suas possíveis conseqüências sobre a saúde e as formas de prevenção.

PRIMEIROS SOCORROS

Deve ser programado, para cada unidade do Órgão, treinamento específico em Primeiros Socorros para servidores designados pela Direção.

Efetuado o treinamento, cada unidade do Órgão deve ser equipada com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida. Os materiais devem ser mantidos aos cuidados dos servidores treinados:

01 termômetro;

01 tesoura;

01 pacote algodão hidrófilo 50 gramas;

05 pacotes de gazes esterilizadas com 05 unidades cada;

01 esparadrapo de 4,5m x 2,5 cm;

05 unidades de ataduras de crepe de 10 cm;

01 caixa de band-aid com 10 unidades;

01 frasco de dermoiodine ou povidine de 20 ml;

02 frascos de soro fisiológico a 0,9% de 250 ml;

01 frasco de álcool a 70% de 500 ml;

01 frasco de água boricada;

01 conta-gotas;

10 copos descartáveis;

Medicamentos a critério médico.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES

Toda unidade hospitalar deverá estar equipada com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELO SESMT APÓS SOCORRO A VÍTMA

Em caso de acidente de trabalho (incluindo de trajeto) será feita pelo SESMT do Órgão a Investigação de Acidente do Trabalho feita em formulário padrão (que ficará sob arquivo do próprio SESMT), para posterior emissão do Registro de Acidente do Trabalho pelo Departamento Pessoal;

Será encaminhada ao Departamento Pessoal cópia (fotocópia em "xerox") da Investigação de Acidente do Trabalho para emissão do Registro de Acidente do Trabalho.

PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELO DEPARTAMENTO PESSOAL PARA REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO.

Emissão do Registro de Acidente do Trabalho EM FORMULÁRIO PADRÃO, após envio da cópia de Investigação de Acidente do Trabalho efetuada pelo SESMT do Órgão e/ou solicitação do Médico do Trabalho Coordenador, em formulário padrão da seguinte forma:

Em DUAS VIAS ORIGINAIS –

UMA PARA O DEPARTAMENTO PESSOAL DO ÓRGÃO E, OUTRA PARA O ATENDIMENTO MÉDICO;

e QUATRO CÓPIAS DA ORIGINAL (fotocópia em "xerox"), sendo: UMA para GSP -Gerencia de Saúde e Prevenção,

UMA para o CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (SUS), UMA para o Servidor (a),

e UMA para O SESMT do Órgão.

RELATÓRIO ANUAL

O Relatório Anual do PCMSO deve ser elaborado ao fim de 12 meses de vigência do mesmo, devendo ser definida data no Cronograma de Ações para sua apresentação e discussão junto à direção do Órgão e com a participação da CIPA.

Consta do Relatório as atividades realizadas para educação e treinamento dos servidores visando à prevenção da doença de natureza ocupacional e ainda:

- Perfil dos servidores avaliados;

- Quantitativo de servidores acidentados no trabalho ou acometidos por doença ocupacional, com e sem afastamento, com diagnóstico e identificação por setor.

REGISTRO E ARQUIVO DE INFORMAÇÕES

Os Atestados de Saúde Ocupacional – ASO devem ficar à disposição da fiscalização do trabalho, arquivado no local de trabalho do servidor

O Relatório Anual do PCSO, assim que elaborado, também deve ficar à disposição da fiscalização, arquivado no Órgão.

Todos os dados obtidos nos Exames Médicos Ocupacionais, tais como resultados das avaliações clínicas e dos exames complementares, as conclusões e as condutas médicas, devem ser registrados de forma legível em prontuário individual do servidor, o qual ficará sob responsabilidade do Médico Coordenador, devendo permanecer guardado por período mínimo de 20(vinte) anos após o desligamento do servidor do órgão.

INFORMAÇÕES OBTIDAS NO INQUÉRITO PRELIMINAR DE SEGURANÇA E SAÚDE NOTRABALHO	
Posto de Trabalho: Departamento X	
Função: Gerente Y	
RISCOS OCUPACIONAIS RECONHECIDOS	
ERGONÔMICO	• EXEMPLO: • Acuidade Visual Prolongada; • Movimentos de Repetição (Digitação e Mouse).
ACIDENTE	NA
FÍSICO	NA
QUÍMICO	NA
BIOLÓGICO	NA
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PRODUTIVOS	
Exercem a gerência dos serviços administrativos, das operações financeiras, incluindo-se as do setor bancário. Planejam, dirigem e controlam os recursos e as atividades do Órgão ou Entidade, com o objetivo deminimizar impacto financeiro.	

- NA – Risco Ocupacional não aplicável para a função.
- Informamos que os riscos são inerentes à função dos trabalhadores, como medida de segurança recomenda-se que os mesmos façam uso de EPI's, de forma adequada e correta através de treinamentos específicos.

MEDIDAS DE CONTROLE MÉDICO EM SAÚDE OCUPACIONAL		
Exame Médico Periódico anual; Orientar o trabalhador quanto à diversificação da função paraevitar o desconforto.		EXAMES COMPLEMENTARES
Departamento Financeiro	EXEMPLO: Gerente Financeiro	EXEMPLO: Exames complementares a critério do médico examinador
Departamento de Obras	EXEMPLO: Técnico	EXEMPLO: Examecomplementar ⇒ Audiometria

EXAME	PERIODICIDADE				
	Admissional	Seis meses após aAdmissão	Semestralmente	Anual	Demissional
ASO - Atestado de Saúde Ocupacional	X	_ _ _ _	_ _ _ _	X	X
Audiometria	X	X	_ _ _ _	X	X
OBS QUANDO NECESSÁRIO: Informamos que não foram ultrapassados os limites de tolerância feitos em dosimetriade ruído durante jornada de trabalho (expressa na NR 15) para todas as funções, da **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** acreditamos ser interessante à realização de audiometria de controle para alguns cargos em decorrência de picos de ruídos contínuos que podem por alguns instantes ultrapassar os limites de tolerância naquele momento, mas não na jornada de trabalho como um todo. Essa					

audiometria de controle funciona para análise da sanidade auditiva do servidor por parte do Serviço de Medicina Ocupacional, e não para monitoramento e controle de perda auditiva induzida por ruído ocupacional - PAIRO, uma vez que como já referido a dosimetria de ruído não ultrapassou os limites de tolerância.

PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL													
CRONOGRAMA	ABR. 2008	MAI. 2008	JUN. 2008	JUL. 2008	AGO. 2008	SET. 2008	OUT. 2008	NOV. 2008	DEZ. 2008	JAN. 2009	FEV. 2009	MAR. 2009	STATUS
Atividade: Exames Médicos ⇒ Manter os exames médicos atualizados, cumprindo a tabela de periodicidade.	❖ Processo realizado no decorrer do ano												➔ Em andamento
Atividade: Palestra sobre Tabagismo													➔ Realização da Atividade fica a critério do Departamento Pessoal do Órgão.

Atividade: Primeiros Socorros ⇒ Todo Órgão deverá estar equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando - se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim. Conforme item 7.5 da Norma Regulamentadora 07. TREINAMENTOS Abordagem: ⇒ Primeiros Socorros													➔ A Realizar

7.5.8 Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT.

6.3.1 Objetivo:

Este laudo objetiva avaliar as atividades exercidas pelo trabalhador no exercício de suas funções e/ou atividades, determinando se o mesmo esteve exposto a agentes nocivos, com potencialidade de causar danos à saúde ou a sua integridade física, em conformidade com os parâmetros estabelecidos na legislação vigente. A caracterização da exposição foi realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos na legislação trabalhista vigente (Normas Regulamentadoras – NR, da Portaria n. 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego), tendo sido realizada inspeção nos locais de trabalho do empregado e considerados os dados constantes nos diversos documentos apresentados pela empresa.

Deve manter-se atualizado, anualmente ou nos casos de alteração do ambiente de trabalho ou da exposição de agentes nocivos ao trabalhador.

6.3.2. Identificação do local periciado:

O ambiente de trabalho onde o Auxiliar X desenvolve suas atividades é o do setor Y

6.3.3. Descrição do ambiente de trabalho:

O ambiente de trabalho onde o Auxiliar X desenvolve suas atividades é Situado no segundo andar com acesso através de escada em granito com fita antiderrapante e corrimão e viga em alvenaria com altura irregular não sinalizada. Piso em cerâmica, teto em gesso, paredes em alvenaria rebocadas e pintadas, ventilação e iluminação natural e artificial

6.3.4. Descrição das atividades do trabalhador:

Os trabalhos de Auxiliar X consistem em Executar atividades de cortes de fragmentos, descrição de peças cirúrgicas e biópsias dos pacientes, manusear reagentes químicos e fazer necropsias de fetos.

6.3.5 Análise Qualitativa e possíveis riscos ocupacionais:

a) FÍSICOS:

b) QUÍMICOS: Álcool absoluto, Formol (10%).

c) BIOLÓGICOS: Microorganismos

d) ERGONÔMICOS: Postural.

e) DE ACIDENTES: Cortes e Ferimentos, Quedas e Fraturas.

6.3.6 Tempo de exposição aos riscos:

Exposição aos riscos Químicos, Biológicos, Ergonômicos e de Acidentes de modo permanente.

6.3.7 Equipamentos de proteção individual:

A empresa fornece:

Luva de Látex (CA 14480)

Máscara Descartável (CA 10814)

Óculos de Segurança (CA 10377)

Protetor Facial (CA 15019)

Touca Descarpak

Avental Impermeável (CA 13944)

6.3.8 Equipamentos de proteção coletiva:

Não há EPCs.

6.3.9 Metodologia de Avaliação Ambiental:

Avaliação quantitativa realizada no local de trabalho.

MEDIÇÕES RUIDO POSTO I: 56.6 dB

POSTO II: 80.4 Db

LUMINOSIDADE POSTO I: 524 LUX

POSTO II: 1542 LUX

6.3.10 Métodos, Técnicas, Instrumentos e Aparelhos utilizados:

Os instrumentos utilizados para a avaliação quantitativa foram: luxímetro digital, modelo: LD 200, decibelímetro digital, com data de última verificação em 02/11/07.

6.3.11 Conclusão:

De acordo com a Norma Regulamentadora n 15 e seus anexos, da Portaria 3.214/78 e Lei 6.514/77 as atividades são consideradas insalubres quando o trabalhador estiver exposto aos agentes nocivos à saúde e a integridade física de modo habitual e permanente. Como podemos observar a atividade de Auxiliar X está exposto aos riscos físicos, químicos ou biológicos, de modo habitual e permanente caracterizando os fatores que justificam ao adicional de INSALUBRIDADE. Ficando assim com o direito de receber o adicional de INSALUBRIDADE, Na proporção de 20% sobre o salário mínimo vigente.

Diante da inspeção realizada no local de trabalho, verificou-se que de acordo com a NR-16, anexo 2, da Portaria no. 3.214/78, o Auxiliar X não fica exposto ao risco de explosão, não caracterizando assim os fatores que justificam o adicional de PERICULOSIDADE.

De acordo com a convenção coletiva firmada entre o Sindicato dos laboratórios e Bancos de Sangue do Estado de Goiás – SINDILABS, e o Sindicato dos Trabalhadores em Serviços de Saúde da Rede Privada do Município de Goiás e Cidades Circunvizinhas – Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, a atividade de Auxiliar X caracteriza os fatores que justificam o adicional de INSALUBRIDADE, na proporção de 20 % sobre o salário mínimo vigente.

Obs.: Acompanhou realização da perícia – SRª. W

Data da realização da perícia 28/02/2021

7.5.9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e demais planos relacionados a segurança do trabalhador

1 OBJETIVOS

A norma Regulamentadora – NR-9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do programa de prevenção de riscos ambientais que tem como objetivo à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores, fornecendo parâmetros legais e técnicos, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüentemente o controle da ocorrência dos Riscos Ocupacionais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho.

O Programa não se resume apenas em atender as exigências da Legislação, como também visa apresentar sugestões e recomendações técnicas adequadas à sua realidade, tornando

o ambiente laboral mais saudável, prevenindo os acidentes do trabalho e as doenças profissionais ocupacionais, evitando perdas, gerando bem estar e influindo positivamente na melhoria da qualidade e da produtividade.

Para tanto, deverá ser colocado em prática um Programa de Segurança e Saúde que obedecerá as Normas de Segurança, atendendo as NRs e a legislação especifica do Estado de Goiás. Definindo atribuições, responsabilidades e autoridade ao pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influem na Segurança e que intervêm no processo produtivo; determinar as medidas de proteção e prevenção; definir as medidas de proteção a implementar em função do risco; fazer a previsão dos riscos que derivam do processo de execução dos serviços.

O PPRA é documento fundamental para elaboração do PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, previsto na NR -7.

2 - **ASPECTOS** GERAIS

a Policlínica Regional - Unidade Goiás, objetivando a manutenção das condições de Segurança no Trabalho a que estão sujeitos seus funcionários e tendo como base à análise de todos os setores, quantificando, registrando e determinando um cronograma de correção, específico por riscos ou agentes detectados, vem apresentar o seu PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS, nos termos previstos na Portaria n 3214 de 08 de junho de 1978 – (NR-9).

O Programa é de fundamental importância, considerando a preocupação do Órgão no controle e eliminação dos riscos oriundos das atividades laborais relacionadas com o objetivo de sua atividade principal.

Fica como responsabilidade do órgão a fornecer todos os meios e recursos para que todas as atividades sejam executadas com o máximo de segurança.

Cabendo ao corpo gerencial proporcionar aos servidores a locação de meios e recursos necessários para este fim, informando aos trabalhadores os riscos existentes em seu ambiente de trabalho, os métodos de controle e prevenção dos mesmos, exigir o cumprimento das metas estabelecidas neste programa, e assegurar a liberdade individual do servidor para interromper a atividade caso ocorra indícios de risco grave e eminente.

E fica a cargo do servidor seguir as orientações recebidas nos treinamentos propostos por este, informando ao seu superior de imediato a ocorrência que ao seu julgamento e experiência implique em risco a sua saúde e/ou de companheiros, colaborar e participar da implantação e execução do PPRA.

O programa, depois de seu primeiro ciclo, será reavaliado **bi anualmente** ou a intervalo menor, se necessário, sendo suas diretrizes corrigidas de acordo com a necessidade de melhoria das condições de trabalho.

O PPRA estará disponível para as autoridades competentes, trabalhadores interessados ou seus representantes

RESPONSABILIDADES

Do Empregador:

Estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA.

Oferecer um ambiente de trabalho que garantam perfeita segurança e conforto aos que nela trabalham.

Somente permitir que profissional qualificado possa instalar, operar, inspecionar ou reparar instalações elétricas, máquinas/equipamentos e transporte de cargas.

Fornecimento gratuito de EPI's do tipo adequado à atividade do servidor e que tenha certificado de aprovação (C. A), quando as medidas coletivas não fornecerem proteção.

Treinar o trabalhador sobre o uso do EPI e tornar seu uso obrigatório. Cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho.

Facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente, acompanhados de representantes dos servidores.

Informar aos trabalhadores os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho e os meios para prevenir.

Diretoria e Gerência de Pessoal:

Zelar pelo cumprimento do PPRA

Arquivar os registros de dados relativos ao PPRA por um período mínimo de 20 anos Disponibilizar o registro de dados aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para

autoridades competentes.

Colaborador

Colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;

Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;

Informar ao seu superior hierárquico direto, ocorrências que possam implicar riscos à saúde dos Trabalhadores.

Colaborar com o órgão na aplicação das ordens de serviço expedidas pelo empregador;

Zelar pelo EPI fornecido pelo órgão e usá-lo apenas para a finalidade a que se destina e comunicar qualquer alteração que o torne impróprio para uso;

Submeter-se aos exames médicos previstos nas normas regulamentadora

4 - ANALISE DOS RISCOS

É Análise das condições de trabalho por seção ou setor, visando identificar os riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes) potenciais e sugerir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

Riscos Físicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes físicos: temperaturas extremas, umidade, ruído, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, pressões anormais, infra-som e ultra-som.

Riscos Químicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes químicos: substâncias e/ou compostos ou produtos químicos em geral que possam penetrar no organismo pelas vias respiratórias, tais como poeiras, nevoas, fumos, neblinas, gases e vapores.

Riscos Biológicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes biológicos: bactérias, fungos, bacilos parasitas, protozoários, vírus, entre outros microorganismos.

Riscos Ergonômicos

São os riscos ligados a execução e a organização de todos os tipos de tarefas desempenhadas pelo homem.

Riscos de acidentes

São situações que fogem do controle dos membros do órgão, mas que podem ter seus efeitos minimizados mediante atitudes previstas, indicadas e divulgadas por este programa, como acidente com eletricidade, manuseio de Ferramentas e Equipamentos, escorregão e outros.

Avaliação quantitativa

Dimensionar a exposição dos trabalhadores a riscos mensuráveis. É feita pelos equipamentos

- DECIBELÍMETRO: Equipamento utilizado para coleta instantânea de ruídos, não servindo de base confiável, uma vez que não emite material impresso, podendo desta forma ter seus dados alterados.

- AUDIODOSÍMETRO: Equipamento utilizado para execução de Laudo de Ruído, emitindo laudo impresso do período avaliado, configurando assim instrumento confiável para acompanhamento da jornada de trabalho. Conforme observado na NR-15, anexo n 1 e n° 2.

- LUXÍMETRO: Equipamento utilizado para verificação da luminância nos ambiente, observando os limites estipulados de conforto lumínico conforme observados na NR-15, anexo.

- TERMÔMETRO DE GLOBO: Equipamento utilizado para verificação de temperatura nos ambiente desejados, observando os limites estipulados de conforto lumínico conforme observados na NR-15.

SIGLAS

PPRA – Programa de Prevenção de riscos Ambientais.

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho SESMT – Serviço Especializado Segurança Medicina do Trabalho CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

CIPATR – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

PPP – Perfil Profissiográfico previdenciário LTCAT – Laudo Técnico de condições Ambientais CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica.

dB (A) – Unidade de Ruído, Nível de Pressão Sonora.

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual. EPC's – Equipamentos de Proteção Coletiva. LER – Lesões por Esforços Repetitivos.

DORT – Doenças Osteomuscular Relacionada ao Trabalho.

LUX – Unidade de Iluminamento.

IML – Índice Médio de Iluminamento.

MTB – Ministério do Trabalho.

DRT – Delegacia Regional do Trabalho INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia. NBR – Norma Brasileira Registrada.

NR – Normas Regulamentadoras

NRR – Normas Regulamentadoras Rurais.

SEPATR – Serviço Especializado de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

CAMPAT – Campanha Nacional de prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

ORIENTAÇÕES GERAIS (CONSIDERAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE CONTROLE)

Ações a serem Desenvolvidas de forma permanente:

III. 1- Campanhas Educativas

É uma das melhores formas de promover a saúde e segurança nos ambiente de trabalho. Com a realização de treinamentos, palestras, inspeções no ambiente de trabalho, fixação de cartazes e placas com frases educativas e motivadoras a prática prevencionista.

III. 2- Treinamentos

Todos os trabalhadores do órgão deverão receber um treinamento admissional e periódico, objetivando a garantia de sua integridade física. Os treinamentos deverão ser realizados no horário de trabalho e devem preencher, no mínimo, os seguintes quesitos:

- Forma correta de executar os serviços;
- Riscos inerentes a sua atividade nos ambientes do órgão;
- Forma correta de utilização do EPI;
- Orientações sobre normas de procedimentos de segurança no órgão;

Obs.: Colher assinatura do servidor, dando ciente sobre as orientações recebidas.

III. 3- Palestras Educativas

Têm como objetivo despertar e promover a motivação para segurança e a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Segue sugestões de temas a ser abordado:

Técnicas de prevenção e combate a incêndios; A importância do uso de EPI's;

Segurança e Saúde no Trabalho;

Alcoolismo, tabagismo, DST/AIDS e outros temas relevantes.

III. 4- Controle e Avaliação dos Resultados

O PPRA deverá ser analisado pelo responsável que o órgão indicou, deverão ser observadas nesta análise, se as recomendações apresentadas neste documento, estão sendo obedecidas e se os resultados obtidos são os desejados.

Mapa de Risco

Deve reunir as informações necessárias para estabelecer o diagnostico da situação de segurança e saúde do trabalho no órgão, isso também possibilita, durante a sua elaboração, a troca e divulgação de informações entre os trabalhadores, bem como estimular sua participação nas atividades de prevenção. Esse trabalho deve ser desenvolvido pelos componentes da CIPA com o apoio do SESMT.

Ordem de serviço

É necessário implementar as ordens de serviços sobre Segurança e Medicina do Trabalho, conscientizando os servidores das obrigações e proibições que os mesmos devam conhecer e cumprir e que são passiveis de punição pelo seu descumprimento, conforme NR-1

O Órgão deve ter uma Ordem de Serviços Geral fixada no mural e uma ordem de serviço por função com uma copia arquivada e outra entregue a cada servidor.

7- Em caso de acidente

Em casos de ocorrência de acidente de baixa gravidade, a vítima deverá ser encaminhada para o local adequado, onde possa ser atendido por profissional apto.

Em caso de acidente fatal, comunicar de imediato às autoridades competentes, ao SESMT do local e a Gerência de Saúde e Prevenção. Isolar os locais diretamente relacionados ao acidente, mantendo suas características até sua liberação pela autoridade policial competente.

III. 8- Reunião ordinária da CIPA ou designada

Para discussão e análise de todos os acidentes com afastamento superior a 15 dias ou fatais, como as medidas de prevenção de acidentes.

III. 9- Fichas de controle de EPI

Cabe ao empregador, manter uma ficha de fornecimento de EPI para cada servidor. Esta ficha é um documento legal e comprovante do órgão pelo fornecimento dos EPI's aos trabalhadores, portanto, qualquer servidor que seja transferido para outro estabelecimento ou obra, deve ser acompanhado pôr esta ficha. Caso o servidor seja dispensado ou peça demissão, é importante que esta ficha fique arquivada na sua pasta de

documentos. Na ficha deve conter: nome do servidor, função, EPI fornecido, data da retirada, data da entrega, assinatura do servidor e assinatura do responsável pela entrega.

III. 10- Utilização do EPI – Equipamento de Proteção individual

Quando as medidas coletivas não forem suficientes ou não estiverem implantadas, recorre-se ao uso da proteção individual - EPI.

Para correta utilização do EPI, deverá ser adotado os seguintes procedimentos:

- Seleção Técnica do EPI;
- Adequação aos riscos e as atividades exercidas pelos trabalhadores;
- Verificação do conforto oferecido através de avaliação feita pelos trabalhadores;
- Validade do CA e N de identificação;
- Especificação Técnica do Fabricante;
- Registro de entrega;
- Reposição conforme uso com devolução;
- Treinamento sobre a correta utilização;
- Limitações de proteção que o EPI oferece;
- Estabelecimento de Normas ou procedimentos quanto ao fornecimento, uso, guarda, higienização, conservação, manutenção e reposição, visando manter a proteção originalmente estabelecida.

III. 11- Estojo de primeiros Socorros

O órgão deverá estar equipado de estojo de primeiros socorros e quando possível ter profissional treinado.

Obs.: O empregador deverá garantir que a ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam

interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providência.

As orientações aos servidores deverão ser feitas por documentos escritos e assinados pelo servidor ou através de sinalizações fixadas em locais próprios.

III. 12 - Risco Ambiental

A existência ou não de riscos ambientais em níveis ou concentrações que prejudiquem a saúde ou a integridade física do trabalhador, será comprovada mediante a apresentação dos relatórios: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (PCMT), Programa de Controle Médico de saúde Ocupacional (PCMSO), LTCAT, e PPP.

PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)

É obrigatoriedade por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como servidores, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

De conformidade com a Norma Regulamentadora NR-7, é obrigação de todo Órgão a elaboração e Implementação do PCMSO.

PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)

O PPP é um documento histórico-laboral individual do trabalhador foi instituído através do Anexo XV da instrução Normativa do INSS n. 078/02. Será exigido dos Órgãos que possuem trabalhadores expostos a agentes nocivos prejudiciais à saúde e que são candidatos à aposentadoria especial concebida após 15, 20 ou 25 anos de trabalho.

LTCAT

É um laudo técnico de condições Ambientais do Trabalho que deve ser expedido por engenheiro de segurança do trabalho e médico do trabalho. É um documento que retrata as condições do ambiente de trabalho de acordo com as avaliações dos riscos, concluindo sobre a caracterização da atividade como especial. É um dos documentos que integram as ações do PPRA exigido pela legislação previdenciária.

Consistem na aplicação de técnicas de amostragens para a realização de avaliações quantitativas de agentes físicos e químicos presentes no ambiente de trabalho através de medições das concentrações dos contaminantes (substâncias e compostos químicos) ou das intensidades dos agentes físicos (ruído, vibrações, calor, etc) e posterior comparação com os respectivos limites de tolerância da NR 15 (L.T) ou ACGIH (American Conference of Governamental Industrial Hygienists).

O LTCAT é à base de informações para emissão do PPP quando o trabalhador está exposto a agentes nocivos.

<table>
<tr><td colspan="2"><<Nome do Órgão>></td><td colspan="3">Antecipação e Reconhecimento de Riscos Ambientais</td><td>Data:</td><td>Planilha n° 01</td></tr>
<tr><td colspan="2">Setor:</td><td colspan="3">Ramo de Atividade:</td><td colspan="2">Grau de risco:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Descrição física:</td><td colspan="3">N. de servidores do setor:</td><td rowspan="2">Turno de Trabalho:</td><td rowspan="2">Jornada de trabalho:</td></tr>
<tr><td>Masculino:</td><td>Feminino:</td><td>Menor:</td></tr>
<tr><td>N° de servidores nafunção:</td><td colspan="6">Descrição das atividades da função:</td></tr>
</table>

Função	Risco Ambiental	Agentes	Fonte Geradora	Freqüência de exposição	Tipos de Exposição	Possíveis Danos à Saúde	Proposta e ou Medidas de Controle já Existente
	Físico						
	Químico						
	Biológico						
	Ergonômico						
	Acidente						

7.6 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

7.6.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.6.1.1 DA FINALIDADE

Atender a resolução CFM n 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre à saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

7.6.1.2 MEMBROS

A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção de controle e avaliação, será será composta pelos seguintes membros: em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Será constituída por 6 (seis) membros efetivos e 6 (seis) membros suplentes do corpo clinico: 1 Enfermeiro; 1 Médico; 1 Residente;1 Farmácia ; 1 Faturamento e 1 Estatística .

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem por finalidade atender a resolução CFM n 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre à saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de

caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Policlínica Regional - Unidade Goiás, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com as comissões de ética médica, de enfermagem e multiprofissional da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

7.6.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art.1 A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é um órgão coligado da Policlínica Regional - Unidade Goiás, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários medicos, identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas na inexatidão de dados epidemiológicos, falhas de faturamento e na prestação de contas para ao gestor do contrato e os orgãos de controle, interno e externo, tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será constituída por 6 (seis) membros efetivos e 6 (seis) membros suplentes do corpo clínico, sendo representado por: 1 Enfermeiro; 1 Médico; 1 Residente;1 Farmácia ; 1 Faturamento e 1 Estatística.

§ 1°. Na primeira gestão, os seus membros serão indicados pelo Diretor Geral e pelo Diretor Técnico;

§ 2°. Nas gestões seguintes, os representantes de cada área serão eleitos por seus pares e designados pelo Diretor Geral;

Art. 3°. O Coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e o Secretario serão escolhidos entre os seus membros com mandatos iguais aos componentes da Comissão.

Art. 4°. A duração do mandato dos membros será de 02 (dois) anos.

§ 1°. A duração do mandato do coordenador e secretário será de 1 (um) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do segundo ano.

§ 2°. Recondução para o cargo de coordenador poderá ocorrer apenas uma vez.

Art. 5°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser definida na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6°. A Coordenação da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos requisitará à Seção de Arquivo Médico e Estatística os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela Comissão.

Art. 7°. Uma vez recebidos os prontuários, a providenciará o seu registro em livro próprio para este fim.

Art. 8°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos distribuirá os prontuários recebidos em escala de rodízio, entre os membros da comissão para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art. 9°. O relator terá um prazo de 15 (quinze) dias úteis para elaborar o seu parecer.

§ Único. O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Coordenador, em casos excepcionais.

Art. 10°. Nos dias de reunião ordinária da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, os relatores apresentarão seus pareceres, que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV

DA COMPETENCIA:

Art. 11°compete a essa Comissão de Revisão de Prontuários Médicos estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

Art. 12°Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico;

Art. 13°Rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

Art. 14°Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico;

Art. 15°Devolver os prontuários médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso;

Art. 16°Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Instituição;

Art. 17°Revisar todos os prontuários glosados e, por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

Quanto à clareza e legibilidade;

Qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;

Diagnóstico provável e definitivo;

Art. 18°Segmento e continuidade das prescrições:

Temporalidade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais;

Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;

Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;

Verificação de ultrapassagem ou anteComissão de Prevenção de Acidentesção da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Diretor da Divisão Médica, sobre tais ocorrências.

Art. 19°Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;

Art. 20°Arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 21°. São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos:

estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico seja em meio físico (papel) ou eletrônico;

rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

avaliar a qualidade das anotações (registros eletrônicos) feitas no prontuário médico;

Informar sobre os prontuários médicos, sobre a qualidade das anotações aos chefes de serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;

apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos da Instituição;

revisar todos os prontuários glosados e por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

quanto à clareza e legibilidade, se em meio físico;

quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;

diagnóstico provável e definido;

segmento e continuidade das prescrições;

temporaneidade da transição dos dados dos parâmetros;

forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;

verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;

verificação de ultrapassagem ou antecipação da Comissão de Prevenção de Acidentes na atuação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Departamento Médico, sobre tais ocorrências;

exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;

arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 05 (cinco) anos, no mínimo;

reunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Coordenador.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23º. Este estatuto está em consonância com a Portaria Conjunta MEC/MS n° 01/94.

Art. 24º. As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o diretoria clinica, para apreciação junto ao coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos. Três ausências consecutivas implicam no desligamento e substituição do membro faltoso.

Art 25º. Este estatuto poderá ser alterado:Após avaliação de desempenho da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, se for o caso;Pelas eventuais exigências de novas legislações pertinentes ao assunto;Em ambos os casos, por proposta da maioria simples da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos ou do Diretor Técnico na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Goiás, x/x/2019. Assinam:

Diretor Geral

Diretor Técnico

7.6.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
Reunião de planejamento												

anual e Definições de Metas												
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros												
Reunião de apresentação e análise dos dados levantados dos prontuários avaliados												
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento												
Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados												
Elaboração de Relatórios												
Apresentação de relatórios a alta direção												

7.6.3.1 Membros Componentes

Serão disponibilizados servidores administrativos com capacitação técnica e em numero suficiente para a elaboração dos fluxos e processos de arquivamento e digitalização futura dos arquivos. Assim como a administração ira designar um esapço físico adequado.

7.6.3.2 Organização Horária

O setor irá funcionar de segunda a sexta feira em horário comercial das 08h as 18 hs, para manuseio das peças do chamado arquivo morto, e em horário de 12 hs os arquivos circulantes em cada posto de trabalho da assistência na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

c) Modelos de fichas

O ***INSTITUTO CEM*** se compremete a implantar imediatamente a assinatura de contrato um sistema eletrônico de prontuários médicos hospitalares que atendam as inovações tecnológicas de assistência com qualidade ao usuário na Policlínica Regional - Unidade Goiás. Para isso se propõe *a utilização do sistema de software de Gestão para Unidade de Saúde*

7.6.4 Organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos

7.6.4.1 PEP – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (FOCO NO USUÁRIO DE TI E PACIENTE)

Reúnem, em um único local, todas as informações clínicas e assistenciais de todos os atendimentos dos pacientes, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia-a-dia de trabalho dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

- ✓ Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissão.
- ✓ Biometria: maior segurança no acesso.
- ✓ Acesso remoto e simultâneo às informações do prontuário por vários profissionais de saúde.
- ✓ Principais funcionalidades e características:
- ✓ Alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.
- ✓ Reúne e disponibiliza online a relação de atendimentos, informações demográficas, alergias, sinais vitais, prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, diagnósticos, cirurgias realizadas, resultados de exames, laudos e imagens, documentos clínicos eletrônicos, imunizações, informações cadastrais do Programa Saúde da Família e resumo clínico.
- ✓ Possibilita a análise estatística das informações clínicas.
- ✓ Garante a legibilidade total das informações.
- ✓ Organiza o prontuário dos pacientes, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações.
- ✓ Integração total com o sistema de gestão hospitalar.
- ✓ Reduz custos operacionais e torna o negócio mais competitivo.
- ✓ Rastreabilidade na edição dos dados do prontuário eletrônico do paciente.
- ✓ Interface gráfica intuitiva e amigável.
- ✓ Sistema de Diagnóstico por Imagem (Foco no usuário de TI e Paciente)

Gerenciar os serviços de radiologia e imagem da unidade, administrando o cadastro das solicitações de exames, laudos padronizados e tabelas de preços. Permite o agendamento dos exames no momento do atendimento dos pacientes ou a solicitação dos mesmos automaticamente através das prescrições médicas. A aprovação dos exames é realizada eletronicamente, e o sistema possibilita o controle do uso de materiais por exame. Segue abaixo o que o sistema contempla:

- ✓ Pedido de Exame;
- ✓ Laudos;
- ✓ Confirmação de exame;

- ✓ Custo de exame;
- ✓ Entrega de Laudo;
- ✓ Cadastro de Paciente;
- ✓ Situação de Paciente;
- ✓ Atendimento Externo;
- ✓ Guias;
- ✓ Acoplamento;
- ✓ Cancela Acoplamento;
- ✓ Alteração de Atendimento.
- ✓ Tecnologia da Informação

7.6.4.2 Sistema de Arquivamento e Controle de Prontuários

Em consonância a nova legislação vigente "Diário Oficial da União aprovou a lei 13.787/18, que autoriza o armazenamento eletrônico de prontuários médicos em hospitais e o manuseio das informações pelo paciente", imediatamente ao assumir a gestão o **INSTITUTO CEM** irá dar inicio ao processo de construção de um padrão de sistemas e software que organiza as pastas de forma eficiente, utilizando cores, etiquetas e divisões que facilitam o seu manuseio e a procura por informações do paciente.

As informações para o SAME são providas por diversos setores na Policlínica Regional - Unidade Goiás:

Informática: através do sistema de gerenciamento hospitalar que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;

Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;

Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;

Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;

Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;

Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

7.6.5 Turnos de funcionamento

A Comissão identificará as oportunidades de melhoria, através da análise do prontuário, comunicando osresultados aos setores responsáveis, podendo propor um plano de ação para intervenção junto à equipe.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à diretoria geral. Esse mesmo relatório deverá ser encaminhado à Diretoria Técnica a cada final de turno de 12/36 horas.

Quando da superveniência de assuntos que venham a ferir a ética profissional ou destaquem problemas de responsabilidade profissional, a comissão deverá elaborar um relatório para encaminhar à comissão de ética médica e/ou de enfermagem para as providências cabíveis.

7.6.6 Modelos de fichas

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	
CRITÉRIO/FORMULÁRIO	**O QUE AVALIAR**
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	PRESENÇA DOS TRÊS IDENTIFICADORES DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA - NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO E NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE. NOS CASOS DE CRIANÇAS - ACRESCENTAR O NOME DA MÃE AOS IDENTIFICADORES OBRIGATÓRIOS. TODOS CORRETAMENTE REGISTRADOS NOS FORMULÁRIOS DE PREENCHIMENTO MANUAL.
LEGIBILIDADE	REGISTROS DE PREENCHIMENTO MANUAL QUE PERMITAM A FACILIDADE DA LEITURA E COMPREENSÃO DO TEXTO.
ADMISSÃO MÉDICA	AVALIAR SE EXISTE A PRESENÇA DO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO EM TODAS AS CLÍNICAS EM QUE O PACIENTE FOI ADMITIDO.
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	AVALIAR SE EXISTE A PRESENÇA DO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO ADMISSÃO ENFERMAGEM EM TODAS AS CLÍNICAS EM QUE O PACIENTE FOI ADMITIDO.
RELATÓRIO DE ALTA	AVALIAR SE O CID PRINCIPAL DESCRITO NO RELATÓRIO MÉDICO É O MESMO DA ÚLTIMA EVOLUÇÃO MÉDICA DO PACIENTE.
DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU ENCAMINHAMENTO SVO/IML	TODOS OS ITENS DO FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS, SEM RASURAS E IDENTIFICADOS: A - CAUSA TERMINAL; B E/OU C - CAUSA SEQUENCIAL; D - CAUSA BÁSICA.
EVOLUÇÃO MÉDICA	SE EXISTE REGISTRO DIÁRIO DE EVOLUÇÃO DESSA CATEGORIA.
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	SE EXISTE REGISTRO DIÁRIO DE EVOLUÇÃO DESSA CATEGORIA.
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	AVALIAR A PRESENÇA DO(S) RELATÓRIO(S) DE TRANSFERÊNCIAS - UM RELATÓRIO PARA CADA TRANSFERÊNCIA.
REGISTRO DE TRANSPORTE	PARA TRANSPORTES NÃO CRÍTICOS - EVOLUÇÃO NO PRONTUÁRIO DO TRANSPORTE DO PACIENTE REALIZADA PELOS TÉCNICOS DE TRANSPORTE; PARA TRANSPORTES CRÍTICOS - *CHECKLIST* DE TRANSPORTE CRÍTICO COMPLETAMENTE PREENCHIDO.
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM SALA CIRÚRGICA - O TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO SERÁ INFORMATIZADO (DO SISTEMA) E DEVERÁ CONSTAR A ASSINATURA DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL E A ASSINATURA DO MÉDICO QUE APLICOU O TERMO. NOS CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, QUANDO O CONSENTIMENTO NÃO FOR POSSÍVEL, DEVERÁ CONSTAR NO TERMO A ASSINATURA DE DOIS MÉDICOS.
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	PARA OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM SALA CIRÚRGICA - O TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO SERÁ MANUAL, PREENCHIDO TOTALMENTE, ASSINADO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL E PELO MÉDICO QUE APLICOU O TERMO.
FICHA DE ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO	A PRIMEIRA PÁGINA DA FICHA DEVE SER COMPLETAMENTE PREENCHIDA. O SEU VERSO DEVE ESTAR PREENCHIDO QUANDO: BLOQUEIO ESPINHAL - CASO SE TRATE DE ANESTESIA DO NEUROEIXO [RAQUI OU PERIDURAL]; BLOQUEIO REGIONAL - CASO SE TRATE DE ANESTESIA DE NERVOS PERIFÉRICOS [BLOQUEIOS]; TEMPO DE GARROTE - PARA ALGUMAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS; RESUMO - PREENCHIDO PARA TODO TIPO DE ANESTESIA; RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - PREENCHIDO COMPLETAMENTE QUANDO O PACIENTE FOR PARA A SRPA. NO CASO DOS PACIENTES QUE VÃO IMEDIATAMENTE PARA A UTI APÓS A CIRURGIA, O CAMPO NÃO NECESSITA DE PREENCHIMENTO, PORÉM DEVE CONTER O REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE.
FORMULÁRIO DA SAEP	TODOS OS ITENS DO FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS E O CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO COM OS MARCADORES ESPECÍFICOS.
EVOLUÇÃO PÓS-CIRÚRGICA	ENFERMAGEM - IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DA SRPA; CIRURGIÃO - PRIMEIRA EVOLUÇÃO PÓS-CIRÚRGICA (FOLHA DE EVOLUÇÃO DO SETOR).
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	AVALIAR A PRESENÇA OU NÃO DO FORMULÁRIO RELATÓRIO DE CIRURGIA NO PRONTUÁRIO

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS		
PACIENTE:		
PRONTUÁRIO:	DN: / /	UNIDADE DE SAÍDA:
DATA DA INTERNAÇÃO: / /	DATA DE ALTA: / /	Nº DE INTERNAÇÕES:

CRITÉRIOS AVALIADOS	PONTOS	C	NC	N/A	OBSERVAÇÕES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	1				
LEGIBILIDADE	1				
ADMISSÃO MÉDICA	1				
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	1				
RELATÓRIO DE ALTA/DO/SVO/IML	1				
EVOLUÇÃO MÉDICA	1				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	1				
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	1				
REGISTRO DE TRANSPORTE	1				
SOMENTE PARA PACIENTES QUE REALIZAM CIRURGIA					
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	1				
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	1				
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	1				
ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO	1				
FORMULÁRIOS DA SAEP	1				
EVOLUÇÃO CIRÚRGICA	1				
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	1				
NOTA = PONTUAÇÃO OBTIDA / TOTAL DE CRITÉRIOS APLICÁVEIS X 100	NOTA=_____ X 100				RESULTADO:

	AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO		
	ESCORE	AVALIAÇÃO	
	90 A 100	☐ EXCELENTE	
	70 A 89	☐ BOM	
	60 A 69	☐ RAZOÁVEL	
	< 59	☐ INSUFICIENTE	

REVISADO POR:	DATA: _____/ _____/ _____

7.6.7 Sistema de arquivamento e controle

	DOCUMENTOS	CRITÉRIOS AVALIADOS
	AIH	Relatório de Autorização de Internação Hospitalar, constando o nome, registro profissional e assinatura do médico solicitante e Diretor de Processos Assistenciais.
	Relatório de Saída	Relatório de saída, constando o nome, registro profissional e assinatura do profissional..

Internações clínicas e cirúrgicas	Prescrição Médica/ Odontológica	Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.
	Prescrição de Enfermagem	Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.
	Evoluções Multiprofissionais	Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.
	Admissão de Enfermagem	Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.
	Relatório de Admissão	Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.
	Ficha de Avaliação Social	Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.
	Registro de Internamento	Formulário contendo assinatura do paciente ou do acompanhante.
	Relatório Cirúrgico	Relatório de cirurgia constando nome, registro do profissional e assinatura profissional responsável.

Internações cirúrgicas	Gasto de Sala	Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional do responsável pelo preenchimento.
	Ficha de Acompanhamento Anestésico	Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional.
	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional do técnico de enfermagem e enfermeiro responsável em cada local específico.

7.6.8 Protocolos

7.6.8.1 PROTOCOLO DE SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (SAME)

Unidade de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) SERVIÇO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	A.1
		Emissão
SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (SAME)		Revisão
		No: Data:
Horário de funcionamento da área/serviço: 12 horas em regime de emergencia e comercial (segunda a sexta feira) para arquivamento e pesquisa		
Clientes da área/serviço Todos os pacientes atendidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás da Policlínica Regional - Unidade Goiás		

Explicação Inicial

• Cada grupo de dois funcionários é responsável por arquivar uma sequência de numeração.

• Cada paciente cadastrado na abertura de prontuários recebe um numero de seis dígitos, gerados automaticamente pelo sistema de cadastro de pacientes, do Sistema de Administração na Policlínica Regional - Unidade Goiás, que é sua identificação.

• A busca dos prontuários é indireta, através deste número de identificação dos prontuários. O sistema permite também a busca pelo nome do paciente, cruzando dados como data de nascimento e nome dos pais.

• O arquivamento é baseado no método digito terminal, que consiste na ordenação do prontuário pela última dezena de seu número, em estantes numeradas de 00 a 99, obedecendo ao número do prontuário, como por exemplo: 335.000 – a leitura é feita de dois em dois dígitos 33 50 00 sempre começando pela última dezena, em seguida a primeira e após a segunda para a localização do prontuário.

Cada par possui uma finalidade, assim, para encontrar o prontuário 33 50 00 o funcionário do arquivo procura primeiro a localização do digito 00, em seguida o 33 e após o 50, onde: 33 representa a ordenação na prateleira 50 representa a prateleira 00 representa a localização da estante

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

7.6.8.1.1 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA

ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
Reunião de planejamento anual e Definições de Metas												

Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros												
Reunião de apresentação e análise dos dados levantados dos prontuários avaliados												
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento												

Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados												
Elaboração de Relatórios												
Apresentação de relatórios a alta direção												

b) Membros Componentes

Serão disponibilizados servidores administrativos com capacitação tecnica e em numero suficiente para a elaboração dos fluxos e processos de arquivamento e digitalização futura dos arquivos. Assim como a administração ira designar um esapço físico adequado.

b) Organização Horária

O setor irá funcionar de segunda a sexta feira em horário comercial das 08h as 18 hs, para manuseio das peças do chamado aquivo morto, e em horário de 12 hs os arquivos circulantes em cada posto de trabalho da assistência na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

c) Modelos de fichas

O ***INSTITUTO CEM*** se compremete a implantar imediatamente a assinatura de contrato um sistema eletrônico de prontuários médicos hospitalares que atendam as inovações tecnológicas de assistência com qualidade ao usuário na Policlínica Regional - Unidade Goiás. Para isso se propõe sistema de software ERP- gestao hospitalar

(FOCO NO USUÁRIO DE TI E PACIENTE)

Reúnem, em um único local, todas as informações clínicas e assistenciais de todos os atendimentos dos pacientes, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia-a-dia de trabalho dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

- ✓ Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissão.
- ✓ Biometria: maior segurança no acesso.
- ✓ Acesso remoto e simultâneo às informações do prontuário por vários profissionais de saúde.
- ✓ Principais funcionalidades e características:
- ✓ Alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.
- ✓ Reúne e disponibiliza online a relação de atendimentos, informações demográficas, alergias, sinais vitais, prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, diagnósticos, cirurgias realizadas, resultados de exames, laudos e imagens, documentos clínicos eletrônicos, imunizações, informações cadastrais do Programa Saúde da Família e resumo clínico.
- ✓ Possibilita a análise estatística das informações clínicas.
- ✓ Garante a legibilidade total das informações.
- ✓ Organiza o prontuário dos pacientes, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações.
- ✓ Integração total com o sistema de gestão hospitalar.
- ✓ Reduz custos operacionais e torna o negócio mais competitivo.
- ✓ Rastreabilidade na edição dos dados do prontuário eletrônico do paciente.
- ✓ Interface gráfica intuitiva e amigável.
- ✓ Sistema de Diagnóstico por Imagem (Foco no usuário de TI e Paciente)

Gerenciar os serviços de radiologia e imagem da unidade, administrando o cadastro das solicitações de exames, laudos padronizados e tabelas de preços. Permite o agendamento dos exames no momento do atendimento dos pacientes ou a solicitação dos mesmos automaticamente através das prescrições médicas. A aprovação dos exames é realizada eletronicamente, e o sistema possibilita o controle do uso de materiais por exame. Segue abaixo o que o sistema contempla:

- ✓ Pedido de Exame;
- ✓ Laudos;
- ✓ Confirmação de exame;
- ✓ Custo de exame;
- ✓ Entrega de Laudo;
- ✓ Cadastro de Paciente;
- ✓ Situação de Paciente;
- ✓ Atendimento Externo;
- ✓ Guias;
- ✓ Acoplamento;
- ✓ Cancela Acoplamento;
- ✓ Alteração de Atendimento.
- ✓ Tecnologia da Informação

d) Sistema de Arquivamento e Controle de Prontuários

Em consonância a nova legislação vigente "Diário Oficial da União aprovou a lei 13.787/18, que autoriza o armazenamento eletrônico de prontuários médicos em hospitais e o manuseio das informações pelo paciente", imediatamente ao assumir a gestão o **INSTITUTO CEM** irá dar inicio ao processo de construção de um padrão de sistemas e software que organiza as pastas de forma eficiente, utilizando cores, etiquetas e divisões que facilitam o seu manuseio e a procura por informações do paciente.

As informações para o SAME são providas por diversos setores na Policlínica Regional - Unidade Goiás:

Informática: através do sistema de gerenciamento hospitalar que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;

Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;

Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;

Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;

Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;

Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

7.6.8.1.2 PROTOCOLO DE SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (SAME)

<table>
<tr><td rowspan="2">Policlínica Regional - Unidade Goiás</td><td rowspan="2">Procedimento Operacional Padrão (POP) SERVIÇO PRONTUÁRIO DO PACIENTE</td><td colspan="2">A.1</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (SAME)</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No:</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Horário de funcionamento da área/serviço:
12 horas em regime de emergencia e comercial (segunda a sexta feira) para arquivamento e pesquisa</td></tr>
<tr><td colspan="4">Clientes da área/serviço
Todos os pacientes atendidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás da Policlínica Regional - Unidade Goiás</td></tr>
</table>

Explicação Inicial **• Cada grupo de dois funcionários é responsável por arquivar uma sequência de numeração.** **• Cada paciente cadastrado na abertura de prontuários recebe um numero de seis dígitos, gerados automaticamente pelo sistema de cadastro de pacientes, do Sistema de Administração na Policlínica Regional - Unidade Goiás, que é sua identificação.** **• A busca dos prontuários é indireta, através deste número de identificação dos prontuários. O sistema permite também a busca pelo nome do paciente, cruzando dados como data de nascimento e nome dos pais.** **• O arquivamento é baseado no método digito terminal, que consiste na ordenação do prontuário pela última dezena de seu número, em estantes numeradas de 00 a 99, obedecendo ao número do prontuário, como por exemplo: 335.000 - a leitura é feita de dois em dois dígitos 33 50 00 sempre começando pela última dezena, em seguida a primeira e após a segunda para a localização do prontuário.** **Cada par possui uma finalidade, assim, para encontrar o prontuário 33 50 00 o funcionário do arquivo procura primeiro a localização do digito 00, em seguida o 33 e após o 50, onde: 33 representa a ordenação na prateleira 50 representa a prateleira 00 representa a localização da estante**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do representante	**Data:**

7.7 Comissão de Farmácia e Terapêutica

7.7.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

1.1.1.1 DA FINALIDADE

Esta comissão tem por finalidade estabelecer critérios de compra, padronização e avaliação técnica de medicamentos e materiais médico-hospitalar. Compete ao Diretor Técnico a responsabilidade de presidir essa comissão.

1.1.1.1 MEMBROS COMPONENTES/PERFIL

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, (01) Farmacêutico(s), (01) Médicos, (01) Médico infectologista, (01) Enfermeiro(s); (01) Administração - Representante(s) da Policlínica Regional - Unidade Goiás/Instituto Cem, efetivos.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

1.1.1.2 DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica e a Comissão de Padronização de Materiais e Insumos de Consumo Hospitalar da Policlínica Regional - Unidade Goiás será composta por:

- Representante da Coordenação de Serviços Multidisciplinares;
- Representante da Coordenação do Corpo Clínico;
- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante da Supervisão de Farmácia;
- Representante da Supervisão de Material e Patrimônio;
- Representante da Supervisão do Serviço de Nutrição;
- Representante da Supervisão da CME;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/SCIH;
- Representante do Setor de Compras/Diretoria Administrativa do Instituto CEM;

1.1.1.3 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada dois meses, às segundas terças-feiras do mês, em dias úteis, conforme agenda anual previamente estabelecida. Havendo necessidade de reunião extraordinária ou de alteração da agenda, os membros serão comunicados a qualquer tempo., local (sala de reunião), horário (13 ás 14hs).

1.1.1.4 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria na Policlínica Regional - Unidade Goiás, bimestral ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Previamente às reuniões, a pauta será elaborada pelo Secretário da Comissão, aprovada pela Presidência e enviada a todos os participantes, com 03 (três) dias de antecedência

Nos dias de reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.7.2 Proposta de Regimento Interno

1.1.1.5 REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Policlínica Regional - Unidade Goiás será oficialmente instituída / constituída pela Diretoria Geral, a qual é inteiramente subordinada, tem seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo, chamado aqui de Regimento Interno.

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1 A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, constituída por tempo indeterminado, possuirá sede em uma sala da Policlínica Regional - Unidade Goiás, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Art. 2 Trata a Comissão de Farmácia e Terapêutica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, de uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres, vinculada à unidade de saúde, visando a promoção de ações destinadas ao uso racional de medicamentos, tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo e por finalidade os ditames abaixo mencionados.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3 A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, tem por finalidade assessorar a Direção desta unidade na formulação e implementação de políticas relacionadas à padronização e seleção de medicamentos, programação, prescrição, dispensação e uso racional, através de um processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO III

DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4 Esta Comissão está subordinada à Diretoria-Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás e à Direção do Instituto CEM

- Instituto CEM, tendo em vista o Contrato de Gestão n XXX/2019, processo n XXX, pactuado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, devendo ser cumpridas por todos os profissionais que exerçam atividades na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

Art. 5 A indicação dos nomes para a comissão será feita pela Direção-Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás e convalidada pela Direção do Instituto CEM, mediante consulta prévia junto aos representantes da equipe multidisciplinar.

Art. 6 A Comissão será composta por:

I. Farmacêutico(s);
II. Médicos;
III. Médico infectologista;
IV. Enfermeiro(s);
V. Administração – Representante(s) da Policlínica Regional - Unidade Goiás/INSTITUTO CEM.

Art. 7 A nomeação da referida Comissão será feita através de portaria da Direção Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás e o mandato dos membros será de 02(dois) anos com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da portaria.

Parágrafo Único: Todos os integrantes da Comissão deverão assinar um documento declarando completa independência e total ausência de conflito de interesse financeiro ou de qualquer outra natureza em alguma indústria farmacêutica, representação farmacêutica, distribuidor, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal. A declaração deverá ser arquivada no Escritório da Qualidade.

CAPÍTULO V DAS REUNIÕES

Art. 8 As reuniões da Comissão serão realizadas a cada dois meses, às segundas terças-feiras do mês, em dias úteis, conforme agenda anual previamente estabelecida. Havendo necessidade de reunião extraordinária ou de alteração da agenda, os membros serão comunicados a qualquer tempo.

Art. 9 Previamente às reuniões, a pauta será elaborada pelo Secretário da Comissão, aprovada pela Presidência e enviada a todos os participantes, com 03 (três) dias de antecedência.

Art.10 Todas as reuniões serão registradas em Ata e, posteriormente, apresentada aos participantes da mesma, com o registro fidedigno de todas as deliberações tomadas. Após assinatura e aprovação, as atas serão arquivadas no Escritório da Qualidade.

Art. 11 No caso de um membro efetivo ausentar-se em 03 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no decorrer de 12 (doze) meses, sem justificativa escrita e plausível, este será substituído por novo integrante, indicado pelo Presidente da Comissão, referendado pela Direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Parágrafo único. Na eventualidade de algum integrante, por motivo de qualquer ordem, deixar de fazer parte da Comissão, seu Presidente deverá indicar um substituto, cuja posse deverá ser referendada pela Direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás / INSTITUTO CEM.

Art. 12 As reuniões deverão seguir o seguinte roteiro:

I. Abertura dos trabalhos pelo Presidente ou, em sua ausência, pelo Vice- Presidente;
II. Verificação da presença dos membros e existência de “quorum”;
III. Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Apresentação de assuntos por convidados externos, quando for o caso;
V. Leitura e apresentação dos itens da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação
VI. Organização da pauta da próxima reunião e distribuição dos trabalhos;
VII. Encerramento dos trabalhos.

§ 1 primeiro. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA , por voto da maioria, poderá alterar a pauta da reunião comunicando-se a alteração a todos os membros.

§ 2 As questões deverão ser decididas através do voto da maioria dos membros desta comissão. Contudo, havendo a impossibilidade de se estabelecer o consenso e, esgotadas as argumentações (com base em evidências científicas), o Presidente terá direito ao voto de desempate. Qualquer membro poderá solicitar reexame de decisões exaradas, justificando possível inconveniência, inoportunidade ou ilegalidade.

§ 3 Após apresentação e leitura das solicitações de padronização de medicamentos, e também dos anexos que a compuserem, o Presidente dará início a fase de discussão e abrirá, a seguir, a fase de votação. O membro da comissão que não se considerar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá solicitar vista do processo, propor diligências ou, ainda, adiamento da discussão e votação. Neste caso, o Presidente estabelecerá nova data para reapresentação desta matéria.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

Art. 13 Elaborar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados na Instituição, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo.

Art. 14 Divulgar a padronização.

Art. 15 Incentivar a investigação sobre a utilização de medicamentos e usar seus resultados para desenvolver o monitoramento de seu uso (estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância).

Art. 16 Validar protocolos de tratamento, elaborados pelos diferentes serviços clínicos da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 17 Implementar atividades de educação continuada em terapêutica em parceria com o Departamento de Gestão de Pessoas.

Art. 18 Trocar experiências com Comissões de outros hospitais, principalmente quanto a protocolos de uso de drogas.

Art. 19 Produzir material informativo sobre medicamentos e divulgá-los ao corpo técnico da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 20 Realizar controle de qualidade da padronização.

Art. 21 Repassar as deliberações da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA para que a Farmácia providencie a atualização e divulgação da nova padronização sempre que necessário.

Art. 22 Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e/ou eficácia duvidosa.

Art. 23 Avaliar as solicitações de inclusão e exclusão de medicações da padronização.

Art. 24 Sugerir à Diretoria Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás / Instituto CEM a compra de literatura especializada sobre medicamentos.

Parágrafo Único: Os processos de avaliação para inclusão e exclusão de medicamentos, discutidos nas reuniões da Comissão, serão registrados e guardados no Escritório da Qualidade, disponibilizados para consulta de qualquer integrante do corpo técnico da Policlínica Regional - Unidade Goiás, interessado, pelo período de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 25 Ao Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

- Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e Apoio;
- Representar a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA em suas relações internas e externas;
- Instalar e Presidir reuniões;
- Emitir pronunciamento da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA quanto às questões relativas a medicamentos;
- Promover a convocação das reuniões;
- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
- Designar membros executivos da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA para emissão de Pareceres Técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos desta Comissão;
- Aprovar “ad referendum” no caso de manifesta urgência;
- Indicar o Vice-Presidente, enquanto seu substituto, entre os membros da Comissão;
- Distribuir tarefas.

Parágrafo Único: O Presidente poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consultas a outros profissionais, ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o comparecimento de consultores às reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Art. 26 Caberá ao Vice-Presidente:

- Auxiliar o Presidente nas atividades e decisões da Comissão;
- Substituir ou representar o Presidente, na sua ausência, em reuniões da Comissão e/ou eventos afins.

Art. 27 Caberá ao Secretário:

- Acompanhar as reuniões;
- Assistir ao Presidente e aos representantes da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Dar encaminhamento formal às deliberações e preparar o expediente;

- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- Providenciar as diligências determinadas;
- Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- Providenciar a elaboração das atas das reuniões bem como coletar a assinaturas dos membros;
- Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
- Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- Manter em dia e protocoladas os documentos recebidos e enviados pela Comissão.

Art. 28 Aos demais Membros caberão:

- Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
- Coordenar grupos técnicos de trabalho e apoio.

CAPÍTULO VIII

DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29 A seleção de medicamentos para a padronização é baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões bibliográficas sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão.

Art. 30 Inclui-se aos critérios para a padronização previstos no artigo anterior:

I. Designação genérica (DCB), e, na sua ausência, a denominação comum internacional (DCI);
II. Padronizar medicamentos com um único principio ativo, excluindo-se (sempre que possível) as associações, exceto as que forem necessárias;
III. Padronizar medicamentos, considerando o menor custo para aquisição, armazenamento, dispensação e controle, desde que resguardada a sua qualidade;
IV. Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;

V. Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na dispensação;
VI. Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando a comodidade para administração, faixa etária, facilidade da dose a ser administrada, facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
VII. Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indicação terapêutica. Parágrafo único. Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da comissão e com notório saber da causa será convidado a participar de reunião para deliberação conjunta.

Art. 31 A seleção de medicamentos (inicial, inclusões e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados na Policlínica Regional - Unidade Goiás, será consenso da Comissão e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações oficializadas e atualizadas em documento próprio.

Art. 32 O corpo técnico da Policlínica Regional - Unidade Goiás terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização sempre que julgar necessário, mediante a aprovação da coordenação da especialidade solicitante atestada em formulário específico. Para a inclusão de medicamentos antimicrobianos será necessário o parecer da Comissão.

Parágrafo Único: Solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos serão analisadas em plenária, conforme critérios estabelecidos, e o solicitante receberá sempre uma resposta da Comissão. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário de Solicitação de Inclusão ou Exclusão na Padronização.

CAPÍTULO IX

DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Art. 33 O trabalho da Comissão será demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos na Policlínica Regional - Unidade Goiás deverá passar por avaliação prévia desta Comissão, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 35 Conforme demanda de trabalho, será facultativo ao membro da Comissão a possibilidade de análise dos processos de inclusão e exclusão de medicamentos no próprio ambiente de trabalho, sem prejuízo dos serviços internos, sendo este um incentivo para atuação dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Haverá, ainda, proteção de carga horária, principalmente para aqueles profissionais que estiverem a serviço desta

Comissão, fora de seu horário de trabalho habitual; sendo que as horas de trabalho na Comissão contarão também como horas de trabalho no expediente normal.

Art. 36 Cabe à Direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás e às Diretorias do Instituto CEM fazer respeitar o presente Regimento Interno.

Art. 37 Este Regimento Interno, após aprovado pela maioria, deverá ser assinado pelos membros titulares, assim como eventuais alterações que porventura venham a ocorrer e, em seguida, referendados pela Diretoria Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.7.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
Reunião de planejamento anual												
Reuniões ordinárias												
Elaboração de Relatórios												
Acompanhamento dos processos de compra												
Monitorar a emissão de Pareceres técnicos												
Divulgar a inclusão ou exclusão de itens padronizados												
Informar os profissionais de saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás sobre o plano operacional – atividades												

7.8 Comissão de Proteção Radiológica

7.8.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.8.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.

7.8.1.2 MEMBROS

A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas (01) Médico, (01 Enfermeiro(a), (01) representante da Diretoria Administrativa; (01) representante da Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT; (01) representante da Supervisão da Imaginologia

7.8.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1 - A Comissão de Proteção Radiológica da Policlínica Regional - Unidade Goiás será instituída / constituída pela Diretoria Geral da unidade de saúde tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo.

Art. 2 - A Comissão de Proteção Radiológica, constituída por tempo indeterminado, possuirá sede na sala de Comissões Técnicas desta Policlínica, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3 - A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos. Portanto, um ponto fundamental é a implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso

com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS

Art. 4 - Acompanhar a execução de PPR – Plano de Proteção Radiológica desta Policlínica, conduzindo de forma rotineira e aplicável as seguintes atividades:

I Controle de trabalhadores ocupacionalmente expostos;

II Controle de áreas;

III Controle do meio ambiente e da população;

IV Controle de rejeitos;

V Controle de equipamentos;

VI Treinamento de trabalhadores ocupacionalmente expostos;

VII Registro de dados e preparação de relatórios.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5 - A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas:

I Diretor Técnico;

II Coordenação de Enfermagem;

III Diretoria Administrativa;

IV Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;

V Supervisão da Imaginologia

Art. 6 - O Coordenador da Comissão Proteção Radiológica preferencialmente, deverá ter amplo conhecimento do assunto.

Art. 7 - Para realização dos trabalhos os membros serão disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPITULO V

DO MANDATO

Art. 8 - O mandato deverá ser de 24 (meses) meses, podendo ser permitida reconduções a critério da administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPITULO VI

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9 - As reuniões da Comissão de Proteção Radiológica serão bimestrais, devendo a ordem do dia ser comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis.

Art. 10 - Na ausência do Coordenador, o(a) Secretário(a) nomeado deverá realizar a reunião dando andamento aos trabalhos empreendidos;

Art. 11 - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto e prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12 - As reuniões da Comissão serão registradas em Ata, e as ações serão encaminhadas para as Diretorias da Policlínica Regional - Unidade Goiás para conhecimento e providências.

Art. 13 - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica, deverá observar:

I. Verificação da presença e existência de “quorum”;
II. Assinatura da ata da reunião anterior;
III. Leitura e despacho do expediente;
IV. Ordem do dia, compreendendo a leitura, discussão e votação (se houver);
V. Organização da pauta da próxima reunião.
VI. Elaboração de atas das reuniões.

Art. 14 - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15 - As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Setor de Comissões Técnicas da Policlínica Regional - Unidade Goiás, para apreciação junto ao coordenador, sendo que 03 (três) ausências consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano, não justificadas, poderão ocasionar desligamento e substituição do membro faltoso.

CAPITULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16 - Compete a Comissão de Proteção Radiológica:

I Normalizar as rotinas de exames em áreas controladas e não controladas.

II Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos emissores de radiação ionizante.

III Monitorar do uso correto de EPI.

IV Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das normas e legislações vigentes.

V Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado.

Art. 17 - São atribuições do Coordenador da Comissão:

I Convocar e presidir as reuniões;

II Representar a comissão junto à administração da Policlínica Regional - Unidade Goiás, ou indicar seu representante;

III Nas faltas e impedimentos legais do coordenador, o secretário assumirá e dará prosseguimento às atividades;

IV Fazer cumprir o Regimento.

Art. 18 - São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Substituir e/ou representar o Coordenador em suas faltas e/ou impedimentos;
II. Auxiliar o Coordenador no desenvolvimento de suas atividades.
III. Organizar a ordem do dia;
IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;
V. Lavrar as Atas das reuniões;
VI. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador;
VII. Organizar e manter o arquivo da comissão;
VIII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta Comissão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 - A Comissão de Proteção Radiológica deverá manter estreita relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Comissão de Gerenciamento de Riscos desta Policlínica, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 20 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador desta Comissão, pela Diretoria Geral/INSTITUTO CEM;

Art. 21 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros, bem como à Diretoria Geral/ da Policlínica Regional - Unidade Goiás e Instituto CEM.

Art. 22 - O presente Regimento Interno será aprovado pelo Instituto CEM, e entra em vigor a partir da data da sua publicação.

7.8.3 Cronograma De Atividade Anual

ATIVIDADE	Ano:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
Reunião de planejamento anual												
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
Reuniões Ordinárias												
Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												
Apresentação de relatórios a alta direção												

7.9 Comissão de Biossegurança

7.9.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.9.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Biossegurança da Policlínica Regional - Unidade Goiás tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Parágrafo único. A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

7.9.1.2 Membros

A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde CCIRAS;

- Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
- Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- Representante do Centro Cirúrgico;
- Representante do Laboratório Clínico;
- Representante da Agência Transfusional;
- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante da Coordenação Multiprofissional;
- Representante do Conselho Gestor.

7.9.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Seção I

COMPOSIÇÃO

Art. 1 - A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

I Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde CCIRAS;

II Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

III Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

IV Representante da Comissão de Proteção Radiológica;

V Representante do Centro Cirúrgico;

VI Representante do Laboratório Clínico;

VII Representante da Agência Transfusional;

VIII Representante da Coordenação de Enfermagem;

IX Representante da Coordenação Multiprofissional;

X Representante do Conselho Gestor.

Parágrafo único. Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

Seção II

CAMPO DE ATUAÇÃO

Art. 2 - Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIA DA COMISSÃO

Art. 3 - Compete à Comissão:

I Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

CAPÍTULO III

ATRIBUIÇÕES

Art. 4 - O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Superintendência achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

Art. 5 - As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás , ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Parágrafo único – O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 6 - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I Encaminhar a pauta da reunião para o Setor de Comissões Técnicas fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

II Presidir as reuniões;

III Representar a Comissão junto às Coordenações ou Diretorias da instituição, ou indicar seu representante;

IV Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

V Fazer cumprir o regimento.

Art. 7 - São atribuições do Vice-Presidente:

I Executar atribuições que lhe forem delegadas;

- Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 8 - O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art. 9 - São atribuições do Secretário:

I Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela Comissão até o dia 15 do mês seguinte para o Setor de Comissões Técnicas.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO DA SEDE

Art. 10 - A sede da Comissão será a sala do núcleo de comissões, a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 11 - Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 12 - As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado e suas convocações ficarão ao cargo do Setor de Comissões Técnicas;

Art. 13 - As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros e para o Setor de Comissões Técnicas, para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização;

Art. 14 - Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações;

Art. 15 - Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

I Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá “Voto de Minerva”;

IV Membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 16 - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17 - Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria.

Art. 18 - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 19 - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 20 - Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação.

Art. 21 - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

7.9.3 Cronograma de Atividade Anual

		CRONOGRAMA											
	Atividade	Anual											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
2	Reuniões												
3	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
4	Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição; Monitoramento por meio de outras comissões.												
5	Elaboração de Relatórios												
6	**Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás**												

7.10Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

7.10.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.10.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás, vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos e a Gerência Administrativa tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de

Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

7.10.1.2 MEMBROS

Direção Geral, Engenheiro, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, laboratório e demais serviços vinculados às unidades.

7.10.2 Regimento interno da Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

7.10.2.1 Capítulo I

Das Finalidades

Art. 1.º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás, vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos e a Gerência Administrativa, tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

7.10.2.2 Capítulo II

Das Competências

Art. 2.º Compete à CGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás:

I - elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

II - acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III - estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV - desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V - avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

VI - colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de

funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII - trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

VIII- auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX - auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X - auxiliar os diversos setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI - estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;

XII - 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;

XIII- cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS da Policlínica Regional - Unidade Goiás, o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.10.2.3 Capítulo III

Da Composição

Art. 3.º A CGRSS será nomeada em portaria pelo Superintendente da Policlínica Regional - Unidade Goiás para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I - o gerente de resíduos, como coordenador;
II - um representante da Empresa Terceirizada de Limpeza e Conservação, indicado pela Empresa;
III - um assistente administrativo, indicado pela Hotelaria;
IV - seis integrantes, representando as diversas áreas da Instituição, indicados por suas respectivas chefias.

§ 1.º O vice-presidente e secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 2.º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3.º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4.º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.

§ 5.º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

7.10.2.4 Capítulo IV

Das Atribuições

Art. 4.º São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências e impedimentos legais do presidente:

I - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias; II - coordenar os trabalhos da comissão;

III - votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;

- indicar integrantes para funções ou tarefas específicas; V - representar a CGRSS ou indicar representantes;

VI - supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos; VII - manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VIII - cumprir e fazer cumprir este Regimento;

- indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5.º São atribuições do secretário da comissão:

I - preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
II - preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes; III - expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;
IV - executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
V - proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
VI - auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
VII- encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
VII - elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;

- substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6.º Compete aos integrantes da CGRSS:

I - comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II - analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;
III - encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;
IV - requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
V - justificar ausência com antecedência;
VI - elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
VII - propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos. VIII - auxiliar na implementação do PGRSS;

IX - substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

7.10.2.5 Capítulo V

Do Funcionamento

Art. 7.º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Art. 8.º A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.

Art. 9.º As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1.º A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2.º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3.º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum”, em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

§ 4.º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “quórum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 10. De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 11. Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.

Art. 12. Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I - a natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II - os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

- o resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 13. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1.º O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2.º Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

7.10.2.6 Capítulo VI

Das Disposições Finais

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados, em grau de hierarquia, ao Setor de Hotelaria e à Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar.

Art. 15. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS,

Art. 16. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

7-11

7.10.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												

2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
	Reuniões Ordinárias												
4	Eixo I – Prevenção definir estratégias de ação												
5	Eixo II – desenvolver ações de Informação, Conhecimento e Inovação;												
6	Eixo III – definir calendario para Sensibilização, Formação e Educação;												
7	Eixo IV - implementar planejamento da Operacionalização da Gestão;												
8	Eixo V – criar estratégias para Acompanhamento e Controle												
9	elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduos das unidades, adequado às características e necessidades, contemplando, no mínimo, ações relativas a:												
10	melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;												
11	contribuir para o controle de infecção em serviços de saúde e acidentes ocupacionais;												
12	proteger a saúde e o meio ambiente;												
11	reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;												

12	estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;												
13	estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.												
14	Definição dos Responsáveis pelo PGRSS												
16	adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevendo e controle dos resíduos dos serviços de saúde;												
17	capacitação do quadro de profissionais e servidores da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos dos serviços de saúde;												
18	avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza das unidades e aprovar as medidas de controle propostas pela Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - CGRSSS;												
19	elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos dos serviços de saúde;												
20	elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde publica e meio ambiente;												

21	cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de profissionais e servidores e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pela Policlínica;												
22	elaborar regimento interno para a Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos serviços de Saúde - CGRSSS;												
23	cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.												
24	criar e monitorar a normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;												
25	Definir as ações de implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos												
26	Treinamento e implantação do PGRSS												
27	Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS												
28	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
29	Assessoramentos Diversos												
30	Elaboração de Relatórios												

31	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás													

O PGRSS só poderá ser implantado após a sua aprovação pelos órgãos responsáveis

Os resíduos a serem gerados pela Policlínica em seu exercício de atividades de cuidados à saúde pertencem aos diversos grupos portanto por vislumbrar RDC N 306 de 2004, deixa claro que são aplicáveis somente os resíduos que estejam contaminados ou suspeitos de conter agentes de Classe de risco, que apresentam relevância epidemiológica e risco de disseminação, o que é o caso.

É importante esclarecer que somente alguns dos resíduos (Grupo "E") originados pelas atividades da Policlínica Regional - Unidade Goiás, necessitarão de gerenciamento diferenciado, para evitar a geração excessiva de resíduos que, erroneamente, terão que ser processados como "potencialmente infectantes", e conseqüentemente, e sem necessidade, de elevar o custo destes serviços à coleta publica.

Além disso, ressalta-se a importância da nomeação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos capacitada para cuidar especificamente dos aspectos relacionados ao gerenciamento dos resíduos sólidos e educação em saúde, permitindo uma interação com os demais profissionais.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar desde a geração até o destino final. A segregação é um passo importante para ter um adequado destino final. O Instituto CEM preocupa-se com a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, considerando os princípios da biossegurança.

Para fins de atendimento de apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás bem como a implementação das ações serão adotadas as seguintes Legislações e Normas Técnicas:

- LEI FEDERAL N 9605/98 – Dispõe sobre crimes ambientais.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 01/86 – Estabelece definições, responsabilidade, critérios básicos,e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 05/88 – Especifica licenciamento de obras de unidade de transferências, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origens domésticas, públicas, industriais e de origem hospitalar.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 05/93 – Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.

- RESOLUÇÃO CONAMA n 358, de 29 de abril de 2005 - Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- RESOLUÇÃO ANVISA RDC 306/04 – Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.
- NBR 10.004/87 – Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.
- NBR 7.500/87 – Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.
- NBR 12.235/92 – Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na NBR 10004 – procedimentos.
- NBR 12.807/93 – Resíduos de serviços de saúde – terminologia.
- NBR 12.808/93 – Resíduos de serviços de saúde – classificação.
- NBR 12.809/93 – Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 12.810/93 – Coleta de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 9.190/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – classificação.
- NBR 9.191/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – especificação.
- NBR 9.195/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – determinação da resistência à queda livre.
- NBR 13.055/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – Determinação para a capacidade volumétrica.
- NBR 13.056/93 – Filmes plásticos para saco para acondicionamento de lixo.
- NBR 12.890/93 – Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos

- terminologia.

- NBR 11.175/90 – Fixa as condições exigíveis de desempenho do equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.
- NBR 13.853/97 – Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio.
- CNEN – NE 6.05/98 – Gerência dos rejeitos radioativos.
- Código de Posturas do Município de Goiás – GO
- Lei Orgânica Municipal do Município de Goiás – GO

7.11 Comissão de Avaliação da Qualidade

7.11.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.11.1.1 FINALIDADE

O Regimento Interno da Comissão de Avaliação da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

A Comissão de Avaliação da Qualidade da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade DO Instituto CEM.

7.11.1.2 Membros

A Comissão de Avaliação da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e técnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) do instituto CEM capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

7.11.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1 O Regimento Interno da Comissão de Avaliação da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2 A Comissão de Avaliação da Qualidade (AVAQualis) Da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade DO Instituto CEM.

Art.3 A avaliação interna, também designada de auto avaliação, consiste na avaliação da Policlínica Regional - Unidade Goiás realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 4 A Comissão de Avaliação Interna de Qualidade é um órgão de assessoria direta da unidade, formado por profissionais a própria unidade qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

Art. 5 A auto avaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas da Policlínica Regional - Unidade Goiás frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de qualidade e pelas certificadoras ONA.

Art. 6 O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços

prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

§1 A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2 A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade da Policlínica Regional - Unidade Goiás e oportunidades de melhorias não possuindo finalidade de concessão do Selo e certificação ONA.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 7 Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional da Policlínica Regional - Unidade Goiás, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação da Qualidade por portaria institucional e deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação da Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe e deverá ser designado por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe da unidade para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho. IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo a unidade, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

V - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação dos setores da unidade individualmente com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação da Qualidade.

VII - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação promovendo a qualidade nos processos, independentemente de cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 8 A Comissão de Avaliação da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e tecnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) do instituto CEM capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 9 A escolha dos membros da Comissão de Avaliação da Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da Policlínica Regional - Unidade Goiás abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 10 A Comissão contará obrigatoriamente com um Coordenador, selecionado pela diretoria administrativa, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão de Avaliação da Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente responsável pelo desenvolvimento das atividades de gestão da qualidade na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPÍTULO IV

DA INSTITUIÇÃO

Art. 11. A Comissão será instituída formalmente através de portaria emitida pela diretoria adminsitrativa.

Parágrafo Único. Os representantes serão designados pelas respectivas áreas, conforme quantidade estipulada no artigo sétimo.

Art. 12. A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela diretoria adminsitrativa

Art. 13. A Portaria de composição deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. A Comissão de Avaliação da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 15. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - Cumprir este Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação da Qualidade; III - Realizar a avaliação interna na Policlínica Regional - Unidade Goiás;

IV - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaqualis;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 16. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação da Qualidade:

I - Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - Distribuir tarefas entre seus membros;

VI - Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - Representar a Comissão de Avaliação da Qualidade perante a alta administração; VIII - Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

IX - Encaminhar à diretoria administrativa da instituição e ao setor de qualidade do Instituto CEM os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

X - Garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição com o apoio da diretoria administrativa.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 17. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição unidadear devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno da unidade,

Art. 18. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área da unidade de saúde deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria . A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação da Qualidade.

Art. 19. A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez ao mês.

§1 Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2 As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de 07 (sete) membros.

§3 As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4 O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação da Qualidade no ano subsequente.

Art. 20. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 21. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à diretoria adminsitrativa, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 22. A participação na Comissão de Avaliação da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da AVAQualis deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período.

CAPÍTULO VII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 23. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 24. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a AVAQualis.

Art. 25 a unidade deverá proporcionar capacitações complementares necessárias à execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo único. A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à diretoria tecnica e administrativa da unidade apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VIII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 26. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1 Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da AVAQualis.

§ 2 A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 27. O chefe da unidade a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 28. A comunicação com o chefe da unidade deverá acontecer por e-mail informando a data da avaliação, o nome dos avaliadores, os requisitos que serão avaliados e a previsão de tempo de avaliação. Além disto, é necessário que o chefe indique representante da unidade responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 29. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas. **Art. 30.** A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os representantes da unidade a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 31. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade

Art. 32. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 33. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentados pela equipe da AVAQualis. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude. **Art. 34**. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I - Identificação do local, data e horário da avaliação;

II - Identificação dos avaliadores internos;

III - Identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;

IV - Identificação do chefe da unidade avaliada;

V - Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;

VI - Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;

VII - Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

Art. 35. O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até 5 dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico.

Art. 36. O relatório deverá ser enviado pelo Coordenador da Comissão ao Chefe da unidade avaliada em até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

Art. 37. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da AVAQualis em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 38. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições das unidades avaliadas. Essa decisão deverá ser comunicada à unidade avaliada em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 39. O relatório final deverá ser assinado via sistema pelo coordenador da AVAQualis, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pela unidade avaliada.

Art.40. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade a diretoria a cada três meses.

Art. 41. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 42. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás ao Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas da diretoria publicado em documento específico. **CAPÍTULO X**

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 43. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 44. A elaboração do plano será realizada por cada unidade e contará com o apoio do instituto CEM

Art. 45. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de Avaliação da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 46. Cada Setor/Unidade terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. A avaliação interna da qualidade é atividade preconizada pela INSTITUTO CEM, sendo obrigatória para todos os hospitais/Unidades de saúde geridas e que devem seguir diretrizes e prazos normatizados para a Rede.

Art. 48. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM, apresentando a situação da unidade frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa

§1 O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

§2 O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelos diretores administrativo e financeiro antes do envio ao SGQ.

§3 Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 49. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes unidades geridas pelo instituto cem.

Art. 50. A Comissão de Avaliação da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias.

Art. 51. A Comissão de Avaliação da Qualidade está ligada, na sede do Instituto CEM ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde.

Art. 52. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação da Qualidade e submetidos à apreciação final da diretorias administrativa e técnica e do Serviço de Gestão da Qualidade.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria técnica da unidade

7.11.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
4	Reuniões Ordinárias												
5	promover reuniões da Comissão de Avaliação da Qualidade;												

6	Realizar a avaliação interna na Policlínica Regional - Unidade Goiás												
7	Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;												
8	desenvolver plano operacional dos ciclos de melhoria.												
9	Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade na Policlínica Regional - Unidade Goiás.												
10	Elaborar e emitir relatórios de auditorias;												
11	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
12	Assessoramentos Diversos												
13	Elaboração de Relatórios												
14	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												

7.12 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

7.12.1 Proposta de Constituição (membros FINALIDADE)

7.12.1.1 DA FINALIDADE

- Gerenciar a situações de risco da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

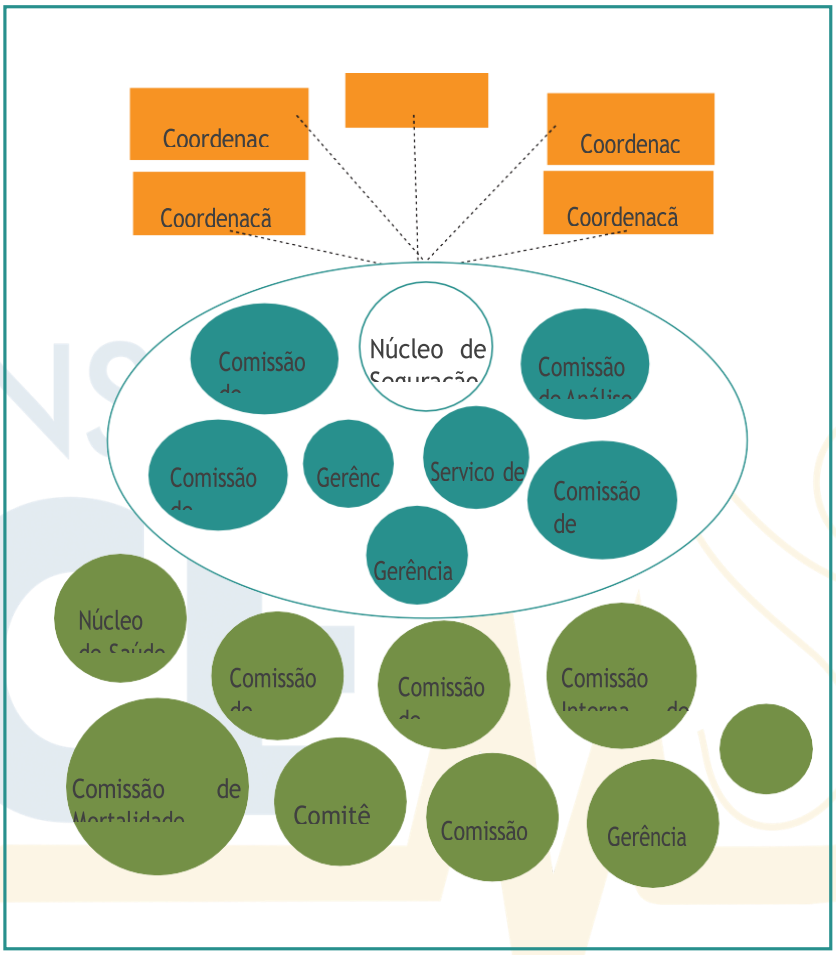
- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;

7.12.1.2 Membros

- por médico,
- farmacêutico e
- enfermeiro da qualidade
-

O NQSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. A composição do NQSP pode variar de instituição para instituição. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NQSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros. Cabe ressaltar, ainda, que outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente podem atuar como membros consultivos do NQSP, tais como: Núcleo de Saúde do Trabalhador; Gerência de Resíduos; Comissão de Biossegurança; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Transfusional; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

MODELO



7.12.2 Proposta de Regimento Interno

A Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverá investigar todas as possibilidades de ocorrência de risco, utilizando-se de ferramentas da qualidade para proporcionar segurança ao patrimônio da Policlínica - Profissional-Cliente/Paciente.

CAPÍTULO I:

Das Finalidades

Art. 1 - É objetivo desta Comissão:

- Gerenciar a situações de risco da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;

CAPÍTULO II

Da Organização.

Art. 2 - A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Supervisão de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

I. Coordenador;
II. Farmacêutico.
III. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza.
IV. Enfermeiro (a);
V. Representante do Serviço Administrativo;
VI. Técnico de Segurança do Trabalho:
VII. Engenheiro Clínico;

Art. 3 - A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

Das Atribuições

Art. 4 - A Comissão de Gerenciamento de Riscos da Policlínica Regional - Unidade Goiás, compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referenciamento para
III. Avaliação Técnica estrutural da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
IV. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
V. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
VI. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
VII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
VIII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;
IX. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.
X. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
XI. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XIII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XIV. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação da Policlínica Regional - Unidade Goiás ;

CAPÍTULO IV

Art. 5 - Funcionamento:

I. A Comissão de Gerenciamento de Risco instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

II. As reuniões da Comissão serão realizadas na sede da Policlínica Regional - Unidade Goiás ;

III. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

IV. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

V. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

Das Competências.

Art. 6 - É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais , estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pela Policlínica Regional - Unidade Goiás;
VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;
VII. Divulgar via on-line as alterações realizadas no âmbito Hospitalar sempre que correrem, aos Serviços;
VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não-conformidade na entrega de materiais;
IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

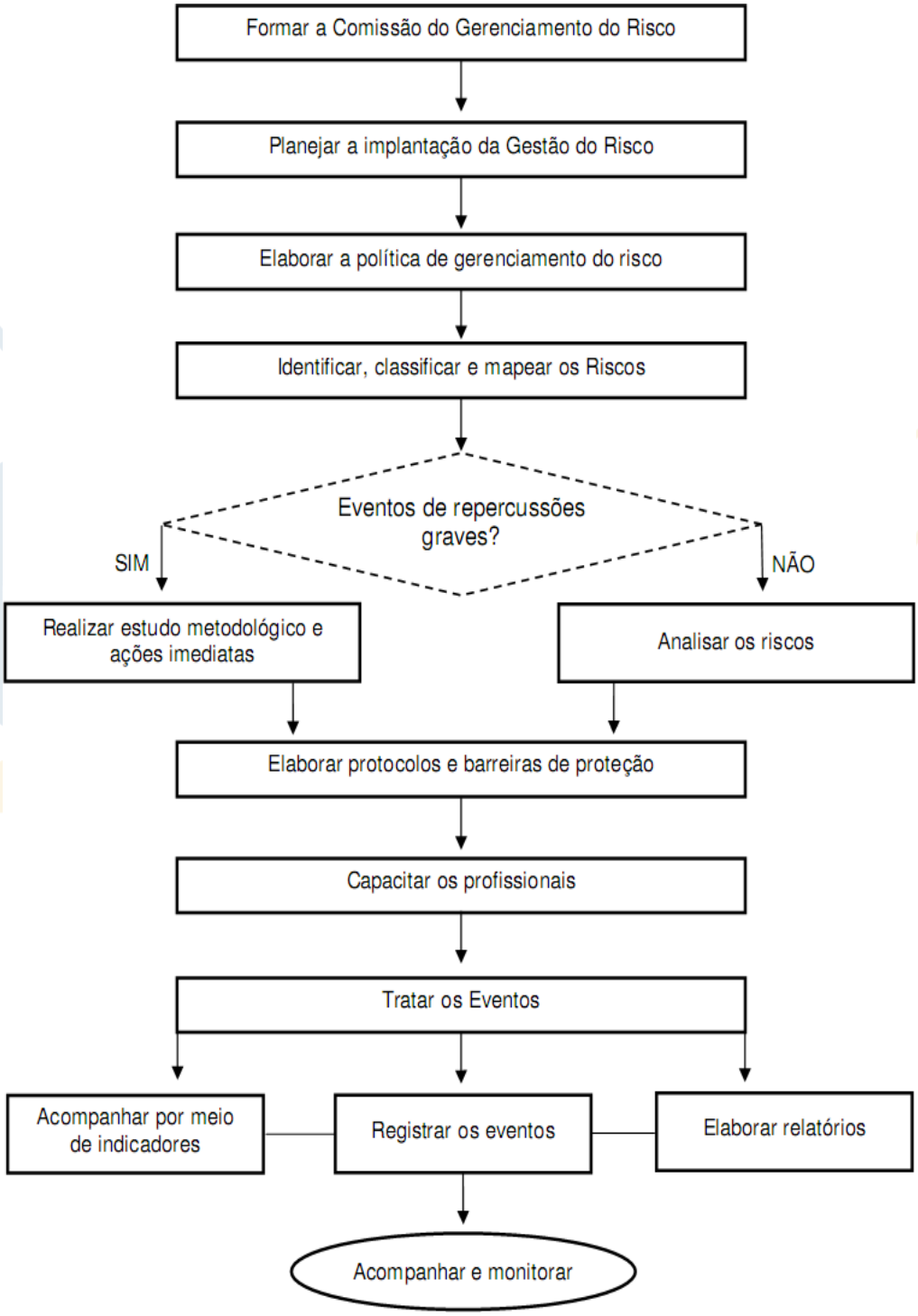
Capítulo VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 7 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 8 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Fluxo demonstrativo de formação e funcionamento da comissão de gerenciamento de riscos.



7.12.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE	ANUAL											
	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
4	Reuniões Ordinárias												
5	elaborar o Plano de Segurança do Paciente												
6	ações de cultura de segurança nos serviços de saúde												
7	planejamento da melhoria e sustentação da Cultura de Segurança nos serviços de saúde												
8													
9	notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao sistema nacional de vigilância sanitária												
10	Informar situações que necessitem de atenção especial;												
11	Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referenciamento para												
12	Avaliação Técnica estrutural da Policlínica Regional - Unidade Goiás												
13	Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												
14	Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;												
15	Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;												
16	Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;												
17	Elaborar Relatório Anual de Atividades;												
18	Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.												
19	Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos da Policlínica Regional - Unidade Goiás;												
20	Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;												
21	Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;												
22	Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco da Policlínica Regional - Unidade Goiás;												
23	Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação da Policlínica Regional - Unidade Goiás;												
24	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												

7.13 Outras comissões

7.13.1 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

7.13.1.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar da unidade, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

7.13.1.1.1 FINALIDADE

- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;
- Reduzir complicações clínica e re-internações;
- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;
- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;
- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

7.13.1.1.2 MEMBROS

A Comissão da unidade e será constituída por 6 membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal. sendo

01-Representante da Equipe de Enfermagem;

01-Representante da Equipe Médica;

01-Representante da Nutrição;

01-Representante da Fisioterapia;

01-Representante da Assistência Social;

01-Representante do serviço de educação permanente;

7.13.1.2 Proposta de Regimento Interno

GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CAPITULO I

DAS CONSIDERAÇÕES

Art.1 Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar São considerados pacientes crônicos aqueles portadores de patologias que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total para cuidados básicos de vida.

Art.2 O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar da unidade, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

CAPITULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3 o programa tem os seguintes objetivos:

Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;

Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;

Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;

Reduzir complicações clínica e re-internações;

Otimizar o tempo de recuperação do paciente;

Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;

Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;

Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;

Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

CAPITULO III
DA ATUAÇÃO

Art. 4 Atua com os seguintes critérios para que o paciente possa ser acompanhado pelo Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar:

- Grau de complexidade para assistência de enfermagem;
- Patologias crônicas e/ou sequelantes;
- Tempo de hospitalização prolongado;

Art.5 O acompanhamento aos pacientes pelo GPC e feito pelos seguintes critérios:

- O acompanhamento ao paciente pode ser realizado por indicação médica, por busca ativa pela equipe gerenciadora de casos crônicos e de longa permanência hospitalar;
- O caso é gerenciado até que o paciente apresente condições favoráveis para alta e/ou transferência.
- Público de pacientes acima de 15 dias de internação;
- Resultados esperados variam com: Menor tempo de hospitalização; Baixo índice de re-internações; Maior número de doentes crônicos, com melhora na qualidade de vida; Redução do custo assistencial.

CAPITULO IV
DA CONSTITUIÇÃO

Art.6 A Comissão da unidade e será constituída por 6 membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal. Sendo:

01-Representante da Equipe de Enfermagem;

01-Representante da Equipe Médica;

01-Representante da Nutrição;

01-Representante da Fisioterapia;

01-Representante da Assistência Social;

01-Representante do serviço de educação permanente;

§1 - O presidente do Comitê deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

§2 - Com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a co-munidade interna de colaboradores.

§3 - O comitê que se reúne semanalmente;

CAPITULO V
DAS ATIVIDADES

Art.7 das atividades do comitê:

I conta com avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as equipes de auditoria e membros de gestão das operadoras de planos de saúde, em parceria com o setor comercial e com a auditoria interna.

Art.8 A avaliação da condição clínica é realizada nas unidades de pacientes internados pelo enfermeiro em parceria com equipe médica, com o intuito de conhecer as metas terapêuticas dos pacientes em longa permanência e identificar suporte necessário para a estabilidade clínica e para a alta hospitalar.

Art.9 A abordagem social é uma das ferramentas utilizadas visando assegurar o processo de desospitalização segura, planejada, sistematizada e com minimização da interferência da doença na vida pessoal, familiar e social do paciente.

Art.10. A abordagem, assim como a intermediação social, ocorre em dois momentos: na incorporação do paciente ao escopo de gestão do Grupo de Gerenciamento de Pacientes com Risco de Alta Permanência a partir do 15 dia de internação, para levantamento de dados de rede familiar e de suporte social, quando são feitos registros de informações relevantes para o acompanhamento do serviço social.

Art.11 Após a avaliação do contexto do caso e a definição relativa aos encaminhamentos pertinentes, inicia-se o processo de intervenção, com ações de avaliação e abordagem social detalhada e efetiva junto aos familiares, aos responsáveis, à equipe técnica assistencial e à operadora de plano de saúde.

Art.12 De acordo com a evolução deste processo, as ações são compartilhadas no comitê para discussão e outros encaminhamentos; sempre com foco na manutenção DO FLUXO de desospitalização segura.

Art.13 a área administrativa É responsável pela realização de reuniões mensais com as principais do SUS para discussão de casos de pacientes de longa permanência e para identificar possibilidades de suporte e oportunidades, quando necessário, para desospitalização segura. Além disso, mantém contato constante com a regulação.

Art.14 A permanência hospitalar prolongada pode ser devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa.

§1 Muitas vezes esta condição está associada à incompreensão do processo de corresponsabilidade na assistência, que pode até justificar a falta de estrutura e que leva a uma permanência hospitalar prolongada, desnecessária e com riscos.

§2 Está consolidada a ideia de que as condições de saúde e doença de um membro da família e da família como um todo devem ser observadas como uma unidade de influência mútua.

CAPITULO VI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art.15 Diante deste cenário, a proposta institucional visa a manutenção do vínculo familiar e da coparticipação no processo de tratamento, mantendo ou reinserindo este membro (paciente) em seu núcleo familiar.

Art.16 Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

Goiás, de 2021

7.13.1.3 Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA													
	ATIVIDADE	Ano:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
	Reuniões Ordinárias												
4	relatorio das avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as equipes de auditoria em parceria com o setor comercial e com a auditoria interna.												
5	analise /relatório da permanência hospitalar prolongada pode ser devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa.												

	Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;												
	Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;												
6	Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;												
7	Reduzir complicações clínica e re-internações;												
8	Otimizar o tempo de recuperação do paciente;												
9	Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;												
10	Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;												
11	Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;												

12	Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;												
13	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
14	Assessoramentos Diversos												
15	Elaboração de Relatórios												
16	Apresentação de relatórios a alta direção												

7.13.2 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT

7.13.2.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.2.1.1 FINALIDADE

A Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da unidade, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria n 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT

A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção da unidade, e está vinculada à diretoria técnica

7.13.2.1.2 MEMBROS

Será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intrahospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Diretor tecnico.

7.13.2.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Da CIHDOTT

Art. 1 A Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da unidade, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria n 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT

Art. 2 A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção da unidade, e está vinculada à diretoria técnica

Art. 3 É de competência da direção da unidade prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros.

CAPÍTULO II

QUANTO À ATUAÇÃO NA COMISSÃO

Art. 4 Cabe à Comissão:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
II. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
IV. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
V. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;
VI. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;
VII. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;
VIII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;
IX. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
X. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
XI. Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos

(OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XII. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei N 9.434, de 1997;

XIII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;

XIV. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XV. Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XVI. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

XVII. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Art. 5 A Comissão atuará em todo âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III

DA ROTINA ADMINISTRATIVA DA COMISSÃO

Art. 6 A CIHDOTT deverá enviar à Central de Transplantes os documentos referentes ao paciente com morte cerebral, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito. Art. 7 A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de ME, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, registro hospitalar, idade, procedência (nome da Policlínica Regional - Unidade Goiás), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e n° da AIH.

Art. 8 A CIHDOTT deverá arquivar e zelar pelos protocolos de notificação de morte cerebral de doações efetivadas ou não.

Parágrafo Único. Na instituição estes documentos são arquivados na sala da CIHDOTT, mas podem ser arquivados também junto ao prontuário do paciente.

Art. 9 No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização);
III. Exames e provas sorológicas;
IV. Laudo e foto do exame complementar.

Art. 10 No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização ou não);
III. Motivo da não retirada.

Art. 11 A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;
II. Correspondências recebidas e emitidas;
III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;
V. Material didático sobre doação de órgãos;
VI. Campanhas e eventos;
VII. Reportagens sobre a comissão e transplantes em geral;
VIII. Leis e portarias;
IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
XI. Mailing;
XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;
XIII. Certificados de “Honra ao Mérito”;
XIV. Revistas.

Art. 12 Das reuniões da CIHDOTT, que em regra serão mensais, deverá ser redigida até com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

Art. 13 A CIHDOTT deverá organizar relatórios ao CNCDO, que podem ser as atas com planilhas.

Art. 14 A CIHDOTT deverá anotar nos prontuários dos pacientes o ocorrido em cada caso, com assinatura e carimbo (coordenador).

CAPÍTULO IV

DA FORMAÇÃO DA COMISSÃO

Art. 15 A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intrahospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Diretor tecnico.

Art. 17 O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Art. 18 Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 19 A composição da CIHDOTT poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo doação-transplante necessário para obtenção de melhores resultados.

Art. 20 O tempo de permanência da CIHDOTT será de dois anos, podendo ser prorrogado em mais dois anos se assim for decidido pelo grupo de escolha.

Art. 21 Em caso de divergências insuperáveis no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CIHDOTT, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado.

§1 O substituto do membro poderá ser indicado pelos membros remanescentes da CIHDOTT, condicionado a aprovação do Diretor tecnico.

§2 Quando o membro solicitante de desligamento da CIHDOTT for o coordenador, este deverá solicitar diretamente ao Diretor tecnico que indicará o seu substituto.

§3 Quando todos os membros solicitarem seu desligamento da CIHDOTT, o Diretor tecnico indicará novos nomes para compor a Comissão.

Art. 22 Poderá existir mais de uma lista tríplice para aprovação.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DA CIHDOTT

Art. 23 Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;
II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;
V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;
VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;
VII. Baixar resoluções decorrentes de deliberações da Comissão e “ad referendum” desta, nos casos de manifesta urgência;
VIII. Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
IX. Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;
X. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT

Art. 24 Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, relatando 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 outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;
V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante;
VI. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes;
VII. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão; VIII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento. **CAPÍTULO VII**

DO FUNCIONAMENTO

Art. 25 A CIHDOTT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, de acordo com agenda pré-estabelecida, e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor técnico, Coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 26 O Colegiado da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus componentes.

§1 No caso do "quorum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§2 Quando da pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de "quórum".

§3 O Diretor tecnico designará um dos membros da CIHDOTT para coordenar os trabalhos, na ausência do Coordenador.

§4 Cada membro terá direito a um voto.

§5 A votação será nominal e aberta.

§6 As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes. §7 O Presidente terá o voto de qualidade.

§8 As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§9 É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 27 A CIHDOTT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

CAPÍTULO VIII

DOS INDICADORES DE POTENCIAL DE DOAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DE EFICIÊNCIA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Art. 28 Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

I. Número de leitos;
II. Taxa de ocupação;
III. Tempo médio de hospitalização;
IV. Número de hospitalizações;
V. Número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
VI. Taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;
VII. Número total de óbitos;
VIII. Taxa de mortalidade em UTI;
IX. Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;
X. Notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;
XI. No caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;
XII. Número de doações efetivas de córneas;
XIII. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e
XIV. Causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

Art. 29 A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

I. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contraindicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado;
II. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

Art. 30 A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento

Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

I. Notificar a CNCDO em 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e,
II. Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contraindicações médicas, definidas pela CNCDO;
III. Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO;
IV. Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar;
V. Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

Art. 31 A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

Art. 32 Compete ao Coordenador da CIHDOTT, em conjunto com o Coordenador da CNCDO, determinar os indicadores para a instituição, na forma do disposto no caput deste Artigo.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33 A Diretor técnico e os Conselhos Diretores poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor a substituição de seus respectivos representantes na CIHDOTT.

Art. 34 A Diretor técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT e do Coordenador após ser referendado pelo Conselho Deliberativo.

Art. 35 O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, estará automaticamente desligado da Comissão.

Parágrafo Único. O controle de frequência será efetuado pelo(a) secretário(a), mediante registro em pauta.

Art. 36 A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Diretor tecnico, a substituição do Coordenador.

Art. 37 Quando forem discutidos pela CIHDOTT assuntos “subjudice” em outras instâncias, os membros que forem partes envolvidas ou interessadas no deslinde da questão, deverão se declarar impedidos, vedando-se a sua presença sempre que a matéria for colocada em exame. Parágrafo Único. Caso o membro da CIHDOTT, na hipótese estabelecida no “caput”, não se considere impedido, cabe ao Presidente da CIHDOTT e na impossibilidade deste, ao Diretor Clínico, declarar o impedimento.

Art. 38 Nenhum membro da CIHDOTT, à exceção de seu Coordenador, poderá falar em nome da Comissão, sem que esteja autorizado pela Diretor tecnico.

Art. 39 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pelo Diretor tecnico.
Art. 40 O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida a Diretor tecnico.

Art. 41 O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições em contrário.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria Técnica Da Unidade

7.13.2.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

ATIVIDADE		2019							2020				
		06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05
1	Reuniões de Planejamento												
2	Elaboração de Relatórios												
3	Reuniões ordinárias												

4	Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea												
5	Monitorar a emissão de Pareceres técnicos												
6	**Promover ações educativas com**												

	os profissionais de saúde da instituição											

ROTINAS OPERACIONAIS

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT
Data: xx/xx/21
Responsavel: (presidente da comissão)

Das Atividades:

- Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
- Verificação de presença e existência de "*quórum*";
- Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;
- Leitura e despacho do expediente;
- Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião;
- Comunicações breves;
- Proposta da próxima reunião;
- A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.
- O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.
- O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.
- Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

• Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro do NEPE.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/21 Março: xx//03/21 Maio: xx//05/21 Julho: xx//07/21 Setembro: xx//09/21 Novembro: xx//11/21

Revisada:xx/xx/21	Assinatura RT:

7.13.2.4 Acompanhar, monitorar, comunicar as unidades referenciadas da OPO.

A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos – OPO se reportam a Central de Transplantes e atuam junto aos estabelecimentos de saúde de forma regionalizadas e metas estabelecidas para a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes e as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT organizam no âmbito hospitalar o processo de remoção de órgãos e tecidos para fins de transplantes.

OPO's e CIHDOTT's são responsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos e tecidos na sua área de abrangência.

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes –CIHDOTT;

7.13.3 Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS)

7.13.3.1 Proposta de Constituição (membros, FInalidade).

7.13.3.1.1 FINALIDADE

Normatizar e implementar na Policlínica Regional - Unidade Goiás o processo de padronização dos produtos para saúde e deverão estar vinculadas à Diretoria técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Vai elaborar com racionalização sistemática, a relação dos produtos para saúde com os descritivos (marcas/fabricações) aprovadas na Policlínica Regional - Unidade Goiás e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados. , CONFORME RDC 15.

7.13.3.1.2 MEMBROS.

Sugere-se que a comissão de padronização seja multiprofissional e composta, preferencialmente, por no mínimo 07 (sete) membros:
A. 01 (um) representante da Gerência de Risco ou da Comissão de Segurança do Paciente B. 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS.
C. 01 (um) representante da Central de Materiais e Esterilização - CME
D. 01 (um) representante da Engenharia Clínica
E. 01 (um) representante do Setor da Farmácia Hospitalar
F. 01 (um) representante da Divisão Médica
G. 01 (um) representante da Unidade de Compras ou Suprimentos

7.13.3.2 Proposta de Regimento Interno.

CAPITULO I

DEFINIÇÕES

Art.1. Produtos para saúde são:

a) aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.
b) Materiais e artigos descartáveis: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.
c) OPME: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

- Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.
- Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de “materiais especiais” e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

d) Materiais de apoio médico-hospitalar: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
e) Produtos para diagnóstico de uso “in-vitro”: São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para

efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

f) Instrumento cirúrgico: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.
g) Produtos de Classe X (Baixa Criticidade): Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.
h) Produtos de Classe Y (Criticidade Média): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.
i) Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.
j) Padronização: É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização na Policlínica Regional - Unidade Goiás, após sua pré-qualificação.
k) Pré- qualificação: compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.
l) Câmara técnica: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.
m) Produtos padronizados: Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.
n) Produtos não padronizados: Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.
o) Produtos despadronizados: Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.
p) Controle de qualidade: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

q) Especificação técnica: É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

r) Parecer técnico: É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC n 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

s) Desvio de qualidade: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2. As Comissões de Padronização de Produtos para Saúde são instâncias colegiadas, consultiva e deliberativa, com a finalidade de normatizar e implementar na Policlínica Regional - Unidade Goiás o processo de padronização dos produtos para saúde e deverão estar vinculadas à Diretoria técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

Art. 3. Vai elaborar com racionalização sistemática, a relação dos produtos para saúde com os descritivos (marcas/fabricações) aprovadas na Policlínica Regional - Unidade Goiás e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

CAPITULO III

COMPETÊNCIAS

Art.4. São competências da comissão:

I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos na Policlínica Regional - Unidade Goiás; IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede; V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;
IV. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
V. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da Policlínica Regional - Unidade Goiás, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
VI. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
VII. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
VIII. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;
IX. Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
X. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na Policlínica Regional - Unidade Goiás;
XI. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
XII. Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
XIII. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados na Policlínica Regional - Unidade Goiás, para os casos excepcionais;
XIV. Divulgar na Policlínica Regional - Unidade Goiás as atualizações da padronização;
XV. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver; Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

XVI. Recomendar a diretoria tecnica, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XVII. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XVIII. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XIX. Receber assessoria jurídica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XX. Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização através do e-mail;

XXI. Assessorar a governança da Policlínica Regional - Unidade Goiás em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXII. Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXIII. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento (ou unidade equivalente) da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XXIV. Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente, acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXV. Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXVI. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXVII. Estimular os profissionais a preencherem a “Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde”;

XXVIII. Solicitar a Unidade de Abastecimento a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXIX. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde na Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XXX. Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXI. Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXII. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

CAPITULO IV

COMPOSIÇÃO

Art.5. Sugere-se que a comissão de padronização seja multiprofissional e composta, preferencialmente, por no mínimo 07 (sete) membros:

A. 01 (um) representante da Gerência de Risco ou da Comissão de Segurança do Paciente B. 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS.

C. 01 (um) representante da Central de Materiais e Esterilização - CME

D. 01 (um) representante da Engenharia Clínica

E. 01 (um) representante do Setor da Farmácia Hospitalar

F. 01 (um) representante da Divisão Médica

G. 01 (um) representante da Unidade de Compras ou Suprimentos

Art.6. Composição sujeita a alteração de acordo com a realidade de cada Policlínica, o exemplo acima é somente uma sugestão de composição, devendo prevalecer que seja multiprofissional e com no mínimo 07 membros.

Art.7. Os membros da CPPS serão indicados pelos respectivos serviços e nomeados pelo Superintendente do HU.

Art.8. A CPPS será composta por servidores das áreas de interesse da unidade e outros consultores quando necessário.

Art.9. Todos os integrantes da CPPS deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.10. O membro do CPPS deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade

CAPITULO V

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 11. A comissão é constituída administrativamente por:

A. Presidente;

B. Vice-presidente;

C. Secretário;

D. Membros efetivos;

E. Consultores técnicos convidados, quando necessário.

Art.12. Poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos e/ou externos, especialistas, como membros eventuais, visando à melhor consecução das atividades relacionadas a análise dos produtos para saúde, podendo formar câmaras técnicas se assim acharem o mais pertinente.

Art13.O presidente, vice-presidente e o secretário da CPPS serão escolhidos entre seus membros, com o aval da Diretoria técnica.
Art.14. O mandato de cada representante será de 02 (dois) anos, a contar da data de início, podendo ser prorrogado por igual período em comum acordo com os membros da comissão.
Art.15. Deverá ser indicado um suplente para cada membro titular, que o represente em suas ausências e impedimentos.
Art.16. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse.
CAPITULO VI
ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS
Art.17. são atribuições do Presidente:
a. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da CPPS;
b. Assinar todos os documentos oficiais da CPPS;
c. Assessorar o Diretor Superintendente, quando solicitado;
d. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;
e. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;
f. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;
g. Informar a Seção de Compras do HU as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios do HU; h. Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico ao Setor de Licitação;
i. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;
j. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);
k. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento da unidade as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
l. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas na Policlínica Regional - Unidade Goiás; m. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados, para a Unidade de Apoio

Corporativo, para que a mesma seja divulgada no site da unidade (quando houver), e utilizados no Setor de Suprimentos (ou unidade equivalente) para o processo licitatório;
n. Elaborar Relatório Anual de Atividades da CPPS;
o. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor técnico/adminitrativo. Art. 18. São atribuições do Vice Presidente:
a. Representar e desenvolver as atividades do Presidente em suas ausências e impedimentos. Secretário a. Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;
b. Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde e elaborar as respectivas atas;
c. Enviar a Unidade de Apoio Corporativo as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site da unidade (quando houver);
d. Enviar as Atas das reuniões mensais ao endereço eletrônico;
e. Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré estabelecidos;
f. Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;
g. Encaminhar e receber documentos através de registro no SIG protocolo;
h. Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
i. Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
j. Desempenhar tarefas afins;
k. Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da CPPS para a Unidade de Apoio Corporativo e para os Membros da Comissão;
l. Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

Art.19. São atribuições dos Membros da Comissão;

a. Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;

b. Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;

c. Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;

d. Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;

e. Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;

f. No caso de ausência da presidência, vice presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição;

g. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente. Câmara Técnica As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da CPPS designados pelo Presidente e por Consultores convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.20. São atribuições da Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

a. Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

b. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

c. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

d. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

CAPITULO VII

HABILIDADES DOS INTEGRANTES

Art.21. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

a. Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios tais como: eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;

b. Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;

c. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

d. Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPITULO VIII

FUNCIONAMENTO E DELIBERAÇÕES

Art.22. Do funcionamento e deliberações da comissão:

I. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que

necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

II. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

III. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

IV. Só ocorrerá a reunião da CPPS com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

V. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

VI. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

VII. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

VIII. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

IX. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

X. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

XI. Caso as recomendações e pareceres da CPPS não sejam aceitas para a homologação final da Diretoria tecnica, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

XII. Enquanto pertencer à CPPS, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.23. O encaminhamento das reuniões da CPPS obedecerá a seguinte rotina:

a. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

b. Revisão das demandas pendentes;

c. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

d. Sugestão de pauta da próxima reunião.

CAPITULO IX

DO EXPEDIENTE E ATAS DAS REUNIÕES DA CPPS

Art. 24. Do expediente das reuniões:

I. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;
II. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;
III. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);
IV. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.
V. V. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPITULO X

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.25. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custoefetividade durante o uso.

Art.26. A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

Art.27. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo.

Art.28. A Análise e Parecer Técnico na Padronização de Produtos para Saúde tem os seguintes Objetivos:

I. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;
II. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;
III. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;
IV. Permitir a compra em grandes lotes;
V. Otimizar o trabalho do Setor de Logística e Unidade de Compras;
VI. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;
VII. Adquirir materiais com maior rapidez;
VIII. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;
IX. Obter maior qualidade e uniformidade.

Art.29. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações documentadas e oficializadas. Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e o SOST (quando se tratar de Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário.

Art.30. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art.31. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela CPPS que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão".

Art.32. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPITULO XI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.33. Os artigos aprovados, sem registro negativo ou alterações de especificações, terão sua qualificação revalidada.

Art.34. Artigos aprovados que, porventura, após o processo de compra e aquisição apresentarem não conformidades, notificadas e investigadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, serão automaticamente colocados como pauta na próxima reunião da Comissão.

Art.35. Os produtos reprovados somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

Art.36. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.37. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.38. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas, fornecidos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

Art.39. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário “Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

CAPITULO XII

DOS PRAZOS

Art. 40. A Unidade que não possuem a Comissão, terão o prazo de 120 dias, a contar da data de publicação deste manual, para constituir sua Comissão de Produtos para Saúde, devendo encaminhar para o endereço eletrônico da unidade: Portaria que institui a CPPS; Regimento Interno da CPPS; Portaria de nomeação dos Membros. Para os hospitais que já possuem a CPPS atuante deverão fazer uma revisão do seu Regimento a partir das orientações contidas neste documento e encaminhar no prazo de 60 dias a contar da data de publicação os seguintes documentos: Portaria que institui a CPPS; Regimento Interno da CPPS; Portaria de nomeação dos Membros.

CAPITULO XIV

DO MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO

Art.41. O Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde da Diretoria de Atenção à Saúde acompanhará o funcionamento das comissões através de indicadores de monitoramento. Inicialmente será avaliado a instituição das CPPS através das Atas das reuniões mensais, que deverão ser enviadas ao endereço eletrônico da unidade.

CAPITULO XV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art.42. Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de Produtos para Saúde deverá passar por avaliação prévia da CPPS, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art.43. Todos os documentos oficializados em reunião da CPPS, além do registro em atas, serão arquivados pelo membro designado secretário.

Art. 44. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade e comunicado a sede:

I Por motivo de alterações na Legislação nos âmbitos federal, estadual ou municipal referente à aquisição de Produto para Saúde;

II Por iniciativa da CPPS com acordo da maioria absoluta dos membros da Comissão, visando custo benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a Instituição.

Art.45. Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde. Art. 46. Este Regimento possui 10 (dez) anexos que são partes integrantes e devem ser revistos quando houver necessidade e/ou a cada revisão do Regimento.

Goiás, de 2021

_____

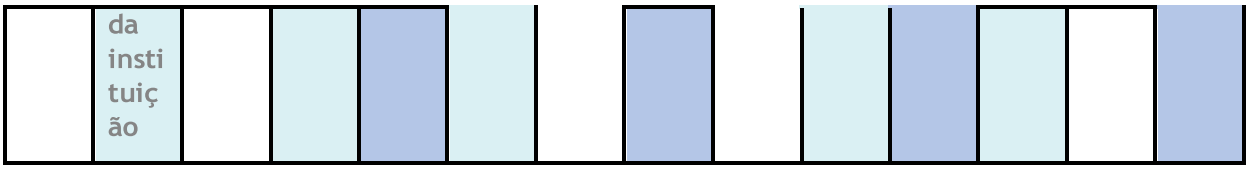
Diretoria Técnica da Unidade

7.13.3.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

ATIVIDADE		2019							2020				
		06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05
1	Reuniões de Planejamento												
2	Elaboração de Relatórios												
3	Reuniões ordinárias												
4	Acompanhamento das notif												

	icações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea												
5	Monitorar a emissão de Pareceres técnicos												
6	**Promover ações educativas com os profissionais de saúde**												



7.13.4 Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC)

7.13.4.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.4.1.1 FINALIDADE

Articular junto ao Estado e regional do Sistema Nacional de Informação de Câncer (SISCAN) e acompanhamento do paciente oncológico do seu diagnóstico ao primeiro tratamento na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.4.1.2 MEMBROS

Composta por 1 Presidente, seu respectivo Suplente, 1 Secretário-Executivo e seu respectivo Suplente.

7.13.4.2 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

CONSIDERAÇÕES

Art.1 A Comissão da Coordenação da unidade para acompanhamento do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN-) e articulação com as Comissões Regionais de Sistemas e Informação do Câncer (CRSINC), é de natureza consultiva e caráter permanente, que terão por finalidade, respectivamente, a articulação junto ao estado e regional do Sistema Nacional de Informação de Câncer (SISCAN) e acompanhamento do paciente oncológico do seu diagnóstico ao primeiro tratamento na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 2° Compreende-se por Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web, que permite a solicitação de cinco exames (mamografia, citopatológico de mama e colo do útero e histopatológico de mama e colo do útero), seguimento dos exames alterados e gerar dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação de tempo de início do primeiro tratamento de todas as neoplasias malignas.

Art. 3° Ficam consideradas fontes executoras responsáveis por alimentar o SISCAN, todas as unidades de saúde pública, que solicitem e executem os exames de rastreamento e diagnóstico, referentes ao câncer de colo de útero e mama, e as Comissões Regionais do Sistema de Informação do Câncer (CRSINC).

Art. 4° É compulsória a alimentação do SISCAN, que integra os bancos de dados desenvolvidos pelo Ministério da Saúde - MS, de acordo com o tipo de estabelecimento de saúde.

Art. 5° Não gerará impacto orçamentário, pois Comissão de Natureza Consultiva, não tem caráter remunerativo.

Art. 6° A Comissão Regionais de Sistemas e Informação de Câncer (CRSINC) serão constituídas por membros indicados pelas Regionais de Saúde, às quais, permanecerão subordinadas e por membros indicados por Hospitais habilitados na assistência de alta complexidade em oncologia: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centro de Assistência Especializada de Alta Complexidade em Oncologia.

Art. 7° Os servidores, que comporão as Comissões Regionais de Sistemas e Informação de Câncer (CRSINC), serão indicados pelas Regionais e designados pelo GAB/SAIS/SES, por meio de portaria.

Parágrafo único. A Comissão de que trata este artigo deverá ter caráter permanente, ser composta por equipe multidisciplinar e, obrigatoriamente, ter a supervisão de um profissional de nível superior em saúde.

Art. 8° As Comissões Regionais de Sistemas de Informação de Câncer (CRSINC) serão tecnicamente subordinadas à Coordenação Estadual do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN-DF), que está subordinada à ASCCAN/SAIS/SES/DF.

Art. 9° Caberá à Coordenação Estadual do Sistema de Informação de Câncer (SISCANDF) da ASCCAN/SAIS/SES/DF:

I - Indicar 4 servidores que comporão a Comissão Permanente da Coordenação Estadual do Sistema de Informação do Câncer - SISCAN-DF, sendo 1 Presidente e seu respectivo Suplente e 1 Secretário-Executivo e seu respectivo Suplente.

II - Utilizar as informações do SISCAN no Plano Oncológico do Distrito Federal e demais instrumentos de planejamento do Distrito Federal;

III - Apoiar, acompanhar e auxiliar a consolidação das informações sobre o câncer no Distrito Federal;

IV - Capacitar e treinar recursos humanos para o funcionamento das Comissões Regionais de Sistemas e Informação do Câncer (CRSINC);

V - Autorizar os acessos para os perfis Coordenação Regional Master e Coordenação Municipal Master do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN);

VI - Vincular os estabelecimentos de saúde solicitantes aos prestadores de serviço;

VII - Organizar reuniões periódicas junto às CRSINCs com a finalidade de atualizar e reciclar conceitos técnicos e assuntos administrativos;

VIII - Elaborar e atualizar manual de rotinas e procedimentos das CRSINCs;

IX - Dar suporte técnico às CRSINCs.

Art. 10. Caberá às Regionais de Saúde, da Secretaria de Saúde:

I - Viabilizar área física onde funcionará a Comissão Regional de Sistemas e Informação do Câncer (CRSINC);

II - Indicar 4 servidores que comporão a Comissão Regional de Sistemas e Informação do Câncer (CRSINC), sendo 1 Presidente e seu respectivo Suplente e 1 Secretário-Executivo e seu respectivo Suplente, com liberação mínima de 20 horas semanais de cada servidor, para a execução de atividades relacionadas à Comissão.

III - Disponibilizar condições logísticas e operacionais para o funcionamento da Comissão Regional de Sistemas e Informação do Câncer – CRSINC.

IV - Monitorar e exigir e cumprimento da normativa técnica do SISCAN, na rede hospitalar, ambulatorial e atenção primária.

Art. 11. Caberá à Comissão Regional de Sistemas e Informação do Câncer (CRSINC):

I - Gerenciar e autorizar os acessos ao Sistema de Informação em Câncer (SISCAN) para os perfis Unidade de Saúde Master e Prestador de Serviço Master;

II - Treinar os usuários detentores de Perfil Master a gerenciar os perfis técnicos das unidades sob sua responsabilidade;

III - Dar suporte aos Prestadores de Serviço do SISCAN (Laboratórios e Radiologias), bem como Ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde e Unidades Especializadas;

IV - Destravar laudos no SISCAN, quando formalmente solicitado pelos prestadores de serviço;

V - Gerenciar seguimento, realizado pelas unidades de saúde no SISCAN, das pacientes com alterações dos exames citopatológicos do colo do útero e mamografias;

VI - Cadastrar, em planilha web ou sistema indicado pela ASCCAN, todos os laudos histopatológicos com diagnósticos de neoplasias malignas (inclusive in situ), realizados no Laboratório de Anatomia Patológica de sua região de saúde;

VII - Acompanhar todos os pacientes cadastrados na planilha web, ou sistema indicado pela ASCCAN, até o seu primeiro tratamento, com preenchimento dos dados específicos contidos da planilha;

VIII - Emitir relatórios mensais, padronizados pela ASCCAN, acerca dos indicadores do tratamento oncológico de sua região de saúde a serem enviados à ASCCAN até o 7° dia útil do mês subsequente;

IX - Promover reuniões periódicas e registrá-las em ATA gerada no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), a qual deverá ser inserida no respectivo processo de instituição e conter, minimamente, as informações.

X - Elaborar regimento interno próprio;

XI - Na hipótese de inexistirem trabalhos atinentes à Comissão a serem executados no período, é cediço a indispensabilidade de que os servidores mantenham as atividades relacionadas ao rol de suas atribuições no local de locação, de modo a evitar possíveis prejuízos quanta à execução das funções atinentes ao cargo que o servidor ocupa.

Art. 12. Atribui-se ao Presidente e respectivo suplente:

I – orientar e supervisionar as atividades;

II – expedir convites especiais;

III – assinar documentos;

IV –convocar reuniões;

V – votar quando houver empate;

VI – representar o comitê, a comissão, a câmara técnica ou o grupo de trabalho em outras comissões e perante a Administração Superior.

Art. 13. Cabe ao Secretário-Executivo e respectivo Suplente:

a) Registrar em ATA as reuniões da Comissão.

Parágrafo Único. Na ausência do Presidente e/ou do Secretário-Executivo, caberá ao respectivo Suplente assumir as atribuições àquele pertinente.

Art. 14. As informações de caráter pessoal e individual dos casos notificados são sigilosas e a divulgação será proibida.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, e revoga-se todas as disposições em contrário.

Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA		
	2019	2020

ATIVIDADE		06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05
1	Reuniões de Planejamento												
2	Elaboração de Relatórios												
3	Reuniões ordinárias												
4	Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea												
5	Monitorar a emissão de Pareceres técnicos												
6	**Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição**												

7.13.4.3 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA														
Atividade		anual												
		06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07
1	Reuniões Ordinárias da Comissão													

2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas com os discentes														
3	Reunião de apresentação e análise dos programas de residência com os Supervisores														
4	**Avaliar desenvolvimento dos residentes através dos fichários individuais**														

7.13.5 Comissão de Análise de Contratos terceirizados

7.13.5.1 Finalidade

Organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

7.13.5.2 Membros

I - o chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - um representante da DAF.

7.13.5.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1. Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e

auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2. O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento a unidade como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3. Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO SEÇÃO

Art. 4. A Unidade de Contratos, caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Unidade de Contratos;

II - Ambientes de trabalho: espaço dentro da unidade de saúde;

III - Vinculação: Setor de Administração / Divisão Administrativa Financeira / Gerência Administrativa;

IV - Cargo de gestão: Chefe de Unidade;

V - Supervisão técnica: Setor de Administração.

Art. 5. A Unidade de Contratos (UCON) utiliza a seguinte estrutura física para o desenvolvimento de suas atividades: N. Classificação Quantidade Objetivo 1 Sala da Unidade 1 Destinada ao funcionamento da UCON.

Capítulo III

Responsabilidades

Art. 6. A Unidade de Contratos tem por missão garantir a excelência nas contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 7. Unidade de Contratos tem por visão ser referência em contratações públicas alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 8. São valores da Unidade de Contratos, em consonância com os valores do contrato:

I - preceitos ético-legais;

II - humanização;

III - responsabilidade;

IV - respeito aos direitos do paciente;

V - trabalho em equipe;

VI - eficiência, eficácia e efetividade;

VII - cooperação e integração;

VIII - padronização de condutas;

IX - educação permanente;

X - comprometimento;

XI - transparência;

XII - sustentabilidade.

Art. 9. São competências da Unidade de Contratos:

I - gerenciar as contratações de bens e serviços da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

II- prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;

III – elaborar minutas de contrato;

IV - gerir os convênios celebrados pela Policlínica.

Art. 10. Constituem produtos/serviços da Unidade de Contratos:

I - contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;

II - fiscalização de contratos da área administrativa;

III - apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços; Seção VI Clientes

Art. 11. São clientes internos e externos da Unidade de Contratos todas as Unidades organizacionais da unidade fornecedores, órgãos públicos e profissionais de outros hospitais.

Art. 12. São fornecedores de informações em favor da Unidade de Contratos:

I – Setores Demandantes da unidade;

I – Órgãos Externos;

III – Fornecedores de Insumos e/ou Serviços;

Art. 13. Constituem funções operacionais da Unidade de Contratos:

I - execução de procedimentos relativos a formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação (preenchimento do termo de contrato, colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);

II - expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos; III - expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;

IV - solicitação de senha no sistema para os fiscais de contratos;

V - acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);

VI – envio de Ofício aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;

VII - execução de procedimentos relativos a prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa a regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);

VIII - pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

IX - cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema de gestão;

X - prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas;

XI - execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados a apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao fornecedor e solicitante);

XII - execução de procedimentos relativos a análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);

XIII - execução de procedimentos relativos a análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

XIV - pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

XV - prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 14. A Unidade de Contratos deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 15. São deveres gerais dos trabalhadores lotados na Policlínica Regional - Unidade Goiás de Contratos:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade; VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

X - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - manter seus registros funcionais atualizados;

XV - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 16. A Unidade de Contratos possui os seguintes Atribuições:

- Gerir os contratos, cessões, doações, autorizações, convênios e demais instrumentos obrigacionais firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados; Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados; Atualizar rotineiramente as informações constantes do Sistema de gestão, de acordo com as normas vigentes;
- Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;

- Apresentar relatórios periódicos contendo análise da gestão de contratos da Policlínica Regional - Unidade Goiás. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo da Unidade;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos colaboradores da UCON;
- Auxiliar os Gestores e Fiscais de contratos na execução de suas atividades;
- Manter a página da Unidade atualizada no sítio eletrônico da unidade, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos.

Art. 17. As funções de Coordenadores de Área e Responsáveis Técnicos constituem funções de confiança da Chefia do Setor de Administração, ficando a indicação a seu critério.

Art. 18. A indicação para nomeação da Chefia da Unidade de Contratos, deverá seguir os critérios estabelecidos pela legislação da SES/GO.

Art. 19. A Chefia da Unidade de Contratos é função gratificada na estrutura da unidade sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratifica.

§1. A Função Gratificada relativa à chefia descrita no caput deverá ser ocupada por profissional com formação de nível superior ou nível técnico com experiência mínima de três anos na área de atuação, conforme disposições contidas no plano de cargos e carreiras do instituto CEM.

§2. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Setor de Administração, assumirá pessoa de sua confiança

que será o substituto legal, formalmente nomeado por meio de Portaria publicada, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato da chefia.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 20. A Unidade de Contratos funciona nos seguintes horários: de segunda a sexta das 7h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 21. As escalas de trabalho são de responsabilidade da unidade, devendo ser elaborada até o dia 10. dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 22. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Art. 23. As escalas/horários de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe a Unidade, obrigatoriamente publicadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 24. A Unidade de Contratos está representada no Comissão Gestor do Setor de Administração do instituto CEM, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias do Setor de Administração e suas Unidades, pelos chefes substitutos como suplentes e um representante da administração, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 25. São objetivos da comissão:

I - promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas;

II - promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégias de planejamento;

III - implementar oportunidades de melhorias para que a DAF possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 26. Compõem a comissão:

I - o chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - um representante da DAF.

§ 1. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação do comissão seu substituto legal.

§ 2. O secretário do comissão será escolhido dentre os representantes de cada segmento do SAD representado no comissão, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 27. Caberá ao secretário do Comissão:

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Comissão;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do Comissão;

VII - elaborar relatório mensal das atividades do Comissão;

VIII - providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Comissão.

Art. 28. São competências da Comissão:

I - elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos dos Setores e Unidades, quando necessário;

II - apreciar o Plano Anual de Investimento dos Setores e Unidades, para o exercício subsequente; III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor e Unidades;

IV - definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor e Unidades;

V - estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Comissão para o exercício, quando do início das atividades;

VI - dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;

VII - propor a criação de Grupos de Trabalho para: a) auxiliarem nas decisões do Comissão Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos; b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Art. 29. As reuniões ordinárias do Comissão serão realizadas pela Chefia, juntamente com suas Unidades, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 das chefias subordinadas, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 30. As decisões serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 31. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Comissão Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE GESTÃO

Art.32. São Indicadores de Produção:

- Número de Contratos Existentes
- Percentual de Contratos de Dispensa, Adesão, Inexigibilidade e pregão;
- Número de Contratos em Confecção
- Número de Contratos em fase de Aditivação/Prorrogação

Art.33. São indicadores de desempenho:

- Tempo médio de execução de confecção de contrato
- Tempo médio de execução de de Aditivo ou prorrogação contratual

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. O funcionamento da Unidade de Contratos (UCON), além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da unidade, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1. Assuntos referentes a normas e rotinas da Unidade de Contratos devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 35. Os casos omissos deverão ser objeto de deliberação do Conselho Gestor com a chefia do setor, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do diretoria técnica e administrativa com a chefia da imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.13.6 Comissão de Ética multiprofissional

7.13.6.1 Finalidade

Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e

pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

7.13.6.2 Membros

01 (um) Presidente,

01 (um) Secretário,

1 representante da psicologia,

1 representante da nutrição,

1 representante da fisioterapia

1 representante da enfermagem

1 representante do serviço social como membros efetivos

7.13.6.3 Proposta de Regimento Interno

DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO

Art.1°. A Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.2°. A Comissão de Ética Multidisciplinar terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser designada na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.3. A Comissão de Ética Multidisciplinar deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social dentre outras profissões de saúde do quadro de funcionários da Unidade.

§1. Os serviços serão representados por funcionários de nível superior.

§2. Na primeira gestão a Comissão de Ética Multidisciplinar será constituída por solicitação e indicação da Unidade sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§3. Nas gestões subsequentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários da Policlínica Regional - Unidade Goiás, de cada categoria profissional aqui discriminada, e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§4. O Coordenador será designado pelo Diretor Tecnico e Administrativo, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§5. A Comissão de Ética Multidisciplinar da Policlínica Regional - Unidade Goiás será composta por:

01 (um) Presidente,

01 (um) Secretário,

1 representante da psicologia,

1 representante da nutrição,

1 representante da fisioterapia

1 representante da enfermagem

1 representante do serviço social como membros efetivos

Igual número de suplentes.

Art. 4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética Multidisciplinar não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao Unidade.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. São atribuições da Comissão de Ética Multidisciplinar:

l. Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

ll. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética de cada profissão.

lll. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.

lV. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.

Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar da Unidade.

promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.

Vl. Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética Multidisciplinar.

Vll. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.

Vlll. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais da Unidade.

. Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.

Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional multiprofissional da Unidade.

Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Comissãos Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.

Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Art. 6°. Não caberá à Comissão de Ética Multidisciplinar analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos da Unidade.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá assessorá-los.

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7°. Compete ao Presidente:

l. Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética Multidisciplinar.

ll. Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos.

Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética Multidisciplinar e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.

Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar ou designar quem o faça, quando necessário.

Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética Multidisciplinar em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.

Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.

Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

. Outros assuntos correlatos.

Art. 8°. Compete aos Membros Titulares:

Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar - CEMM.

Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética Multidisciplinar – CEMM.

Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.

Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão.

Debater a matéria e os processos em discussão.

Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.

Convocar reuniões extraordinárias.

Relatar os expedientes da Comissão de Ética Multidisciplinar.

Comparecer às reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar, quando convocado pelo Presidente.

Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.

Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar da Policlínica Regional - Unidade Goiás em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9. Compete ao Membro Suplente:

l. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar.

ll. Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direto a voz e voto.

lll. Participar das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10. Compete ao Secretário:

l. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.

ll. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

lll. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§ 1. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões da Policlínica Regional - Unidade Goiás participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;

Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;

Outras atividades afins.

§ 2. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões - Unidade, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11. A Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Unidade, por inobservância do Código de Ética dos seus respectivos Comissãos, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 12. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Art. 13. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética Multidisciplinar, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Art. 14. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais da Policlínica Regional - Unidade Goiás e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através da ouvidoria da Unidade.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão a ouvidoria deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética Multidisciplinar para apuração dos fatos.

§ 1 - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesma não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

§ 2 - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3 - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética Multidisciplinar ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1 - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética Multidisciplinar, neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.

§ 2 - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética Multidisciplinar que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 16. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos Comissãos Regionais das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Art. 19. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito Hospitalar.

§ 1. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética Multidisciplinar lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado aos Comissãos Regionais das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Art. 20. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPÍTULO Vl

DAS ELEIÇÕES

Art. 21. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar deverão ser funcionários e profissionais da unidade.

Art. 22. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23. Os candidatos à Comissão de Ética Multidisciplinar da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

Art. 26. A composição da Comissão de Ética Multidisciplinar da Policlínica Regional - Unidade Goiás será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27º. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28º. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.

Art. 29º. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrado 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).

Art. 30. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para os Comissãos Profissionais representados.

Art. 32. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética Multidisciplinar e terceira instância aos Comissãos respectivos.

Art. 33. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Tecnico e Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

CAPITULO Vll

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar devem dar-se por impedidos quando forem:

l. Parte da causa;

ll. Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;

lll. Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;

lV. Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

§ 1. Poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2. Compete à própria Comissão de Ética Multidisciplinar decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35. A Comissão de Ética Multidisciplinar será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36. As ausências dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões da UNIDADE, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37. Este Estatuto poderá ser alterado quando:

Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética Multidisciplinar, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;

Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 38. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

Art. 39. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética Multidisciplinar.

Goiás, / / 2021

_____

Diretor Técnica da Unidade

7.13.7 Comissão de Controles Internos

7.13.7.1 Finalidade

A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

7.13.7.2 Membros

- Diretoria Administrativa;
- 01 (um) Advogado;
- coordenador de enfermagem;
- coordenador de Ensino e Pesquisa;
- 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

7.13.7.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DO SISTEMA

Art. 1 - Fica criado o Sistema de Controle Interno da unidade, que tem como órgão central de controle interno e visa estabelecer políticas e ações de controle interno do âmbito da unidade.

Art. 2 - Visando operacionalizar e dar efetividade ao Sistema de Controle Interno da unidade, fica também criado, no âmbito de suas atribuições e competências administrativas, a Comissão de Controle Interno.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.3º Atribuições:

I - Avaliar o cumprimento da execução das metas contidas no plano plurianual de investimentos, na Lei Orçamentária Anual (Planejamento/Proposta Orçamentária Anual), nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito da unidade;

II - Comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no da unidade, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;

III - Acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse da unidade;

IV - Controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo da unidade;

V - Exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da unidade quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade;

VI - Criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;

VII - Exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres da unidade;

VIII - Avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.

IX - Monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;

X - Supervisionar os processos de controles internos;

XI - Realizar análise e atualização sobre:

a. Os Métodos e Medidas utilizados em cada área;

b. A proteção do Patrimônio;

c. A correta gestão do pagamento do pessoal;

d. A exatidão e fidedignidade das informações;

e. A eficiência operacional; e

e. O cumprimento das políticas administrativas.

Parágrafo Único – A Comissão de Controle Interno funcionará sem prejuízo de posterior criação da Controladoria Interna da unidade, no âmbito de sua estrutura organizacional, a qual a diretoria adminsitrativa poderá delegar as atribuições, mediante Portaria específica, que competirá atuar na execução direta das atribuições funcionais e executivas do Sistema de Controle Interno.

Art. 4 - A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES

Art. 5° -A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

§ 1° - O assessoramento visa a comprovar se os processos, políticas e manuais objetos de intervenção, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

§ 2° - A auditoria visa a avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos.

§ 3° - A fiscalização visa a comprovar se o objeto dos programas de governo corresponde às especificações estabelecidas, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

Art. 6° - A Comissão de Controle Interno, assim como os demais órgãos que vierem a compor o Sistema de Controle Interno da unidade, prestarão orientação aos administradores de bens e recursos públicos nos assuntos pertinentes à área de competência do controle interno, inclusive sobre a forma de prestar contas.

Art. 7° - As atividades a cargo do Sistema de Controle Interno da Unidade destinam-se, preferencialmente, a subsidiar:

I - O exercício da direção superior da unidade, a cargo da diretoria administrativa;

II - A supervisão das Gerências, Divisões, Setores da unidade;

III - O aperfeiçoamento da gestão pública, nos aspectos de formulação, planejamento, coordenação, execução e monitoramento das políticas institucionais;

IV - Os órgãos responsáveis pelo ciclo da gestão da unidade, quais sejam, planejamento, orçamento, finanças, contabilidade e administração central.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7 - Compete à Comissão de Controle Interno:

I - Acompanhar a implementação de melhorias de processo das recomendações do órgão de controle interno e externo;

II - Dirimir controvérsias acerca do controle interno;

III - Estabelecer novas diretrizes de controle interno, quando necessário;

IV - Rever os parâmetros de riscos e controles;

V - Estabelecer periodicidade para reuniões e registro em atas;

VI - Gerenciar grupos de trabalho temáticos compostos por colaboradores de diversas Unidades Administrativas da unidade;

VII - Verificar, de modo sistemático, a adoção do cumprimento dos procedimentos definidos para as atividades (incluindo normatizações externas) dos processos existentes na Policlínica Regional - Unidade Goiás, de modo particular;

VIII - Participar da revisão periódica dos controles e demais procedimentos operacionais;

IX - Centralizar as informações e responsabilizar-se pelo efetivo conhecimento por todos dos procedimentos e fluxogramas da unidade, disponibilizando-os na rede mundial de computadores, caso possível;

X - Emitir parecer sobre o Relatório Anual de Gestão;

XI - Colaborar para manter todos os colaboradores (empregados e servidores) informados de suas responsabilidades, missão da empresa e diretrizes estratégicas;

XII - Prestar assessoria a diretoria administrativa em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;

XIII - Elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;

XIV - Antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes, inclusive através de campanhas informativas no âmbito da unidade; XV - Emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais da unidade;

XVII - Avaliar periodicamente o Sistema de Controle Interno da unidade, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

XIX - Estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica Regional - Unidade Goiás; e

XX - Colaborar na humanização do atendimento da unidade.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO

Art. 8 - A Comissão de Controle Interno, para desempenho de suas atividades, será composta da seguinte forma em sua estrutura básica, sendo todos os colaboradores voluntários e não terão suas atribuições ou cargos alterados durante sua participação na Comissão:

- Diretoria Administrativa;
- 01 (um) Advogado;
- coordenador de enfermagem;
- coordenador de Ensino e Pesquisa;
- 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

Parágrafo único: todos serão convocados pelo diretoria administrativa, e a serem denominados nessa Comissão como Agentes de Controle Interno.

§ 1° - O número de Agentes de Controles convidados poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados.

§ 2° - A Comissão atuará em nível de apoio, com viés consultivo ao Colegiado Executivo;

§ 3° - A função de membro da Comissão é indelegável, e irrecusável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4° - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configure impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9 – Compete ao diretor administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Fazer indicações dos componentes da Comissão de Controle Interno;

II - Zelar pelos princípios estabelecidos nas Políticas Institucionais, sobretudo do Sistema de Controle Interno;

III - Estabelecer novas diretrizes, quando necessário;

IV - Dirigir os trabalhos;

V - Manter a ordem e disciplina dos demais membros;

VI - Determinar o encaminhamento das comunicações, deliberações instruções e solicitações, assinando-as;

VII - Estabelecer o calendário anual das reuniões, e convocar os demais membros;

VIII - Resolver as questões de ordem;

IX - Votar sempre por último, sendo que em caso de empate, terá ainda o voto de qualidade; e

X - Autorizar o fornecimento de cópias das atas e processos.

Art. 10 – Compete ao coordenador Administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativa nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Substituir o Diretoria administrativo em suas ausências e impedimentos, bem como, sucedê-lo, em caso de vaga do cargo;

IV - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; V - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com o Diretoria administrativo;

VI - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VII - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 11 – Compete ao coordenador de enfermagem exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 12 – Compete ao coordenador de Ensino e Pesquisa exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 13 – Ao Advogado, compete:

I - A análise e revisão de todas as normas, procedimentos, manuais ou quaisquer documentos resultantes do trabalho da Comissão de Controle Interno;

II - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;

III - Emitir parecer prévio das deliberações e instruções, a serem assinadas pelo Diretoria administrativo;

IV - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas;

V - Assessorar a Superintendência nos aspectos técnico-jurídicos; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 14 - Aos Agentes de Controle Interno que irão realizar o trabalho operacional, compete desempenhar funções afins e pertinentes ao Controle Interno, de forma permanente ou eventual compreendida por:

I - Orientar e apoiar o Diretoria administrativo, bem como responder às consultas por este formulada;

II - Conhecer, analisar e propor alterações de regulamentos, manuais, processos e procedimentos no que tange aos atos de Controle Interno;

III - Realizar as auditorias, fiscalizações e demais atos de assessoramento no âmbito do controle interno da unidade;

IV - Promover estudos de simplificação e padronização de rotinas de trabalho;

V - Propor modelos estruturais, visando alcançar rendimento sistêmico, com aplicação de princípios e técnicas gerenciais;

VI - Subsidiar o Diretoria administrativo e coordenador Administrativo, de enfermagem, e de Ensino e Pesquisa, nos processos de tomada de decisões através de análises dos problemas submetidos à sua consideração, com o oferecimento de informações e propostas alternativas, objetivas e suas prováveis consequências;

VII - Avaliar continuamente os trabalhos de Controle Interno;

VIII - Colocar em prática as decisões da Comissão de Controles Internos, bem como representa-lo interna e externamente sempre que necessário; e

IX - Comparecer às reuniões quando convocados.

CAPÍTULO VI

DAS PRERROGATIVAS DOS AGENTES DE CONTROLE INTERNO DURANTE OS TRABALHOS

Art. 15 - O Agente de Controle Interno fará a análise dos processos e procedimentos a seu critério e como melhor lhe convier, “in loco” em todos os setores da administração e assistencial desde que determinado pela Comissão e, tendo as seguintes prerrogativas:

I - Livre ingresso nos setores e áreas que compõem a unidade;

II - Acesso a todos os documentos e informações necessários à realização de seu trabalho;

III - Autonomia para requerer, por escrito, aos responsáveis pelos setores ou processos por ele analisados, informações e documentos necessários à instrução dos levantamentos e mapeamentos;

IV - O Agente de Controle Interno deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para o análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 16 – A Comissão reunir-se-á sempre na primeira semana de cada mês.

Parágrafo Único - A Comissão deve reunir-se-á somente com a presença de no mínimo a maioria de seus membros e em horário de expediente na Policlínica Regional - Unidade Goiás ou local previamente designado.

CAPÍTULO VIII

DA AUTO AVALIAÇÃO

Art. 17 – A Comissão realizará, formal e anualmente, sua auto avaliação, em forma de relatório, abordando as atividades desenvolvidas no período, relatório este que deverá ser submetido ao Colegiado Executivo, que o utilizará de balizador para autocorreção.

CAPÍTULO IX

DAS ALTERAÇÕES

Art. 18 - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão entender pertinente, ou mediante edição de novas diretrizes da SES/GO ou demais órgãos de controle.

Art. 19 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação

Art. 18 – O Diretoria administrativo deverá publicar Portaria Nomeando os Membros da Comissão de Controle Interno em até 30 dias de sua publicação, assim como substituir os membros excluídos no mesmo prazo, contado da data da exclusão.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.13.8 Comissão de Humanização

7.13.8.1 Finalidade

Atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

7.13.8.2 Membros

A comissão é constituído por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da diretoria administrativa com representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II –Divisão de Enfermagem;

III –diretoria;

IV –Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Divisão Médica;

VI – Hotelaria;

VII –Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – usuários;

X – demais categorias atuantes na Policlínica Regional - Unidade Goiás

7.13.8.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1. A comissão de Humanização é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2. esta comissão visa:

I – atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II – apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

III – inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

Art. 3. São objetivos da comissão:

I – contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

II – melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da unidade;

III – conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;

IV – fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes na Policlínica Regional - Unidade Goiás; V – estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área; VI – buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:

a) redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

b) atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

c) implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;

d) garantia dos direitos dos usuários;

e) valorização do trabalho na saúde;

f) gestão participativa nos serviços.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS

Art. 4. a comissão terá as seguintes competências:

I – estabelecer estratégias de promoção e implementação da cultura de humanização entre gestores, trabalhadores e usuários da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

II – traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

III – examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV – liderar o processo de humanização;

V – buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes unidades ;

VI – promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de humanização a serem desenvolvidas;

VII – apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII – avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX – estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO E MANDATO

Art. 5 a comissão é constituído por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da diretoria administrativa com representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II –Divisão de Enfermagem;

III –diretoria;

IV –Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Divisão Médica;

VI – Hotelaria;

VII –Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – usuários;

X – demais categorias atuantes na Policlínica Regional - Unidade Goiás

Parágrafo único. Outros representantes das demais categorias atuantes na Policlínica Regional - Unidade Goiás poderão participar como membros consultivos do comissão, quando acionados.

Art. 6. O coordenador e o vice coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7. Após a eleição, o coordenador e o vice indicarão dois secretários, cujos mandatos terão a duração de seus respectivos mandatos.

CAPÍTULO IV

SUBCOMISSÕES

Art. 8. Fica a critério da comissão a formação de subcomissões com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior da equipe.

Art. 9. As subcomissões reger-se-ão pelas mesmas regras estabelecidas neste regimento e se reportarão ao coordenador da comissão.

Art. 10. As subcomissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes na realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade com seguintes objetivos:

I – elaborar projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento;

II – divulgar o processo de humanização no âmbito da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

III – realizar atividades educativas aos usuários, trabalhadores e alunos;

IV – desenvolver e implantar formas de divulgação dos trabalhos da comissão à comunidade interna e externa.

CAPÍTULO V

ATRIBUIÇÕES

Art. 11. São atribuições do coordenador:

I – coordenar as atividades de promoção de humanização;

II – convocar e presidir as reuniões da comissão, dando execução às respectivas deliberações;

III – representar oficialmente a comissão;

IV – prestar contas das atividades da comissão ao Colegiado Executivo da unidade.

Art. 12. São atribuições do vice coordenador:

I – assessorar o coordenador;

II – assumir as funções do coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);

III – comparecer às reuniões da comissão, proferir votos ou pareceres;

IV – estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

V - requerer votação de matéria em regime de urgência.

Art. 13. São atribuições dos demais membros da comissão:

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

II – comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III – requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo coordenador.

Art. 14. Caberá ao secretário da comissão:

I – organizar a ordem do dia;

II – receber e protocolar os processos e expedientes;

III – manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;

IV – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI – lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII – elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII – providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX – realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VI

REUNIÕES

Art. 15. As reuniões ordinárias da comissão serão realizadas mensalmente, em dia e hora previamente agendados com antecedência mínima de cinco dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou a pedido de qualquer membro da comissão com antecedência mínima de três dias úteis.

Art. 16. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

Art. 18. As faltas permitidas aos participantes não poderão exceder o número de três, no período de 12 meses.

Parágrafo único. Ocorrendo faltas, conforme disposto no caput, o participante será excluído da comissão.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. A responsabilidade da direção administrativa da unidade é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 20. Este regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 21. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 22. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.13.9 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde

7.13.9.1 Finalidade

Assessorar a Diretoria Técnica e administrativa, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde ou outra comissão institucional em avaliações, desenvolvimentos, padronizações e monitoramento de tecnologias da saúde, com base nas evidências científicas disponíveis e na revisão da utilização de tecnologias na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.9.2 Membros

O NATS terá composição multidisciplinar e multiprofissional indicada pelo diretor e Gerências da unidade.

Parágrafo único - As indicações deverão recair em profissionais de nível superior com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas a avaliação de tecnologias em saúde, economia da saúde, finanças e políticas públicas, e atividades correlatas.

7.13.9.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1° - O Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS da Policlínica Regional - Unidade Goiás é de natureza técnico-científica permanente.

Art. 2° - O NATS tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e administrativa, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde ou outra comissão institucional em avaliações, desenvolvimentos, padronizações e monitoramento

de tecnologias da saúde, com base nas evidências científicas disponíveis e na revisão da utilização de tecnologias na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Parágrafo único - Considera-se Tecnologia em Saúde ou Tecnologia Sanitária: os medicamentos e processos relacionados a produtos para diagnóstico in vitro ou in vivo, equipamentos e artigos médicos, tais como órteses e próteses, materiais especiais ou convencionais, procedimentos e técnicas profissionais suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de condições clínicas concretas, incluindo-se ainda os sistemas de suporte, organização, administração e demais procedimentos envolvidos na assistência, integral ou parcial, a pacientes.

Art. 3° - Para execução de suas atividades, o NATS é formado por um Núcleo Executivo e um Consultivo, podendo formar Grupos de Trabalho de Avaliação de Tecnologias em Saúde - GT, estruturados segundo tipo de demanda e finalidades especificadas. A composição desses grupos será específica para a avaliação demandada, mediante sugestão dos membros do NATS e do núcleo gestor da Policlínica Regional - Unidade Goiás e sua atividade se extinguirá com o término da avaliação.

CAPITULO II

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 4° - O NATS terá composição multidisciplinar e multiprofissional indicada pelo diretor e Gerências da unidade.

Parágrafo único - As indicações deverão recair em profissionais de nível superior com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas a avaliação de tecnologias em saúde, economia da saúde, finanças e políticas públicas, e atividades correlatas.

Art. 5° - Será exonerado da comissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de colaborar com o conteúdo do trabalho designado ou não comparecer a três reuniões no período de um ano.

§ 1° - A Comissão poderá ser renovada desde que, no mínimo, um terço de seus membros seja preservado.

Art. 6° - As funções dos membros do NATS não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado tecnicamente relevante para a Policlínica.

Art. 7° - O NATS convidará profissionais ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 8° - A composição dos Grupos de Trabalho será multidisciplinar e multiprofissional.

Art. 9° - A coordenação do Grupo de Trabalho deverá ser executada por membro da Comissão com formação e experiência na tecnologia objeto de avaliação.

CAPITULO III

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10° - O NATS funcionará nas instalações da Gerência/coordenação de Ensino e Pesquisa, e reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez a cada dois meses e extraordinariamente quando convocada pelo Núcleo Executivo ou requerimento da maioria de seus membros.

§ 1° - A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença de pelo menos cinco dos seus membros.

§ 2° - O Coordenador terá o direito ao voto de desempate.

§ 3° - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas eletronicamente a todo plenário do NATS para ciência, crítica e manifestação na semana seguinte.

§ 4°- As deliberações do NATS serão consubstanciadas e encaminhadas às Comissões de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde e outra comissão institucional que realizar a demanda, ou ainda ao diretor da unidade.

§ 5° - É facultado ao Coordenador e aos membros dos Grupos de Trabalho solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6° - A votação será nominal e aberta.

Art. 11 - O NATS, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

§ 1°- As solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias em saúde deverão ser realizadas através do formulário eletrônico disponível nos sites da unidade, Instituto Cem e SES/GO.

Parágrafo Único: A definição adotada de nova tecnologia em saúde compreende as tecnologias cuja categoria ainda não esteja integrada no rol de medicamentos, produtos para saúde, equipamentos médicos ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos executados na Policlínica Regional - Unidade Goiás. Caso o usuário encontre dificuldade para o preenchimento do instrumento de avaliação, o NATS realizará suporte.

§ 2° - As solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias serão tratadas segundo o fluxo operacional da Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde

§ 3°- O tempo decorrente entre o recebimento da solicitação pela comissão e o encaminhamento do PTC ao demandante será de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, a depender da complexidade da avaliação da tecnologia demandada.

Art.12 - A sequência das reuniões da comissão será a seguinte:

I - Verificação da presença do Coordenador e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo membro do NATS delegado para tal;

II - Verificação de presença e existência de "*quórum*";

III - Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

a) Demandante:
   • Acessa via internet o formulário dispostos no site da SES/GO e do Instituto CEM
   • Preenche o formulário e encaminha para o NATS
b) NATS:
   • Recebe a solicitação e repassa a Comissão de ATS

- Comissão de ATS avalia a demanda e destina ao Grupo de Trabalho-GT

c) GT:
- Realiza revisão bibliográfica/busca de evidências científicas
- Emite Parecer Técnico-Cientifico (PTC) e repassa ao Núcleo Executivo-Comissão.

d) Núcleo Executivo – Comissão:
- Recebe o PTC
- Valida o PTC
- Encaminha o PTC para o demandante

IV - Leitura e despacho do expediente;

V - Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - Organização da pauta da próxima reunião;

VII - Distribuição de expedientes aos relatores;

VIII - Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NATS, por voto de maioria dos presentes, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 13 - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico, o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto. Parágrafo único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Coordenador, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outros profissionais ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias a solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de profissionais às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 14 - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo único - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias. Artigo 15 - Após a leitura do parecer, o Coordenador ou o membro por ele delegado deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1° - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2° - O prazo de vistas será de até uma semana antes da realização da próxima reunião ordinária; § 3° - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente examinada e deliberada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 16 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 17 - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Art. 18 -A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário, Coordenador ou o membro por ele delegado lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - Compete ao NATS:

I - Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses, procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

II - Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à tecnologia em saúde;

III - Promover, juntamente com os Grupos de Trabalho, a formação, treinamento e aprimoramento de profissionais em avaliação de tecnologias no âmbito hospitalar;

IV - Estabelecer normas para avaliação, uso e adequação de tecnologias em saúde;

V – Proceder a avaliação econômica das incorporações ou mudanças a serem aprovadas nas situações em que o demandante fornecer o procedimento/protocolo citando todos os materiais, equipamentos, recursos necessários para o uso da nova tecnologia solicitada.

Parágrafo único - Ficam as alterações normativas relativas à incorporação ou exclusão de novas tecnologias em saúde condicionadas à aprovação do NATS.

Art. 20 - Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do NATS, especificamente:

I - Representar o NATS em suas relações internas e externas;

II - Instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;

III - Promover a convocação das reuniões;

IV - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V - Indicar, dentre os membros do NATS, os relatores dos expedientes;

VI - Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários a consecução da finalidade do Grupo de Trabalho;

VII - Estimular e apoiar a promoção de eventos educativos e produção cientifica relacionados à avaliação de tecnologias em saúde;

VIII - Elaborar parecer “ad referendum" deste Núcleo, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo único - Cabe ao membro do NATS designado, substituir o Coordenador em seus impedimentos.

Art. 21 - Aos membros incumbe:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

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

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Núcleo;

V - Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Coordenador

Art. 22 - Ao Secretário do NATS incumbe:

I - Assistir as reuniões;

II - Encaminhar o expediente do NATS;

III - Preparar o expediente do NATS;

IV - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões dos Grupos de Trabalho;

V - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII - Elaborar relatório das atividades da Comissão e dos Grupos de Trabalho;

VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão e dos Grupos de Trabalho;

IX - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias; X - Distribuir aos Membros do NATS a pauta das reuniões.

Art. 23 - Compete aos Grupos de trabalho:

I - Observar as diretrizes traçadas pelo NATS no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde na sua área específica de atuação;

II – Implementar, na respectiva área, o programa de avaliação, desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde adotado pelo NATS;

III - Articular-se com o NATS, no sentido da utilização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde;

IV - Avaliar periódica e sistematicamente as informações oriundas de áreas especificas relativas à avaliação de tecnologias em sua área de atuação e emitir relatórios para o NATS;

V - Definir, em cooperação com o NATS, normas para manutenção e adequação dos registros de informações no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde;

VI - Promover, juntamente com o NATS, a capacitação de profissionais em avaliação de tecnologias em saúde no âmbito hospitalar.

CAPITULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24 - Os casos omissos e as devidas dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador do NATS e em grau de recurso pelo diretor da unidade. Artigo 25 - O presente Regimento poderá ser alterado, mediante proposta do NATS, através de voto da maioria, submetido à aprovação do Núcleo Gestor

Goiás, de 2021

7.13.10 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas

7.13.10.1 Finalidade

Apoiar os processos de desenvolvimento dos colaboradores e terá seu funcionamento regulamentado por este Regimento Interno em consonância com a Lei Federal.

7.13.10.2 Membros

O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da unidade será composto por 07 (sete) membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados em portaria específica da Diretoria Técnica da Unidade, sendo:

I - Um representante da Diretoria Técnica e seu respectivo suplente;

II - Um representante de cada coordenação/gerencia e seus respectivos suplentes;

III - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível superior e seu respectivo suplente;

IV - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível técnico e seu respectivo suplente;

V - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível médio e seu respectivo suplente.

7.13.10.3 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

DA NATUREZA

Art. 1 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas - CPDP, instância consultiva e de deliberação colegiada, de caráter permanente e autônomo, vinculado administrativamente à Divisão de Gestão de Pessoas, tem por finalidade apoiar os processos de desenvolvimento dos colaboradores e terá seu funcionamento regulamentado por este Regimento Interno em consonância com a Lei Federal.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas possui as seguintes atribuições:

I – apreciar e emitir parecer dos recursos impetrados nos processos de avaliação de desempenho, de progressão funcional e de pós-graduação;

II – acompanhar, trimestralmente, os planos de desenvolvimento individual dos colaboradores até a próxima avaliação de desempenho;

III - auxiliar a área de gestão de pessoas, na elaboração do plano de desenvolvimento de competências;

IV – analisar e emitir parecer sobre as solicitações de capacitação, exceto pós-graduação, que envolvam;

a) afastamento parcial do colaborador por período igual ou maior do que 1 (um) mês;

b) afastamento integral do colaborador por período igual ou maior do que 15 (quinze) dias consecutivos;

c) investimentos relativos à capacitação, incluindo inscrição, diárias e passagens;

d) participação de colaborador, cujos valores acumulados no ano, de inscrição, em eventos de capacitação for superior ao vencimento percebido;

e) participação do colaborador em eventos de capacitação, exceto pós-graduação, cuja carga horária acumulada no ano seja superior a:

1. sessenta horas para os contratados com jornada de trabalho de 20 (vinte) horas semanais;

2. setenta e duas horas para os contratados com jornada de trabalho de 24 (vinte e quatro) horas semanais;

3. noventa horas para os contratados com jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais;

4. cento e oito horas para os contratados com jornada de trabalho de 36 (trinta e seis) horas semanais;

5. cento e vinte horas para os contratados com jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

V – analisar as propostas e selecionar os candidatos inscritos no processo seletivo de pós-graduação;

VI – estabelecer limite máximo de número de congressos, seminários e afins que o colaborador poderá participar, no ano, observando o orçamento anual de capacitação e os princípios da supremacia do interesse público e da continuidade do serviço público;

VII – analisar os casos específicos indicados nas normas operacionais referentes à capacitação funcional, à pós-graduação e à gestão do desempenho por competências;

VIII – analisar e emitir parecer sobre dúvidas e/ou questionamentos apresentados pela área de gestão de pessoas referentes aos processos de desenvolvimento de pessoas;

IX – participar das reuniões extraordinárias, quando convocado pelo coordenador do Comitê;

X – encaminhar à Divisão de Gestão de Pessoas/Desenvolvimento de Pessoas relatório das atividades realizadas;

XI – encaminhar a Divisão de Gestão de Pessoas (DGP)/Desenvolvimento de Pessoas (DP) o cronograma de atividades, calendário semestral/anual de todas as reuniões;

XII – elaborar, aprovar e modificar o seu regimento interno, em consonância com as legislações pertinentes;

XIII – comunicar, imediatamente, a DGP/DP a saída de algum membro do comitê, para que seja providenciado a sua substituição e a confecção de nova Portaria de nomeação; XIV – dar publicidade a todos os seus atos e publicar no site na Policlínica Regional - Unidade Goiás e/ou do Instituto CEM e/ou SES/GO caso o da Policlínica Regional - Unidade Goiás ainda não esteja em funcionamento, todas as suas resoluções que foram matéria de deliberações e os respectivos pareceres emitidos.

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da unidade será composto por 07 (sete) membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados em portaria específica da Diretoria Técnica da Unidade, sendo:

I - Um representante da Diretoria Técnica e seu respectivo suplente;

II - Um representante de cada coordenação/gerencia e seus respectivos suplentes;

III - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível superior e seu respectivo suplente;

IV - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível técnico e seu respectivo suplente;

V - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível médio e seu respectivo suplente.

§1 - O representante da Gerência/coordenação Administrativa será da área de gestão de pessoas;

§2 - Os titulares e suplentes representantes dos empregados, ocupantes de cargos de nível médio, técnico e superior, serão eleitos por meio de processo eleitoral, em votação secreta, da qual participem, exclusivamente, os empregados interessados;

§3 - O processo eleitoral de escolha dos representantes dos empregados será de responsabilidade da área de gestão de pessoas da unidade.

Art. 4 Os membros do Comitê terão mandato de 1 (um) ano e poderão ser reconduzidos uma única vez por igual período.

Art. 5 A coordenação e o suporte técnico e administrativo necessários ao funcionamento do Comitê serão realizados pela área de gestão de pessoas, representante da Gerência/coordenação Administrativa.

Parágrafo único – O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas terá um coordenador e um secretário, este último escolhido entre os titulares.

CAPITULO IV

DA COORDENAÇÃO E DOS MEMBROS

Art. 6 Compete ao Coordenador do Comitê:

I - cumprir e fazer cumprir as decisões do Comitê;

II – convocar e coordenar as reuniões do Comitê;

III - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IV - baixar atos decorrentes de deliberações do Comitê;

V - Representar o CPDP em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – O Coordenador do Comitê, de acordo com a necessidade, poderá convidar empregados da unidade, cuja presença seja julgada imprescindível pelos

membros efetivos do Comitê, que detenham informações relevantes ou cujos assuntos constem da pauta de discussão e sejam pertinentes à sua área de atuação.

Art. 7 No caso de vacância do Coordenador, o suplente assumirá a coordenação.

Art. 8 Compete ao secretário do Comitê:

I – Assistir as reuniões;

II- Preparar e encaminhar o expediente;

III – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;

IV- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI – Elaborar relatório anual das atividades do Comitê;

VII- Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VIII- Providenciar, por determinação da coordenação, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 9 Compete aos membros do Comitê:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pela coordenação;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pela coordenação;

V- Apresentar proposições sobre questões atinentes ao Comitê.

CAPITULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1 - O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pelo Comitê, até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2 - Excepcionalmente, o cronograma de 2021, será aprovado na segunda reunião ordinária de instalação do Comitê.

Art. 11 O Comitê reunir-se-á, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação de seu Coordenador, com antecedência mínima de quarenta e oito horas.

Art. 12 Serão convocados para as reuniões os membros titulares e suplentes, todavia, este último participará somente na ausência do seu respectivo titular.

§ 1 - O membro convocado deverá confirmar a sua participação ou justificar a ausência nas reuniões ao Coordenador(a), com antecedência de pelo menos 2 (dois) dias úteis da data da reunião.

§ 2 - Por motivo de força maior, quando o prazo referido no § 1 não puder ser cumprido, o membro deverá encaminhar justificativa por e-mail à Coordenação, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após o término da reunião ordinária.

Art. 13 Nas ausências do(a) Coordenador(a), as reuniões serão coordenadas por seu suplente.

Art. 14 A pauta da reunião, elaborada pela Coordenação do Comitê, será comunicada/enviada por e-mail previamente a todos os membros Titulares e Suplentes, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis para as reuniões ordinárias e de 2 (dois) dias para as reuniões extraordinárias.

§ 1 Por solicitação do Coordenador do Comitê ou de qualquer membro e, mediante aprovação da maioria absoluta, poderá ser incluída na pauta da reunião ordinária, matéria relevante que necessite de decisão urgente do Comitê.

Art. 15 As reuniões do Comitê obedecerão aos seguintes procedimentos:

I - verificação de "*quorum*" para o início das atividades da reunião, com a presença de no mínimo quatro membros titulares ou suplentes no exercício da titularidade;

II - qualificação e habilitação dos membros para votar;

III - aprovação da ata da reunião anterior;

IV - aprovação da pauta da reunião;

V - informes da Coordenação do Comitê;

VI - apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VII- encerramento.

Parágrafo único – É facultado à coordenação e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 16 Em todas as reuniões será lavrada ata, pelo secretário, com exposição dos trabalhos, conclusões e deliberações.

CAPITULO VI

DAS DELIBERAÇÕES

Art. 17 A reunião instalar-se-á e deliberará com o "*quorum*" estabelecido no Inciso I do Art.13.

Art. 18 A deliberação das matérias sujeitas à votação obedecerá a seguinte ordem:

I - o Coordenador apresentará a matéria;

II - terminada a exposição, a matéria será colocada em discussão;

III - encerrada a discussão, realizar-se-á a votação.

Art. 19 Terão direito a voto os membros titulares e os suplentes no exercício da titularidade.

Art. 20 As votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada membro.

Art. 21 As decisões do Comitê serão aprovadas por maioria absoluta dos membros titulares ou suplentes no exercício da titularidade.

Art. 22 Os recursos interpostos ao resultado preliminar das progressões horizontal e vertical deverão ser apreciados e respondidos de forma conclusiva pelo Comitê, em até 5 (cinco) dias úteis, não cabendo novo recurso da decisão apresentada.

Art. 23 Os recursos interpostos ao resultado do processo de gestão do desempenho por competências deverão ser apreciados e respondidos pelo Comitê, em até 5 (cinco) dias úteis, que poderá deferi-lo total, parcial ou indeferi-lo.

Parágrafo único - O Coordenador do Comitê distribuirá os recursos entre os titulares, e suplentes na ausência do seu respectivo titular, por e-mail através de planilha contendo: motivo do recurso, relator e se possível o próprio recurso, enviado a todos.

CAPITULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação no Comitê e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional e considerada como hora trabalhada.

Art. 25 - Será dispensado o membro titular ou suplente no exercício da titularidade que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco alternadas no período de um ano.

§1 Quando um membro eleito sair do Comitê e não havendo mais suplentes homologados, o Sindicato indicará um membro substituto para compor a equipe.

§2 Quando um membro indicado pela gestão da unidade sair do Comitê, deverá indicar um novo substituto.

Art. 26 – Para todas as informações referentes ao Comitê deve ser observado o sigilo quando pertinente.

Art. 27 - Todo ato da comissão deverá ser acompanhado da prestação de compromisso solene, perante a legislação vigente, de acatamento e observância das regras estabelecidas pelo gestão da unidade e pela SES/GO de todos os valores morais que se apliquem à Administração Pública.

Art. 28 - Os casos omissos e as dúvidas que surgirem na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Comitê.

Art. 29 Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art.30 Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 31 O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

7.13.11 Comissão de Residência Médica (COREME)

Deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica bem como um secretário/técnico administrativo em cumprimento à Resolução CNRM n 2/2013 de 03 de julho de 2013.

A Comissão de Residência Médica - COREME é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica CNRMe da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto n 7.562, de 15 de setembro de 2011.

A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro em sistema de informação da CNRM, e

por se tratar de um órgão colegiado, será constituído por um coordenador e um vice-coordenador, um representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, um representante da instituição de saúde; e um representante dos médicos residentes por programa de residência médica, assessorados por um secretário/técnico administrativo, todos devidamente eleitos para tal.

Os representantes referidos acima indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

7.13.11.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.11.1.1 DA FINALIDADE

A proposta do Programa de Residência em Saúde na Policlínica Regional - Unidade Goiás , visa integrar-se ao movimento promovido pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, com vistas à formação de profissionais para atender aos princípios do SUS, em especial ao princípio da Integralidade da Atenção à Saúde. Atende à Lei n 11.129, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e à Portaria n 1077 de 12 de novembro de 2009.

Sob este enfoque, a Policlínica Regional - Unidade Goiás desenvolverá projetos para a formação dos diferentes profissionais de Saúde, articulando o Ensino de Graduação e Pós-Graduação aos Serviços de Saúde integrados ao SUS.

A comissão de residência em saúde terá a proposta a qual se insere-se em uma cooperação entre o Instituto CEM e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

A implantação efetiva desta comissão dará continuidade à integração ensino-serviço na atenção hospitalar integrado à rede de serviços de Saúde do Estado de Goiás.

7.13.11.1.2 MEMBROS

A Residência em Saúde poderá ser constituída pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, atendendo à legislação vigente, além de poder incorporar mudanças nas categorias a partir de alterações nas normativas nacionais;

7.13.11.2 Proposta de Regimento Interno

Art. 1 **- a Policlínica Regional - Unidade Goiás**, por meio da Coordenação de Ensino e Pesquisa, manterão as Residências em Saúde, multiprofissionais, para profissionais de saúde graduados, com fins de formação e aperfeiçoamento no e para o trabalho em saúde, nas diferentes áreas de concentração dos programas, e, no âmbito institucional, regidas pelas normas estabelecidas nesta Resolução e nas resoluções vigentes relativas a sua organização e funcionamento.

Art. 2 - O Programa de Residência em Saúde constitui-se na modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, caracterizado por ensino em serviço.

§1 - As Residências em Saúde serão orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e desenvolvidas com a participação de representantes da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

§2 A Residência em Saúde poderá ser constituída pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, atendendo à legislação vigente, além de poder incorporar mudanças nas categorias a partir de alterações nas normativas nacionais;

§3 A Residência em Saúde constitui programa de integração ensino-serviço-comunidade, operacionalizados por meio de parcerias com gestões/as, trabalhadores/as e usuários/as, na perspectiva de favorecer a inserção qualificada de profissionais de saúde no mercado de

trabalho, preferencialmente recém-formados, especialmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde - SUS;

Art. 3 - As Residências em Saúde são credenciadas pela CNRMS e objetivam o aperfeiçoamento progressivo da atuação profissional e da capacidade de produção de conhecimento científico dos/as residentes e a melhoria da atenção à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

Art. 4 - As Residências em Saúde devem ter Projeto Político Pedagógico (PPP) aprovado pela COREMU, para aprovação, devendo obedecer ao que consta na legislação.

§1 O programa de Residência em Saúde é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento;

§2 O programa de Residência em Saúde se configura a partir do desenvolvimento de prática interprofissional e inter/transdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que:

Para ser caracterizado como Residência em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;

Quando o programa se constituir por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;

As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência em Saúde devem ser organizadas por:

Um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe de composição multiprofissional e prática inter/transdisciplinar;

Um ou mais eixos integradores para a (s) área (s) de concentração constituinte (s) do programa;

Eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

§3 deve ser norteado por práticas e estratégias pedagógicas inovadoras, que extrapolem a clássica perspectiva de “transmissão de saberes”, capazes de recorrer a e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, assumindo métodos e dispositivos de gestão da clínica ampliada e experimentando uma formação que tem como horizonte a construção de uma atenção integral, por meio de trabalho interprofissional e colaborativo, com envolvimento dos/as usuários das.

§4 deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.

§5 tem requisitos mínimos a serem cumpridos a cada ano, definidos em legislação específica, proposto pelas coordenações dos programas e homologados no âmbito da COREMU.

Art. 5 - A estrutura e funções envolvidas na implementação do Programas de Residência em Saúde serão constituídas pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional/COREMU.

Art. 6 - Os Programas de Residências em Saúde são de responsabilidade da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA

Art. 07 - Residência em Saúde terá um(a) coordenador(a), eleito, com mandato de 2 anos, tempo igual ao ciclo de formação do programa.

§ 1 A função da coordenação do Programa de Residência em Saúde deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde.

§ 2Compete ao(à) coordenador(a) da Residência:

Fazer cumprir as deliberações da COREMU e implementar as ações legais, normativas e administrativas referentes ao programa sob sua supervisão;

Representar a residência sempre que houver necessidade;

Garantir a implementação de ações, convocar e presidir as reuniões;

coordenar o processo de autoavaliação do programa, submeter à COREMU o plano de atividades;

Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;

Promover a articulação da residência em saúde, incluindo a residência médica;

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art.8 - É competência da comissão:

I Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;

II deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;

III transcrever e disponibilizar em ata a pauta das reuniões;

IV coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência da Policlínica Regional - Unidade Goiás

V acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;

VI definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

VII ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;

VIII manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;

IX deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 09 - Das decisões da Comissão de Residência em Saúde caberá recurso à COREMU.

Art. 10 - O presente Regimento somente poderá ser alterado mediante proposta aprovada por maioria absoluta dos membros da comissão;

Art. 11 - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão / COREMU e pela diretoria da Policlínica Regional - Unidade Goiás, observadas as normas internas, quando couber.

Art. 12 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

7.13.11.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												

3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
	Reuniões Ordinárias												
4	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas com os discentes												
5	Reunião de apresentação e análise dos programas de residência com os												
6	Supervisores												
7	Avaliar desenvolvimento dos residentes através dos fichários individuais												
8	coordenar o processo de autoavaliação do programa, submeter à COREMU o plano de atividades;												
9	Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;												
10	Promover a articulação da residência em saúde, incluindo a residência médica;												
11	Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;												
12	deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;												
11	coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência Da Policlínica Regional - Unidade Goiás												
12	acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;												
13	definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;												

14	ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;												
16	manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;												
17	deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente												
18	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
19	Assessoramentos Diversos												
20	Elaboração de Relatórios												
21	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												

7.13.12 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

7.13.12.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.13.12.1.1 FINALIDADE

A COREMU tem por finalidade precípua planejar e zelar pela execução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em área profissional da Saúde na UFSCar, no âmbito das unidades formadora e executoras, de acordo com as normas nacionais em vigor.

7.13.12.1.2 MEMBROS

A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), será, constituída por:

- um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
- um Supervisor de cada PRM;
- um Representante dos Residentes de cada um dos PRMu da Unidade.

7.13.12.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art. 1 ° - A Residência Multiprofissional (RMM) constitui modalidade de pós-graduação, Lato Sensu, destilada a profissionais não médicos, sob a forma de Curso de Especialização, caracterizada, por treinamento em Hospitais. Centros de Saúde e outras unidades de atendimento médico do Município.

Parágrafo único - Somente poderá oferecer Programa de Residência Multiprofissional (PRMM) o serviço credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMUu).

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2° - Sob a presidência do Coordenador da residência na Policlínica Regional - Unidade Goiás haverá uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)Secretariada por um de seus Assessores e composta de um Coordenador, um Supervisor e um representante dos Residentes de cada unidade envolvida nestes Programas.

Art. 3° - A unidade terá COREMU que ficar subordinada a SES/Go, sob a coordenação da Escola de saúde pública.

Art. 4° - Caberá a COREMU

- reunir as unidades da SMS que possuem Programas de Residência multiprofissional
- contatar e avaliar permanente estes Programas;
- acompanhar, opinar e atuar como consultora dos Programas de Residência multiprofissional na Policlínica Regional - Unidade Goiás, preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica;
- estimular a instalação de novos Programas de Residência multiprofissional preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica.

Art. 5° - Os Supervisores do PRMu será indicado pelo Chefe de Serviço e referenciado pelo Presidente da COREMU da Unidade, Presidente do Centro de Estudos e o representante dos Residentes da especialidade a ser supervisionada onde o Programa se desenvolver, o sob a orientação da escola de saúde pública SES/GO

Art. 6° - O representante dos Residentes e o seu substituto serão livremente eleitos por seus pares, em escrutínio direto e secreto.

Parágrafo único - A administração do processo eleitoral seguirá as normas, estabelecidas pela Resolução da CNRMUu n 05/82.

CAPITULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7° - Caberá ao Coordenador da residência encaminha o setor de Recursos Humanos da unidade as planilhas e repasses de bolsa aos alunos residentes dos programas de residência medica da unidade.

Art. 8° - A COREMU será, constituída por:

- um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
- um Supervisor de cada PRM;
- um Representante dos Residentes de cada um dos PRMu da Unidade.

§ 1° - O Coordenador Geral e o Supervisor terão um mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida recondução por mais um período.

§ 2° - Quando o Presidente do Centro de Estudos não for graduado em uma das áreas da especialidade multiprofissional do programa ofertado, o Coordenador da COREMU será indicado pelo Presidente de Centro de Estudos, dentre os profissionais que compõe a Diretoria deste Centro.

§ 3° - Cada PRM terá preceptores que serão escolhidos pelo Supervisor do respectivo PRM, dentre os profissionais efetivos de Serviço onde o PRM se desenvolve e aprovado pela CNRMU.

§ 4° - O Representante dos Residentes terá um mandato de 01 (hum) ano, sendo permitida a recondução por mais um período.

Art. 9° - A COREMU compete:

- reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;
- Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMs nas diferentes áreas;
- supervisionar a. execução dos PRMs;
- propor a criação, extinção ou modificações do PRM;
- propor a substituição de supervisor de PRM;
- propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;
- deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;
- apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;
- discutir temas e documentos relacionados com a RM e:
- elaborar relatório anual.

Parágrafo único - As decisões da COREMU serão aprovadas pela maioria simples dos votos dos membros presentes á reunião.

Art. 10 - Ao Coordenador da COREMU compete:

- convocar a presidir as reuniões da COREMU;
- divulgar, previamente, a pauta das reuniões;
- exercer voto de minerva quando houver empate nas votações;
- indicar o seu substituto eventual, dentre os Supervisores;

- aprovar o Programa Anual elaborado pelo Supervisor do PRM;
- coordenar as atividades dos PRMs, estimulando o desenvolvimento das mesmas;
- promover a integração técnico-administrativa dos PRM;
- estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções da CNRMU
- participar, ou fazer representar, nas reuniões convocadas pelo escola de saúde publica e pela SEREMu/GO;
- cumprir e fazer cumprir o Regulamento da CNRMU;
- encaminhar à CNRMU, o plano anual de cada PRM que terá prazo, improrrogável, até 31 de janeiro do ano previsto para a execução.
- encaminhar à CNRMU os assuntos que dependem da aprovação superior;
- aplicar as penalidades aprovadas pela COREMU.

Art. 11 - Caberá ao Chefe de Serviço do PRM:

- manter atualizadas as fichas de assentamentos individuais dos Residentes;
- manter atualizadas todas as normas e resoluções emanadas de CNRMU;
- propor à CNRMU novos programas de credenciamento através da CNRMU;
- reativar ou propor convênios com Universidades e Instituições com o objetivo de complementação da parte básica do PRNI através da CNRMU;
- fazer cumprir e cumprir todas as determinações provenientes do CNRMU;
- providenciar, com a colaboração das Chefias de Serviço e dos Supervisores do PRM, as escalas de plantão e férias.

Art. 12 - Caberá ao Supervisor do PRM:

- elaborar, anualmente, o PRM em sua especialidade, até 30 de novembro do ano anterior ao inicio do PRM;
- organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;
- indicar o substituto eventual;
- estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRMU e da SES/GO;
- estabelecer e aplicar a metodologia de avaliação do aprendizado, previamente aprovada pela CNRMU/SES/GO, quando do credenciamento do programa;
- participar das reuniões da COREMU, sempre que convocado;
- encaminhar ao Coordenador da COREMU:

1 - a frequência, mensal dos Residentes, até o dia 25 do mês corrente;

2 - os casos de cancelamento da Bolsa de Residência em tempo hábil;

3 - a relação anual de Residentes;

4 - a avaliação semestral de aprendizado;

5 - a escala anual de férias dos Residentes;

6 - as faltas ou transgressões disciplinares dos Residentes, com as justificativas devidas;

7 - os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

Art. 13 - São atribuições do Preceptor:

- orientar diretamente o treinamento do Residente:
- acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;
- orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Residente;
- auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento e;
- participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM.

Art. 14 - São atribuições do Representante dos Residentes:

- representar os Residentes nas reuniões da COREMU e
- solicitar ao Coordenador da COREMU, a inclusão de assuntos de interesse dos Residentes na agenda de reuniões da COREMU.

CAPÍTULO III

DA SELEÇÃO, LOTAÇÃO E INSCRIÇÃO

Art. 15 - As inscrições para a seleção efetuadas em local e período divulgados no Edital do Concurso.

Parágrafo único - No ato da inscrição o candidato deverá optar por uma das especialidades oferecidas.

Art. 16 - No ato da inscrição o candidato deverá apresentar:

- 02 (dois) retratos 3x4 cm, de frente, tirados no ano da inscrição;
- para graduados: carteira de inscrição no Conselho Regional da profissão;
- para estudantes: carteira de identidade e declaração do estabelecimento e de ensino que comprove a sua frequência regular no Internato e a data prevista para a conclusão do Curso de Graduação, data esta que não poderá ultrapassar a do início do PRM;
- apresentar o comprovante do recolhimento da taxa de inscrição

Art. 17 - A seleção constará de uma prova de conhecimentos médicos composta de questões distribuídas equitativamente, pelas seguintes áreas:

Outras de necessidades da categoria.

Art. 18 - Será considerado selecionado o candidato aprovado e cuja classificação esteja compreendida no número de vagas oferecidas.

Parágrafo único - O candidato com nota inferior a 50° % (cinquenta por centro) da nota máxima será considerado reprovado.

Art- 19 - A lotação dos candidatos aprovados será procedida através de chamada de cada candidato selecionado, obedecida a ordem de classificação e o total de vagas por PRM.

§ 1 ° - A SES/Go determinará no Edital de Concurso, o dia, hora e local de chamada dos candidatos selecionados.

§ 2° - O não comparecimento do selecionado implicará em imediata chamada do outro classificado.

§ 3° - As vagas verão preenchidas até onde existam candidatos habilitados.

§ 4° - Os casos omissos serão resolvidos pela organização do concurso.

Art. 20 - As relações jurídicas entre unidade e o Residente serão reguladas:

- pelas Leis Federais ;
- pelas Normas e Resoluções emanadas da CNRMU/SESU/MEC;
- pelas demais Normas Técnicas e Administrativas emanadas da SES/GO e;
- pelo presente Regulamento.

Parágrafo único - Somente poderá assinar o Contrato de Concessão de matrícula o candidato selecionado que estiver regularmente inscrito no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). **Art. 21** - Perderá direito á Bolsa o residente selecionado que não comparecer na data marcada para a assinatura do Contrato.

Art. 22 - O PRM terá uma carga horária semanal máxima de 60 (sessenta) horas.

Art. 23 - As- programações de treinamento em serviço das atividades didáticas complementares obedecerão rigorosamente às descritas no Pedido de Credenciamento de Programa aprovado pela CNRMU.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DO RESIDENTES

Art. 24 - São direitos dos Residentes:

- receber:
  1 - bolsa de estudos, de acordo com os valores estabelecidos, pela Lei Federal 8138 de 28 de dezembro de 1990, alterada pela Lei 8725 de 05 de novembro de 1993, e condicionada a apresentação do carnê autônomo, mensalmente quitado;
  2 - orientação, durante o treinamento do supervisor e dos preceptores do PRM;
  3 - alimentação, durante o período em que estiver atuando na Policlínica Regional - Unidade Goiás onde se desenvolve o PRM.
- férias anuais de 30 (trinta) dias, consecutivos, após cumprimento de 01 (hum) ano de Residência;
- licença gestante de acordo com a Lei Federal 7601 de 15-05-87;
- moradia, de acordo com as disponibilidades da Unidade onde se desenvolve o PRM;

- participar das atividades previstas no regime didático cientifico do PRM e,
- tomar conhecimento do Regulamento da RM;
- licença para tratamento de saúde:

1 - até 15 (quinze) dias por ano, receberá a bolsa do estado integralmente;

2 - a partir do 16° (décimo sexto) dia de licença receberá auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição de autônomo;

3 - o afastamento que exceda um período de 30 (trinta) dias consecutivos ou somatório de licenças anuais, deverá ser recuperado integralmente ao término do treinamento;

4 - o Médico Residente que ficar licenciado, até o máximo de 30 (trinta) dias, poderá optar, por escrito, para compensar este período com as férias;

5 - caso a Previdência Social exija e declare a necessidade cia contribuirão de 12 (doze) meses, ainda no primeiro ano de Residência, ficará estabelecido que o Médico Residente em licença médica por mais de 01 (hum) mês a 01 (hum) ano, continuará recebendo a bolsa pelo Município na qualidade de licenciado;

6- quando o Residente receber alta, após sua reapresentação a Chefia de Serviço, ao Centro de Estudos, deverá comparecer à COREMU, para assumir o compromisso de recuperar integralmente o período em que ficou licenciado, sem direito ao recebimento da bolsa.

Art. 25 - São deveres dos Residentes:

- participar de todas as atividades previstas no regime didático cientifico do PRMU;
- comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores;
- portar o "crachá" de uso obrigatório em local de fácil visibilidade:
- usar uniforme convencional completo;
- dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;
- cumprir as obrigações de rotina;
- prestar colaboração ã Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência:
- agir com urbanidade, discrição e lealdade;
- respeitar as Normas Legais e Regulamentares;
- levar ao conhecimento das autoridades superiores irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Policlínica Regional - Unidade Goiás onde estiver lotado;
- cumprir horários fixados;
- obedecer as Normas do Código de Ética do Conselho Federal das categorias profissionais;
- assinar o livro de ponto ou bater o cartão de ponto, diariamente, na entrada e na saída;

- mensalmente, o Residente deve entregar ao Centro de Estudos o comprovante de pagamento do INSS, com a identificação no verso;
- não entregando o comprovante de pagamento no Centro de Estudos por mais de 02 (dois) meses, este deverá comunicar o fato ao COREMU para suspensão do reembolso.

Art. 26 - O Residente está sujeito ás seguintes sanções disciplinares:

- advertência verbal e/ou por escrito:
- repreensão;
- suspensão;
- exclusão do PRM.

Parágrafo único - Na aplicação das sanções disciplinares deverão ser considerados:

- a natureza e gravidade da infração;
- os antecedentes do Residente.

Art. 27 - As sanções disciplinares deverão ser propostas ao Coordenador da COREMU.

Art. 28 - Caberá ao Coordenador da COREMU levar para discussão na reunião da COREMU a proposta da sanção disciplinar.

Art. 29 - A aprovação ou não e o tipo de sanção disciplinar serão decididos por maioria de votos dos membros da COREMU.

Art. 30 - O Residente passível da sanção proposta, segundo o art. 26, deverá ser convocado para a reunião prevista no art.28, a fim de ter direito pleno de defesa.

Parágrafo único - Caso o Residente não concorde com a decisão da COREMU, poderá recorrer, por escrito, a COREMU/SES /go, que julgará o caso em última instância, podendo ser ouvido o Secretário Estadual de Saúde, sempre que necessário.

Art. 31 - Será cancelada a Bolsa do Residente que:

- faltar 15 (quinze) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias intercalados, sem justificativa aceita pela COREMU;
- faltar ao plantão, sem justificativa aceita pela COREMU,
- for reprovado na avaliação prevista no art. 8° e 9 da Resolução CNRMU 05/79 9;
- for enquadrado no item "d" do art. 26 deste Regulamento.

Art. 32 - Em caso de interrupção justificada do treinamento, o Residente deverá complementar a carga horária total de atividades previstas para o aprendizado.

CAPITULO VIII

DO CERTIFICADO

Art. 33 - Fará jus ao Certificado o Residente que:

a) cumprir integralmente as atividades previstas no regime didático cientifico aprovado pela CNRMU e;

b) tiver sido aprovado nas avaliações realizadas no decurso do Programa e na avaliação final.

Art. 34 - Competirá à COREMU o encaminhamento dos Certificados à CNRMU para o necessário registro.

Parágrafo único - Unia vez registrado pela CNRMU. a SES/go entregará o certificado ao interessado.

CAPÍTULO I X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35 - O controle do ponto e da frequência do Residente será feito pela Chefia do Serviço e pelo Supervisor da Residência Multiprofissional da Unidade onde se desenvolve o PRM. **Parágrafo único** - Caberá ao Coordenador da COREMU, encaminhar a relação dos Residentes da Unidade através da Presidência do Centro de Estudos a COREMU, bem como mantê-la atualizada em relação a possíveis desistências, remanejaremos, férias, licenças, etc, dos Residentes.

Art. 36 - Os casos omissos serão resolvidos pela SEREMu/GO ouvida COREMU da Unidade onde ocorreu caso.

Art. 37 - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Goiás, de 2021

Diretoria técnica da unidade

7.13.12.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
	Reuniões Ordinárias												
4	reunir as unidades da SMS que possuem Programas de Residência multiprofissional												
5	contatar e avaliar permanente estes Programas;												

6	acompanhar, opinar e atuar como Programas de Residência multiprofissional na Policlínica Regional - Unidade Goiás,												
7	reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;												
8	Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMs nas diferentes áreas;												
9	supervisionar a. execução dos PRMs;												
10	propor a criação, extinção ou modificações do PRM;												
11	propor a substituição de supervisor de PRM;												
12	propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;												
11	deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;												
12	apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;												
13	discutir temas e documentos relacionados com a RM e:												
14	elaborar relatório anual.												
16	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas												
17	Assessoramentos Diversos												
18	Elaboração de Relatórios												
19	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												

7.13.13 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT

7.13.13.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.13.1.1 DA FINALIDADE

O SESMT – com finalidade de planejar, implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho

7.13.13.1.2 MEMBROS

O SESMT será composto e estruturado com base na legislação vigente, e seus integrantes deverão ser empregados, profissionais habilitados em seus respectivos Conselhos de Classe ou junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

O SESMT será composto por 01 (um) Engenheiro de Segurança do Trabalho, 01 (um) Médico do Trabalho e 03 (três) Técnicos de Segurança do Trabalho.

7.13.13.2 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art 1º. A norma regulamentadora foi originalmente editada pela Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, com o título "SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SSMT", regulamentando o artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme redação dada pela Lei n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que alterou o Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II da CLT.

Caracterizada como Norma Geral pela Portaria SIT nº 787, de 28 de novembro de 2018, a NR-4 estabelece a obrigatoriedade de contratação de profissionais da área de segurança e saúde do trabalho de acordo com o número de empregados e a natureza do risco da atividade econômica da empresa. Os profissionais integrantes do SESMT são os responsáveis pela elaboração, planejamento e aplicação dos conhecimentos de engenharia de segurança e medicina do trabalho nos ambientes laborais, visando garantir a integridade física e a saúde dos trabalhadores.

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

FINALIDADE

Art. 2º - o SESMT – com finalidade de planejar, implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho

CAPITUO II

COMPOSIÇÃO

Art. 3º O SESMT será composto e estruturado com base na legislação vigente, e seus integrantes deverão ser empregados, profissionais habilitados em seus respectivos Conselhos de Classe ou junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 4° O SESMT será composto por 01 (um) Engenheiro de Segurança do Trabalho, 01 (um) Médico do Trabalho e 03 (três) Técnicos de Segurança do Trabalho.

Parágrafo único. A equipe do SESMT deverá se dedicar aos serviços relativos à Segurança e Medicina do Trabalho, sendo que os Técnicos de Segurança do Trabalho, em tempo integral, e o Médico e o Engenheiro do Trabalho, em tempo parcial, de no mínimo 3 (três) horas diárias.

Art. 5º A equipe do SESMT terá lotação na sede da Policlínica Regional - Unidade Goiás, com atuação no âmbito territorial de todo o consórcio, atuando nos Programas de Segurança e Saúde Ocupacional e também executando a avaliação dos adicionais de riscos ocupacionais.

CAPITULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Todos os profissionais que compõem a equipe do SESMT terão atribuições:

1) Aplicar conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e as todas os seus componentes, inclusive maquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

2) Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para eliminação do risco e se este persistir memo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual –SPI de acordo com o que determina a norma regulamentadora nº6, do Ministério de trabalho e emprego – MTE, e ou alterações posterior desde que a concentração a intensidade ou característica do agente assim exija;

3) participar nas alterações de processos de trabalho e em projetos de modificação e implantação de instalações físicas e tecnológicas da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

4) responsabilizar-se, tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas Normas Regulamentadoras

do Ministério de Trabalho e Emprego - MTEM - e legislação vigente, aplicáveis às atividades executadas pelo consórcio;

5) manter permanente relacionamento com a Comissão de Prevenção de Acidentes do Município, valendo-se de suas observações, além de apoiá- la, treiná-la e atendê-la em suas necessidades;

6) - promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos servidores e gestores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

7) analisar e registrar em documentos específicos todos os acidentes ocorridos e todos os casos de doença

8) condições de acesso aos registros, respeitando o sigilo do prontuário do servidor;

9) participar de eventos como reuniões, seminários e congressos, apresentando e assistindo trabalhos com dados estatísticos, problemas e suas soluções, adquirindo e transmitindo conhecimento técnico na área de medicina e segurança do trabalho;

Parágrafo único. As atividades dos profissionais integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção, entretanto, não é vedada a participação em planos de contingências e o atendimento de emergência, quando se tornar necessário.

Art. 7º Cada integrante do SESMT será responsável por atividades em suas áreas técnicas de competência.

Art. 8º A equipe do SESMT dentro de suas atribuições elaborará seu plano de trabalho com base no planejamento macro de atação apresentado a seguir:

I -executar planejamento e cronograma das ações a serem desenvolvidas;

II - elaborar o cronograma das reuniões do SESMT;

III - executar e atualizar anualmente o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;

IV - executar e atualizar anualmente. o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;

V - executar inspeções e perícias ocupacionais com emissão de laudos para compor o Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP - dos servidores de acordo com regimento interno.

COMPETÊNCIAS

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho: (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

a) aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

b) determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;

c) colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos Este texto não substitui o publicado no DOU trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas, devendo o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho; (Alterado pela Portaria MTE n.º 2.018, de 23 de dezembro de 2014)

j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos; l) as atividades dos

profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente prevencionistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.10º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

7.13.13.3 CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADE

7.13.14 Comissão de Documentação Médica e Estatística

7.13.14.1 1. Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.14.1.1 DA FINALIDADE

Serviço de Arquivo Médica e Estatística – SAME

Há uma necessidade de guardar toda e qualquer documentação produzida e relacionada às atividades da Policlínica Regional - Unidade Goiás independente de seu conteúdo. Sendo assim, surge os arquivos que tem por finalidade a conservação e armazenamento dos documentos atestando a sua legalidade e disponibilizando para pesquisa.

Dessa forma, com a centralização desses aspectos e um único setor, o Serviço de Arquivos Médicos e Estatística – SAME torna-se a fonte relevante de informação para a Policlínica Regional - Unidade Goiás.

O SAME é um serviço imprescindível para a Policlínica Regional - Unidade Goiás. Permitindo que todo e qualquer profissional obtenha a informação que deseja dando-lhe total eficiência e atendendo com responsabilidade os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se relaciona com os demais serviços técnicos e administrativos da unidade de saúde e colabora com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada ao paciente.

O Prontuário Médico

O prontuário médico é formado por um conjunto de documentos que são organizados em forma de dossiê e sua finalidade é registrar informações referentes a todo processo de atendimento ao paciente nas instituições de saúde e também instrumento de pesquisa em diversas áreas do conhecimento.

Este documento serve como meio de comunicação entre vários setores das instituições de saúde e entre diferentes atores envolvidos, compondo um repositório rico de informações que vai do diagnóstico e tratamento das enfermidades até as diversas patologias, seu histórico, desenvolvimento, prescrição entre outros.

7.13.14.1.2 MEMBROS

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

7.13.14.1.3 DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares. As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

-Um médico representante da Comissão de Ética Médica;

-Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;

-Dois representantes do Faturamento;

-Um representante da Coordenação Multiprofissional;

-Um representante do Núcleo Interno de Regulação;

-Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;

-Um representante do Setor de Comissões Técnicas;

-Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

-Um representante do Planejamento;

7.13.14.1.4 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês (na 2ª terça–feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.13.14.1.5 ATAS DE REUNIÕES

As Reuniões de Comissão de Revisão de Prontuário Médico serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria na Policlínica Regional - Unidade Goiás, mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de Revisão de Prontuário Médico, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.14.2 Apresentação de dados quanto ao volume assistencial.

Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos

Os prontuários são fundamentais para as unidades de saúde porque são documentos em que se encontram registradas as informações sobre os pacientes, são também fontes primárias de informações para a assistência à saúde, ensino, pesquisa e elaboração de políticas de saúde, como também para avaliação da qualidade da assistência médica. O prontuário é consultado pelos diversos profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos com o paciente. A consulta tanto vale para análise da evolução da doença como para fins estatísticos. As funções dos prontuários são de extrema importância para o desenvolvimento das atividades. Ao compreender a importância do mesmo e sua participação na construção do saber no campo da saúde, os prontuários tornam-se fontes ricas em informações, proporcionando aos usuários um *locus* cheio do saber especializado.

Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos

Avaliar é uma etapa fundamental na gestão de documentos. É neste momento em que se define a eliminação ou guarda temporária ou permanente de documentos em um arquivo, sendo que os mesmos poderão ser eliminados ou destinados a guarda permanente.

Prontuários Médicos Eletrônicos

Muitos são os benefícios que podemos tirar dos prontuários eletrônicos, podemos destacar: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento cientifico atualizado com consequência melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para a obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; e possível redução de custos, com otimização dos recursos.

Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico

Várias são as oportunidades e obstáculos para a criação do prontuário eletrônico. Este sistema vem somar e trazer soluções para a área de saúde e viabilizar a sua interação com a informação. A internet vem contribuindo para estas soluções e diminuindo as distâncias e compartilhando dados antes considerados impossíveis.

Estratégias de Ação

A metodologia deste trabalho no âmbito da Policlínica Regional - Unidade Goiás será realizada em duas fases que comtemplam as intervenções básicas de revitalização de um conjunto documental.

O SAME da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverá ser verificado por meio de uma intervenção arquivística agregado, com o tempo, gerando assim a recuperação da informação em tempo hábil. Desta forma podemos delinear estas ações frente a atividade voltada para a comissão de documentação médicos e estatísticos.

Abaixo a proposta de regimento interno para a comissão de documentação médica e estatística da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.14.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Art.1º –A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) da Policlínica Regional - Unidade Goiás é de natureza técnico-científica permanente e tem por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1–A comissão terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2 -A comissão é um órgão de assessoria vinculado à Superintendência, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art.2º – Compete à comissão:

I. Definir modelos de impressos que irão compor o prontuário médico da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
II. Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações onde dados sobre pacientes da Policlínica Regional - Unidade Goiás venham a ser registrados ou divulgados;
III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;
IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e definir os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:
    a) identificação do paciente em todos os impressos;
    b) anamnese;
    c) exame físico;
    d) exames complementares, bem como seus respectivos resultados;
    e) hipóteses diagnósticas;
    f) diagnóstico definitivo;
    g) plano terapêutico;
    h) meta terapêutica;
    i) tratamento efetuado;
    j) registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
    k) outros documentos pertinentes ao atendimento.

V. Definir regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;

VI. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias;

VII. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial da Policlínica Regional - Unidade Goiás, deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

VIII. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) da Policlínica Regional - Unidade Goiás

IX. Orientar o SAME como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;

X. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;

XI. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XII. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XIII. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

XIV. Normatizar o preenchimento das contra referências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

XV. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

XVI. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética em Pesquisa e Comissão de Educação em Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás, com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

XVII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art.3º – A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares.

Parágrafo único –A comissão poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art. 4º – As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

Art.5º –Os membros da comissão terão mandatos de 2(dois) anos, a contar da publicação de portaria da Policlínica Regional - Unidade Goiás, podendo ser prorrogado por igual período.

Art.6º –O presidente, o vice presidente e o secretário da comissão serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a Superintendência, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art.7º –Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão e, especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. Presidir as reuniões;
III. Suscitar pronunciamento da comissão quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
V. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Parágrafo único–Na ausência ou impedimento temporário do presidente da comissão, suas funções serão exercidas interinamente pelo vice-presidente, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art.8º –Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art.9º-Ao secretário da comissão incumbe:

I. Assistir as reuniões;
II. Preparar e encaminhar o expediente;
III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único-Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art.10º – A Comissão reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1 O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§2 – A comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 3 -As deliberações da comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no pela direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

§ 4 – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5 -A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

§ 6 As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art.11º - A rotina das reuniões da comissão será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto interino;
II. Verificação de presença e existência de “quorum”;
III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
VII. Organização da pauta da próxima reunião;
VIII. Encerramento da reunião.

Parágrafo único-Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art.12º - Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único-O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.13º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da comissão, a equipe de governança da Policlínica Regional - Unidade Goiás proporcionará a infraestrutura necessária.

Art.14º - A comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art.15º - Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único -No caso da saída de qualquer membro da comissão deverá haver indicação de novo membro por meio do Setor de Comissões Hospitalares da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.16º - A comissão no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art.17º - Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art.18º - Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na comissão e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art.19º - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão, em conjunto com a direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.20º - Este regimento entrará em vigor após publicação pela Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.14.4 Cronograma de Atividade Anual

		CRONOGRAMA anual													
	Atividade	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	MÊS 1	**MÊS 2**
1	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados aos dados estatísticos levantados pela comissão														
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas														
3	Distribuição dos itens documentais para análise por parte dos integrantes daComissão														
4	**Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos da comissão**														

7.13.15 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

7.13.15.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.13.15.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Ética em Pesquisa Científica envolvendo Seres Humanos, é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Seus objetivos são: salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa; contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade; contribuir ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. Revisar todos os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética

da pesquisa a ser desenvolvida na instituição. Emitir parecer consubstanciado por escrito. Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará a disposição das autoridades sanitárias. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento. Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

7.13.15.1.2 MEMBROS

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.13.15.2 Da Proposta De Regimento Interno

CAPÍTULO I

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1 - O Comitê de Ética em Pesquisa da Policlínica Regional - Unidade Goiás (CEP) é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma. Está vinculada a Policlínica Regional - Unidade Goiás e tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito da Policlínica Regional - Unidade Goiás e de outras instituições que não possuam Comitê de Ética, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde n 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito da Policlínica Regional - Unidade Goiás sem prévia avaliação e aprovação do CEP.

Art. 2 - O CEP está subordinado administrativamente a Seção de Ensino e Pesquisa da Policlínica Regional - Unidade Goiás (SEP) e a Diretoria Geral da Instituição.

Art. 3 - A escolha dos membros do CEP deverá estar em conformidade com a Res. CNS n 196/96, com anuência da chefia do SEP e da Diretoria Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 4 - Os membros do CEP deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEP quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Art. 5 - A organização e criação do CEP, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS n 196/96.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Art. 6 - O Comitê de Ética em Pesquisa da Policlínica Regional - Unidade Goiás terá composição multiprofissional e transdiciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

§1 A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

§2 Podem ser convidadas pessoas de fora da Unidade, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEP.

§3 Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Art. 7 - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEP, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Art. 8 - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Art. 9 - O CEP terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEP, com experiência na área de pesquisa.

§1 O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

§2 O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral da Policlínica Regional - Unidade Goiás, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Art. 10 - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

§1 Os membros do CEP terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

§2 Os membros do CEP terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Art. 11 - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEP nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada.
II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada.
III. Incorrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS DO COMITÊ

Art.12 - Ao CEP compete:

I Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Policlínica Regional - Unidade Goiás e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas.

II Manter atualizadas as normas de funcionamento.

III Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas.

IV Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos.

V Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS n 196/96.

VI Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares.

VII Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.

IX O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo.

X Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEP não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

XI DO PESQUISADOR

Art. 13 - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, conforme Res. CNS n 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;
II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;
III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e final da pesquisa;
IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da

pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEP;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEP sempre que solicitado;
VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;
VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
VIII. Justificar perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
IX. Comunicar ao CEP todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;
X. Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo.
XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;
XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

DAS PESQUISAS

Art. 14 - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

§1 Aspectos Legais - quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

§2 Aspectos Morais - O CEP têm deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade

e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não-maleficiência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

§3 Aspectos Éticos - nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizadas como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça.
II. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas.
III. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia.
IV. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa.

CAPÍTULO V

FLUXO ADMINISTRATIVO DO PESQUISADOR

Art.15 - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada.
II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto.
III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada
IV. Projeto de Pesquisa em Português
V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa)
VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa)
VII. Curriculum dos pesquisadores
VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos)
IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

DO COMITÊ

Art. 16 - Compete ao Comitê:

I. O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96;
II. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
III. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
IV. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;
V. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
VI. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;
    I. O CEP deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Art. 17 – O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes:

II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/MS, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEP;
III. Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;
IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;
V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;
VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias.
VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solícita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em
IX. 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;
X. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;
XI. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/MS;
XII. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO VI

REUNIÕES

Art. 18 - O CEP reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; e extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

§1 Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

§2 O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

§3 Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência.

Art. 19 - Qualquer membro do CEP quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20 - Estando o CEP devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/MS, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Art. 21 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEP.

Art. 22 - A CEPC se reunirá na segunda semana de cada mês, em sessão ordinária ou em caráter extraordinário, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros.

Art. 23 - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigida pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Art. 24 - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
II. verificação de presença dos membros titulares e existência de "quorum";
III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;
V. leitura e despacho do expediente;
VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VII. organização da pauta da próxima reunião;
VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;
IX. encerramento da sessão.

Art. 25 - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias;
III. promover a convocação das reuniões;
IV. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;
V. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Art. 26 - Aos membros do CEPC compete:

I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;
II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;
V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;
VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Art. 27 - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré- análise dos mesmos;
II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas c) setoriais realizadas semanalmente;
III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC e das pendências emitidas pelos relatores;
IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
V. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os Princípios, as normas e as legislações vigentes;
VI. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC.

Art. 28 - Aos secretários da CEPC compete:

I. assistir às reuniões;
II. encaminhar o expediente;
III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP;
IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC;

VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
VIII. distribuir aos membros da CEPC a pauta das reuniões.

7.13.15.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
4	Reuniões Ordinárias												
5	verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;												
6	verificação de presença dos membros titulares e existência de "quorum";												
7	votação e assinatura da Ata da reunião anterior;												
8	comunicações breves e franqueamento da palavra;												
9	leitura e despacho do expediente;												
10	ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;												
11	organização da pauta da próxima reunião;												
12	distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;												
13	encerramento da sessão.												
14	O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96;												
15	Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;												
16	Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;												
17	O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;												
18	Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;												
19	Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;												
20	O CEP deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.												

7.13.16 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

7.13.16.1 Proposta de Constituição (membros FInalidade)

7.13.16.1.1 FINALIDADE

Atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados a maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, Acompanhar,monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

7.13.16.1.2 MEMBROS

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), deverá sercomposta por 5(cinco) membros efetivos sendo: 01 Representante da Nutrição; 01 Representante da Farmácia; 01 Representante Médico; 01 Representante da Enfermagem e 01 Representante do Serviço Social.

Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

7.13.16.1.3 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês meses (na 6ª terça–feira do mês), local (sala de reunião), horário (11hs ás 12hs, de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.16.1.4 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão Equipe Multidisciplinar Terapia Nutricional (EMTN) serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria na Policlínica Regional - Unidade Goiás, mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de Equipe Multidisciplinar Terapia Nutricional (EMTN), os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

7.13.16.2 Proposta de Regimento Interno

COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

- CAPÍTULO I
- DA NATUREZA/OBJETIVO

Art. 1ºA Equipe Multidisciplinar de Suporte à Terapia Nutricional (EMSTN) tem por objetivo atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados a maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, Acompanhar,monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

- CAPITULO II

AÇÃO DA COMISSÃO

Art. 2º a ação da comissão resultará em indicadores para avaliar e gerenciar quanto à qualidade da terapia nutricional os seguintes integrantes:

01 Representante da Nutrição;

01 Representante da Farmácia;

01 Representante Médico;

01 Representante da Enfermagem;

01 Representante do Serviço Social.

Art. 3º Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

Art.4º Os membros desta comissão poderão ser substituídos em qualquer tempo, mediante justificativa escrita.

Art.5º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

- CAPITULO III

NOMEAÇÃO/ PERÍODO DE GESTÃO

Art. 6º A Comissão será nomeada pelo Diretor Técnico Médico em ata de nomeação e o período de Gestão desta será de 2 anos.

- CAPITULO IV

COMPETÊNCIA

Art.7º Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

Art.8º Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMSTN.

Art.9º Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

Art.10º Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

Art.11º Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

Art.12º Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

- CAPITULO V

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Art.13º A Comissão se reunirá mensalmente de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art.14º As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

Art.15º Em casos de excepcionalidade as reuniões poderão ser convocadas em caráter extraordinário por meio da solicitação ou por pedido de qualquer membro da comissão.

Art.16º. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da EMTN.

Art.17º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

- CAPITULO VI

ATRIBUIÇÕES

Art.18º São atribuições do farmacêutico

- Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente;
- Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista;
- Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutrientes e nutrientes-nutrientes, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;
- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;

Art.19º São atribuições do enfermeiro

- Orientar o usuário, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;
- Preparar o usuário, o material e o local para o acesso enteral; quando houver;

- Prescrever os cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;
- Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica; assegurar a manutenção da via de administração; receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração; proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração;
- Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE da RDC/Anvisa n. 63 de 6/7/2000 as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;
- Assegurar a infusão do volume prescrito da NE, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com o uso de bomba de infusão;
- Detectar, registrar e comunicar à EMSTN e/ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;
- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto aos sinais vitais, tolerância do volume proposto, diarreia e outros que se fizerem necessários;
- Garantir a troca da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos;
- Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;
- Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionados à TN, visando à segurança do paciente;
- Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN;
- Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutrientes prescritos sejam administrados no mesmo envase da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos;
- Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;
- Fazer balanço hídrico do paciente em TN diariamente e informar a EMSTN;

Art. 20º São atribuições do nutricionista

- Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;
- Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;
- Acompanhar a evolução nutricional do usuário em terapia de NE, independente do dispositivo de infusão, até a alta nutricional estabelecida pela EMSTN;

- Adequar a prescrição em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentada pelo usuário;
- Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do usuário;
- Orientar o usuário, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;
- Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

Art. 21º São atribuições do médico

- Indicar e prescrever a TN;
- Estabelecer a via de acesso da NE;
- Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a NE e estabelecer a melhor via;
- Orientar os pacientes e familiares ou o responsável legal quanto aos riscos e benefícios dos procedimentos de cateterização venosa e/ou entérica;
- Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento; garantir o registro da evolução e dos procedimentos médicos.

Art. 22º São atribuições do Assistente Social

- Encaminhar providências, e prestar orientação social ao usuário/grupo familiar ou responsável.
- Orientar usuário/ familiares e responsável em relação aos recursos disponíveis para requerimento da dieta nutricional estabelecida pela EMSTN.
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços junto a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.
- Registrar evolução em sistema e prontuário, com via impressa, assinada e carimbada.

Art. 23º São atribuições do Presidente

- Convocar e presidir as reuniões;
- Representar a Comissão junto a Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;
- Fazer cumprir o Regimento.

Art. 24º São atribuições da secretária

- Elaborar e divulgar cronograma de reuniões da comissão;

- Lavrar as atas de reuniões;
- Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.
- CAPITULO VII
- INDICADORES

Art. 25º Frequência de remoção involuntária de sonda de dieta enteral:

Fórmula: N de sondas obstruídas em pacientes em TNE X 100.

N total de pacientes/dia em TNE

CAPITULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 26º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição.

Art. 27º Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 28º Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral da Instituição.

_____

Diretoria técnica da unidade

7.13.16.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA														
Atividade		anual												
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	MÊS 1	MÊS 2
1	Reuniões Ordinárias da Comissão														
2	Reuniões de Planejament														

	o e Definições de Metas com os discentes														
3	Reunião de apresentação e análise dos programas de residência com os Supervisores														
4	**Avaliar desenvolvimento dos residentes através dos fichários individuais**														

7.13.17 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

7.13.17.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.17.1.1 FINALIDADE

As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos

7.13.17.1.2 MEMBROS

O NUVE da unidade caracteriza-se da seguinte forma:

I - título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II - ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III – vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) coordenação de enfermagem;

D) diretoria técnica.

V - cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

7.13.17.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS CONSIDERAÇÕES

Art.1As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I – vigilância epidemiológica: vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos.

II – promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde.

III – vigilância da situação de saúde: ações de monitoramento contínuo do País, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem os problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

IV – vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

V – vigilância da saúde do trabalhador: promoção da saúde e redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

CAPÍTULO II

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1. Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários da unidade e às equipes internas.

Parágrafo único. O NUVE é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, subunidade diretamente ligada à Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 2. Este Regulamento atende as normas instituídas pelo MS, através da Portaria n.° 2529, de 23 de novembro de 2004 e portaria n° 2254, de 5 de agosto de 2010, que institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e está baseado na primeira edição da Diretriz para estruturação e funcionamento da Vigilância Epidemiológica Hospitalar da unidade

Art. 3. O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NUVE, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 4. Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do NUVE, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 5. A Vigilância Epidemiológica em Âmbito hospitalar/ ambulatorial foi instituída como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo de detectar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) e seus agravos atendidas dentro da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 6. O NUVE tem como objetivos a detecção, notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, priorizando os agravos, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

Art. 7. As terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) são:

I - doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois da avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata;

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): é um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 8. A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portarias Nacional e do Estado de Goiás, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Parágrafo único. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas Portaria MS, n. 204 e Portaria n. 205, de fevereiro de 2016.

Art. 9. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

CAPÍTULO III

CARACTERIZAÇÃO

Art. 10. O NUVE da unidade caracteriza-se da seguinte forma:

I - título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II - ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III – vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) coordenação de enfermagem;

D) diretoria técnica.

V - cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADES

Art. 12. O NUVE tem por missão detectar as doenças de notificação compulsória e seus agravos atendidas na Policlínica Regional - Unidade Goiás

Art. 13. O NUVE tem por visão proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Art. 14. São valores do NUVE, em consonância com os valores da unidade:

I - preceitos ético-legais;

II - humanização do cuidado;

III - responsabilidade;

IV - respeito aos direitos do paciente;

V - trabalho em equipe;

VI - eficiência, eficácia e efetividade;

VII - cooperação e integração;

VIII - padronização de condutas;

IX - educação permanente.

Art. 15. O NUVE tem como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, integrando os diferentes setores da instituição para a definição de indicadores sobre as suas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

Parágrafo único. Para o alcance desses objetivos, o NUVE estabelece as presentes normas de rotinas de funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito da unidade.

Art. 16. O NUVE é um serviço hospitalar ligado diretamente a Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/hospitalar/ambulatorial que tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Art. 17. São Competências do NUVE:

I - estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade da unidade, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II - assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;

III - incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV - assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V - orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:

a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

Art. 18. Constitui, como principal produto do NUVE: a promoção e a integração ensino-serviço dentro da instituição, desenvolvendo atividades práticas de vigilância epidemiológica em ação conjunta com professores, técnicos e alunos.

Art. 19. São clientes internos e externos do NUVE as Unidades Organizacionais da Unidade, os sistemas nacionais de informação, SMS e SES.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 20. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NUVE:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

III - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;

IV - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

V - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;

VI - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;

VII - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

VIII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

IX - zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;

X - informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XI – tratar a todos com urbanidade;

XII – comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

XIII – acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

XIV – compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XV – manter seus registros funcionais atualizados;

XVI – guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVII – submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVIII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Art. 21. São deveres e responsabilidades dos membros do NUVE:

I - realizar busca ativa para os pacientes internados e atendidos no ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças da lista de notificação compulsória;

II - realizar busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil e infantis;

III - notificar o primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica de DNC detectados no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;

IV - realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes em articulação com a SMS e com a SES, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SES-MG;

V - participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, fetais e infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos da unidade e em articulação com a SMS e com a SES-GO;

VI - elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, SES, SMS e da unidade;

VII - elaborar relatórios epidemiológicos e divulgar anualmente o boletim epidemiológico;

VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

IX - desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica, tais como, os Serviços de Arquivo (SAM) e de Patologia; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS); a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a Farmácia e o laboratório, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

X - promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças e agravos no ambiente hospitalar;

XI - monitorar o preenchimento das declarações de óbitos dos casos de notificação compulsória;

XII - monitorar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores da Policlínica Regional - Unidade Goiás, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XIII - realizar monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos de notificação compulsória;

XIV - apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e de óbito no ambiente hospitalar;

XV - alimentar periodicamente o SINAN;

XVI – monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória realizados pelo laboratório;

XVII - divulgar no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial a atual listagem das DNC conforme as Portarias e Resoluções em vigor;

XVIII - participar de eventos de natureza epidemiológica;

XIX - manter campo de estágio para alunos da residência multiprofissional e de outros cursos de técnicos, graduação e pós-graduação da área de saúde.

Art. 22. O NUVE possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente com as seguintes atribuições:

- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;

- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;
- Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico da Policlínica Regional - Unidade Goiás, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e email, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
- Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;
- Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização
- Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE.

II – enfermeiro com as seguintes atribuições:

- Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;
- Notificar e investigar, no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sinan;
- Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;
- Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;

Promover um trabalho integrado com o laboratório da Policlínica Regional - Unidade Goiás e com outros laboratórios de referência, estabelecenDO FLUXO de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

- Trabalhar em parceria com a SCIRAS e com o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;
- Desenvolver ações integradas com a SCIRAS, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório

III – medico com as seguintes atribuições:

- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;

Promover um trabalho integrado com o laboratório da Policlínica Regional - Unidade Goiás e com outros laboratórios de referência, estabelecenDO FLUXO de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

- Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos";
- Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Desenvolver ações integradas com a SCIRAS, SESMT, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;
- Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;
- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;
- Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;
- Promover a integração com o SAM e a comissão de revisão de prontuário da Policlínica Regional - Unidade Goiás, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
- Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

IV – secretario do NUVE com as seguintes atribuições:

- Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- Controlar agenda de compromissos;

- Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
- Catalogar fontes bibliográficas;
- Manter os arquivos atualizados;
- Manter os armários organizados;
- Executar os serviços de digitação do Núcleo;
- Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia do Núcleo;
- Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
- Participar da organização de eventos;
- Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Núcleo para eventos externos;
- Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do núcleo;
- Checar os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
- Planejar e organizar eventos;
- Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

Art. 23. As funções de Coordenadores e Responsáveis Técnicos (RTs) constituem funções de confiança do NUVE, ficando a indicação a seu critério.

Parágrafo único. A permanência dos profissionais nessas funções e a sua possível substituição serão providas por ato do NUVE, em conjunto com o Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 24. O NUVE funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 25. As escalas de trabalho do NUVE são de responsabilidade da chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior à escala para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição.

Art. 26. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Núcleo, referentes à matéria.

Art. 27. O NUVE, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, é constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 28. Compõem o NUVE:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

II - Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

III - Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

IV- Profissionais técnico administrativos

a) um médico;

b) três enfermeiros;

c) um secretário.

§ 1. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Núcleo, assumirá a coordenação do núcleo seu substituto legal.

§ 2. O secretário do Núcleo será escolhido dentre os representantes de cada segmento do Núcleo, se o mesmo não possuir o serviço de secretariado.

Art. 29. As reuniões do NUVE serão realizadas com os membros do NUVE em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Art. 30. As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 31. O NUVE mensalmente, na primeira terça-feira do mês, apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 32. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 33. As deliberações do NUVE serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. O funcionamento do NUVE, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral da uniade, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1. Assuntos referentes a normas e rotinas do NUVE devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2. O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35. Este Regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 36. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião com a presença do chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiás, de 2021

_____

Diretor técnico e administrativo da unidade

7.13.17.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE		ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS	MÊS	MÊS

											10	11	12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
4	Reuniões Ordinárias												
5	Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;												
6	Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;												
7	Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;												
8	Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;												
9	Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;												
10	Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;												
11	Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;												
12	Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;												
13	Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;												
14	Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;												
15	Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;												
16	Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;												
17	Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;												
18	Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;												
19	Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico da Policlínica Regional - Unidade Goiás, conforme determina a Lei de Acesso à Informação												
20	Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;												
21	Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;												

22	Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;													
23	Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização													
24	Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE.													
24	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás													

Acompanhar as notificações realizadas prestando contas aos órgaos fiscalizadores como por exemplo NOTIVISA.

7.13.17.3.1 OBJETIVO

O Notivisa é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

Exemplos de notificações de eventos adversos que podem ser feitas no Notivisa:

• Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico;

• Queda do paciente;

• Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado);

• Reação adversa ao uso de medicamentos;

• Inefetividade terapêutica de algum medicamento;

• Erros de medicação que causaram ou não dano à saúde do paciente (por exemplo, troca de medicamentos no momento da administração);

• Evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar;

• Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea;

• Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético;

• Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

Exemplos de notificações de queixas técnicas que podem ser feitas no Notivisa:

• Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio da qualidade;

• Produto com suspeita de estar sem registro;

7.13.18 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

7.13.18.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.13.18.1.1 DA FINALIDADE

Definir macro diretrizes a partir dos princípios e diretrizes do SUS, para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas

7.13.18.1.2 MEMBROS,

O NIR da Unidade terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos sete componentes, sendo um coordenador, todos designados pela Diretoria Técnica e aprovados Geral da unidade através de em portaria, sob a seguinte composição denominada grupo executivo hospitalar/hospitalar/ambulatorial:

I Médico auditor

- Enfermeiro/técnico de enfermagem;
- Assistente social;
- Parágrafo único: O Grupo Executivo está constituído por
- Coordenador
- Secretário

7.13.18.2 Regulamento Do Núcleo Interno De Regulação (Nir)

CAPÍTULO I

DA LEGISLAÇÃO

Art. 1. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade foi estruturado, considerando a PORTARIA N 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008, do Ministério da Saúde que: ***Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.***

Art. 2 - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e

seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e DOS FLUXOS assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Parágrafo único. O objetivo da criação do NIR pela supracitada portaria é aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

CAPÍTULO II

AS DEFINIÇÕES

Art. 3. O NIR unidade possui natureza técnico-administrativa permanente, com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre temas relacionados às atividades e atribuições na Instituição, referentes à regulação, controle e avaliação dos serviços prestados, com vistas a:

I. Qualificar os fluxos e processos de trabalho internos;
II. Otimizar os recursos institucionais;
III. Responsabilizar todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário e pelo uso dos recursos.

Art. 4 - O NIR unidade, atuara em consonância com a portaria supracitada através do seu art.5 A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e mais especificamente nos incisos:

II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV – O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segunDO FLUXOs e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 5. O NIR da Unidade terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos sete componentes, sendo um coordenador, todos designados pela Diretoria Técnica e aprovados Geral da unidade através de em portaria, sob a seguinte composição denominada grupo executivo hospitalar/hospitalar/ambulatorial:

I Médico auditor

- Enfermeiro/técnico de enfermagem;
- Assistente social;
- Parágrafo único: O Grupo Executivo está constituído por
- Coordenador
- Secretário

Art. 6. Os componentes do NIR serão divididos da seguinte forma:

I Grupo executivo hospitalar/ambulatorial;

- Grupo consultivo.
- Parágrafo único. O Grupo Consultivo está constituído por:
- Responsável pela Divisão Médica;
- Responsável pela Divisão de Enfermagem e multiprofissional
- Responsável pelo Setor de Segurança do Paciente;
- Responsável pela Unidade de Diagnóstico por Imagem (SADT);

Art. 7. O mandato dos componentes do NIR será de **dois anos** podendo haver recondução, de acordo com as necessidades do núcleo e disponibilidade dos membros.

Art. 8. A destituição de algum membro do NIR só poderá ocorrer sobre apreciação da chefia do setor de regulação, com anuência das diretorias técnica e Geral da Unidade hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 9. O NIR reunir-se-á, ordinariamente, **mensalmente** e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador, ou a requerimento da maioria simples de seus membros do Grupo executivo e Consultivo.

Art. 10. O NIR instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, excetuando os membros do Grupo executivo e Consultivo.

§ 1. As deliberações tomadas ad referendum deverá ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 2. As deliberações do NIR serão consubstanciadas em notas/relatórios endereçadas as diretorias técnica e Geral da Unidade hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 11 É facultado ao Coordenador e aos membros do NIR solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12. As reuniões do NIR obedecerão à seguinte rotina:

I Verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;

- Verificação de presença e existência de "quórum" (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e consultivo);
- Leitura e/ou apresentação de pauta;
- Discussão e aprovação de pareceres;
- Deliberação de ações a serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;
- Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NIR, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 13. A reunião será organizada com os expedientes ou pautas apresentadas para discussão, acompanhadas dos pareceres, súmulas e relatórios.

§ 1. A pauta será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e dois dias para as extraordinárias.

§ 2. Após a leitura da pauta, o Coordenador, ou seu substituto, deve submetê-la à discussão, dando a palavra aos membros que solicitarem.

§ 3. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas sobre o tema, propor diligências ou adiamento da discussão e das deliberações.

§ 4. O prazo de vistas será encerrado com a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 14. As deliberações serão divulgadas na Policlínica Regional - Unidade Goiás Hospitalar/ambulatorial Unidade por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

Art. 15. Caberá ao NIR:

I Apoiar as equipes da unidade no correto fluxo do paciente no complexo da unidade;

- Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico hospitalar/ambulatorial;

- Auditar a regulação das consultas, Inter consultas, medicamentos, procedimentos clínicos e cirúrgicos e do SADT seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida da Unidade.
- Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de vagas, utilizar critério de admissão por risco e demandas reprimidas;
- Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;
- Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;
- Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;
- Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Participar da criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);
- Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16. São atribuições do Coordenador do NIR:

I Instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;

- Indicar seu substituto eventual;
- Representar o NIR em suas relações internas e externas;
- Suscitar pronunciamento do NIR quanto às questões relativas aos documentos e informações médicas e multiprofissionais e, de dados estatísticos sobre qualidade da assistência e fechamento de contas;
- Coordenar as discussões e deliberações e, quando for o caso, exercer direito de desempate;
- Indicar membros pertencentes ou não ao Núcleo e a seu conselho consultivo para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres, necessários à efetivação do trabalho do NIR;
- Coordenar as auditorias realizadas pela comissão.

Art. 17. Caberá ao Médico Regulador:

I Acompanhar o Sistema SUS hospitalar/ambulatorial;

- Acompanhar o cumprimento DO FLUXO adequado de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição;
- Estabelecer contato com a Regulação Externa para agilizar o fluxo de referência e contra referência de pacientes;
- Fazer contato com as equipes médicas e multiprofissionais, de chefias dos setores de métodos diagnósticos para agilizar referência e contra referência de pacientes nos diversos setores da instituição
- Participar, juntamente com as equipes envolvidas no cuidado em saúde, da elaboração de fluxos de transferências internas e externas com vistas a sua maior agilidade.

Art. 18. Caberá enfermeiro Regulador:

I Estar ciente de todos os serviços de Inter consultas, procedimentos e SADT disponíveis na instituição e suas destinações;

- Ser responsável pela priorização das transferências dos pacientes da unidade para Contra referencia conforme a classificação de risco, em comum acordo com a equipe médica e multiprofissional
- Coordenar a admissão dos pacientes para procedimentos eletivos de pequenas cirurgias, de acordo com a solicitação e comunicação prévia das equipes responsáveis;
- Coordenar o serviço de Acolhimento da Unidade hospitalar/ambulatorial;
- Monitorar a admissão de pacientes de média complexidade conforme pactuação da Instituição com o complexo regulador;
- Colaborar com os possíveis mutirões e campanhas de procedimentos através da disponibilização de vagas internas de consultas, Inter consultas e exames.

Art. 19. Caberá ao Assistente Social:

I Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar/ambulatorial;

- Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, na elaboração, programação, execução e avaliação dos processos de transferências internas e externas do cuidado aos usuários, de forma humanizada, responsável e segura, viabilizando a continuidade do cuidado por meio da articulação do ambulatório com as demais políticas e serviços de atenção da rede do SUS;
- Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, dos processos de organização DOS FLUXOS internos e externos de referência e Contra referencia dos usuários atendidos no ambulatório, de forma humanizada, responsável e segura;
- Realizar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interfaceamento com o processo de cuidado integral, buscando ampliar

os recursos de intervenção na perspectiva de viabilizar a continuidade do cuidado integral ao usuário;

- Elaborar, emitir e discutir junto ao NIR, de maneira sistemática e continuada, relatórios que demonstrem demandas identificadas no processo de cuidado integral ao usuário, diagnosticados em todas as áreas de intervenção do serviço social no ambulatório;
- Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, da organização DOS FLUXOS e do monitoramento da utilização dos sistemas que envolvam a entrada e saída de usuários no serviço, por meio do sistema de transferência intermunicipal e interestadual;
- Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais ações que garantam a informação e orientação dos usuários e familiares quanto aos seus direitos e deveres enquanto cidadãos usuários do SUS, bem como das demais políticas sociais.

Art. 19. Cabe à Referência Técnica (Grupo Consultivo) a função de fornecer subsídios técnicos para o trabalho do NIR, quando este necessitar.

Art. 20. Caberá ao Secretário do NIR:

I Organizar a pauta;

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do NIR;
- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob sua guarda;
- Lavrar e assinar as atas de reuniões do NIR;
- Elaborar relatório anual das atividades do NIR;
- Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

- Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
- Representar o NIR em cada setor do ambulatório;
- Captar as informações necessárias nos diversos setores e comunicar os membros responsáveis para que a equipe possa atuar.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21. O Serviço de Apoio Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência do NIR.

Art. 22. O NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 23. Os casos omissos serão resolvidos pelo NIR, em contato com a diretoria clínica da unidade Hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 24. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiás, de 2021

7.13.18.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno												
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
4	Reuniões Ordinárias												
5	Verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;												
6	Verificação de presença e existência de "quórum" (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e consultivo);												
7	Leitura e/ou apresentação de pauta;												
8	Discussão e aprovação de pareceres;												
9	Deliberação de ações a serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;												

10	Organização da pauta da próxima reunião.												
11	Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;												
12	Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;												
13	Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;												
14	criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;												
15	Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);												
16	Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.												
17	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												

7.13.19 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

7.13.19.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

7.13.19.1.1 FINALIDADE

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

7.13.19.1.2 MEMBROS

A comissão deverá ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

I Superintendente ou representante da direção do serviço de saúde;

- Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho ;
- Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n. 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;
- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Divisão de Enfermagem;
- Divisão Médica;
- Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
- Representante da Central de Material e Esterilização;
- Representante da Unidade de Compras;
- Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

7.13.19.2 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

FINALIDADE

Art. 1. Este Regulamento Interno é baseado na Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011, no Anexo III da Norma Regulamentadora n. 32 do Ministério do Trabalho e Em- prego (MTE), o qual dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes Com Materiais Perfuro cortantes.

Art. 2. A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

CAPITULO II

CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 3. Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa comissão específica para atuação dentro da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

CAPITULO III

COMPETÊNCIA

Art. 4. Compete à Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB):

I - Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;

- - Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes;
- - Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;
- - Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho;
- - Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;
- - Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;
- - Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;
- - Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes

Art. 5. A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes, a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

I - Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

IV - Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

CAPITULO III

COMPOSIÇÃO

Art. 6. A comissão deverá ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

V Superintendente ou representante da direção do serviço de saúde;

VI Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho ;

VII Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n. 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;

VIII Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

IX Divisão de Enfermagem;

X Divisão Médica;

XI Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;

XII Representante da Central de Material e Esterilização;

XIII Representante da Unidade de Compras; e

XIV Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

CAPITULO IV

MANDATO

Art. 7. O mandato desta comissão será indeterminado, podendo ser substituído algum membro quando a Superintendência achar conveniente.

CAPITULO V

SEDE

Art. 8. A sede da comissão será a Sala do sesmt, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPITULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9. Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 10. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente administrativo da Policlínica Regional - Unidade Goiás, em local apropriado ficando suas convocações à cargo do Presidente.

Art. 11. As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Art. 12. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, ou diante de acidente do trabalho grave ou fatal, ou ainda quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13. Será necessário o quórum de 06 (seis) membros efetivos para a edição de resoluções (considerado o n de 06 pelo cálculo 50% + 1).

§ 1 não havendo quórum, será feita nova convocação.

§ 2 havendo impasse, a situação deverá ser votada.

§ 3 em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá “Voto de Minerva”.

§ 4 membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 14. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses ocasionará sua exclusão automática.

CAPITULO VII

ATRIBUIÇÕES

Art. 15. Compete à Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com perfuro cortantes da Policlínica Regional - Unidade Goiás promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Representar a comissão junto as gerências ou Superintendência da instituição;

III - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV - Fazer cumprir o regimento.

Art. 17. Compete ao Vice-Presidente:

I - Executar atribuições que lhe forem delegadas;

- - Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais ou afastamentos temporários.

Art. 18. O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I - Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

- - Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- - Delegar atribuições aos membros da Comissão;
- - Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art. 19. O Secretário terá por atribuição:

I - Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

- - Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela comissão;

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20. Este Regulamento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria.

Art. 21. As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 23. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

7.13.19.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	ANUAL:											
	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12

Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento												
	Reuniões para Planejamento Anual												
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais												
	Divulgação de Normas Complementares												
	Elaboração de Relatórios												
	Desenvolvimento de Atribuições												
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos												
	Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;												
	Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes; Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;												
	Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho; Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;												
	Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;												
	Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;												

	Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes												
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários												
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional - atividades												
	Apresentação de relatórios a alta direção												

7.13.20 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

7.13.20.1 Proposta de Constituição (membros finalidade).

7.13.20.1.1 FINALIDADE

A Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares da unidade de saúde implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas.

7.13.20.1.2 MEMBROS

A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

A COMISSÃO é constituída por:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Secretário;
- Membros efetivos;
- Consultores técnicos convidados eventualmente.

7.13.20.2 Proposta de Regimento Interno.

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES

Art.1. O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares da unidade de saúde.

Art.2. A comissão implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas, atendendo as seguintes definições:

I. **Produtos para saúde**: São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.

II. **Materiais e artigos descartáveis:** São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.

III. **OPME**: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

1. Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.
2. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de "materiais especiais" e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

IV. **Materiais de apoio médico-unidadear**: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

V. **Produtos para diagnóstico de uso "in-vitro"**: São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

VI. **Instrumento cirúrgico**: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

VII. **Produtos de Classe X (Baixa Criticidade):** Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

VIII. **Produtos de Classe Y (Criticidade Média):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

IX. **Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade - Imprescindíveis):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a

organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

X. **Padronização:** É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no unidade, após sua préqualificação.

XI. **Pré-qualificação:** compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

XII. **Câmara técnica**: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

XIII. **Produtos padronizados:** Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

XIV. **Produtos não padronizados**: Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

XV. **Produtos despadronizados:** Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. **Controle de qualidade**: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. **Especificação técnica**: É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. **Parecer técnico:** É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei

8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC n 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. **Desvio de qualidade**: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art.3. A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

Art.4. A COMISSÃO poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais da unidade. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da comissão.

Art.5. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano, sendo solicitada novas indicações pelo Núcleo de Comissões da unidade.

CAPÍTULO III

DA FINALIDADE

Art.6. A COMISSÃO terá como competências as seguintes diretrizes:

I Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no unidade;

IV Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

V Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da Policlínica Regional - Unidade Goiás, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

XII Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XIII Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no unidade, para os casos excepcionais;

XVI Divulgar na Policlínica Regional - Unidade Goiás as atualizações da padronização;

XVII Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

XVIII Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

XIX Recomendar a diretoria tecnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da

Policlínica Regional - Unidade Goiás (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para a unidade);

XX Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XXI Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XXII Receber assessoria jurídica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXIII Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXIV Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXV Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás;

XXVI Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXVII Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXVIII Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXIX Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";

XXX Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXXI Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no unidade;

XXXII Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades da unidade, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIII Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

XXXV Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

XXXVI Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

XXXVII Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Unidadeares Padronizados;

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art.7. A COMISSÃO é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da áreas Administrativa, de Atenção à Saúde, Núcleo de segurança do paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde (SCIRAS).

Art.8. Todos os integrantes da COMISSÃO deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9. O membro da COMISSÃO deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art.10. A COMISSÃO é constituída administrativamente por:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Secretário;
- Membros efetivos;
- Consultores técnicos convidados eventualmente.

§ 1 O presidente, o vice-presidente e o secretário da COMISSÃO serão escolhidos entre seus membros.

§ 2 O mandato de cada representante será de dois anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

§ 3 O presidente poderá propor a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.11. Compete a câmara técnica:

- Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;
- Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;
- Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;
- Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art.12. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse .

CAPÍTULO IV

DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Seção I

Da Presidência

Art.13. Compete ao Presidente:

Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da COMISSÃO; Assinar todos os documentos oficiais da COMISSÃO;

Assessorar a diretoria técnica e administrativa, quando solicitado;

Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;

Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

Informar a unidade de compras da unidade as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios da unidade;

Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico a unidade de licitação;

Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados; Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela CGRS (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);

Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento do da comissão as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Unidade;

Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados para que a mesma seja divulgada no site da unidade e utilizados no Setor de Suprimentos para o processo licitatório;

Elaborar Relatório Anual de Atividades da COMISSÃO;

Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Unidade.

SEÇÃO II

Da Vice-Presidência

Art.14. Compete ao Vice-Presidente da COMISSÃO representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

SEÇÃO III

Do Secretário

Art.15. Compete ao Secretário:

- Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;
- Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de Materiais Médico-da Unidade e elaborar as respectivas atas - Modelo de Ata;
- Enviar ao Núcleo de Comissões da Unidade as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site;
- Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;
- Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;
- Encaminhar e receber documentos através de registro no sistema próprio de protocolo;
- Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
- Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
- Desempenhar tarefas afins;
- Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da COMISSÃO para a Núcleo de Comissões da unidade e para os Membros da Comissão;
- Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

SEÇÃO IV

Dos Membros

Art.16. Compete aos Membros da COMISSÃO:

- Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;
- Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;
- Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;
- Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;
- Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;
- No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição; Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

SEÇÃO V

Das Câmaras Técnicas

Art.17. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da COMISSÃO designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art.18. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.19. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

- Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;
- Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;
- Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais;
- Assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;
- Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

SEÇÃO VI

Das habilidades dos integrantes

Art.20. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

- Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios como eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;
- Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir

estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art.21. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária. **Art.22.** As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos. **Art.23**. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Art.24. Só ocorrerá a reunião da COMISSÃO com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art.25. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art.26. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art.27. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art.28. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art.29. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art.30. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art.31. Caso as recomendações e pareceres da COMISSÃO não sejam aceitas para a homologação final da Diretoria técnica e administrativa, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.32. Enquanto pertencer à COMISSÃO, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.33. O encaminhamento das reuniões da COMISSÃO obedecerá a seguinte rotina:

Art.34. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

Art.35. Revisão das demandas pendentes;

Art.36. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

Art.37. Sugestão de pauta da próxima reunião.

Art.38. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art.39. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art.40. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art.41. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art.42. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO VI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.43. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

§ 1 A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

§ 2 Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do comissões e diretorias técnica e administrativa.

Art.44. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.45. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.46. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Art.47. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.48. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.49. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.50. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.51. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Art.52. Obter maior qualidade e uniformidade.

§ 1 Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

§ 2 Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde" § 3 A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela COMISSÃO que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão”

Art.53 A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Gerais

Art.54. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

- Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.
- É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados na Policlínica Regional - Unidade Goiás.
- Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás.
- Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário “Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art.54. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

- Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médico-hospitalares;
- Por proposição da Diretoria técnica e administrativa da Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- Por iniciativa da COMISSÃO, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art.55. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela COMISSÃO.

Art.56. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da COMISSÃO e posteriormente pelo Setor Jurídico e Diretoria técnica e administrativa, revogadas as disposições em contrário.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria técnica da unidade

7.13.20.3 Cronograma de Atividade Anual

Atividade		Anual											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Reuniões de Planejamento												
2	Reuniões ordinárias												
3	Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;												
	Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde												

4	Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no unidade;												
5	Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;												
	Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;												
	Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;												
6	Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da Policlínica Regional - Unidade Goiás, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;												
7	Designar/ANALISAR/ VALIDAR os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;												
8	Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;												
9	Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;												

10	Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados na Policlínica Regional - Unidade Goiás;												
11	Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;												
12	Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;												
13	Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no unidade, para os casos excepcionais;												
14	Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;												
15	Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;												
16	Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;												

17	Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;												
18	Receber assessoria jurídica da Policlínica Regional - Unidade Goiás, sempre que necessário, para consultas e orientações;												
19	Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;												
20	Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;												
21	Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás;												
22	Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;												
23	Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA												
24	Divulgar na Policlínica Regional - Unidade Goiás as atualizações da padronização;												
25	Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de												
26	Elaboração de Relatórios												
6	Encaminhamento de Relatórios para direção da Policlínica Regional - Unidade Goiás												

7.13.21 Comitê de Compliance

7.13.21.1 Proposta de Constituição (membros finalidade)

O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno.

7.13.21.1.1 FINALIDADE

O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa bem como evitar detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

7.13.21.1.2 MEMBROS

O Comitê será composto por até 7 (sete) membros, designados pelo Conselho, e deverão fazer parte, obrigatoriamente, como membros do Comitê, o Presidente do Conselho, dois diretores estatutários, e o Compliance Officer. Demais membros poderão ser indicados dentre profissionais do mercado, executivos da Unidade, e/ou membros do Conselho, e que possuam qualificação técnica para o cargo.

Os membros do Comitê deverão ser eleitos durante a primeira reunião do Conselho que ocorrer após a realização da Assembleia Geral Ordinária da Unidade e que eleger os membros do Conselho. Mandato

7.13.21.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Artigo 1. O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa bem como evitar detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DO COMITÊ

Artigo 2. O Comitê, além de aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do programa de Compliance e violações de Compliance dentro da Unidade, tem por finalidade assegurar que os negócios da Unidade, inclusive de suas controladas, sejam conduzidos de forma íntegra e ética, em conformidade com os parâmetros da Lei Anticorrupção brasileira e demais legislações, Código de Conduta e controles internos.

Artigo 3. O Comitê deverá seguir e respeitar os objetivos para os quais foi criado, mantendo-se fiel aos assuntos que lhe compete, evitando tratar de temas alheios a seus objetivos.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS

Artigo 4. Compete ao Comitê de Compliance:

a) Promover uma cultura de integridade na Policlínica Regional - Unidade Goiás, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

b) Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da Unidade;

c) Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;

d) Capacitar os gestores e equipes da Unidade para que conduzam os negócios sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos da Unidade;

e) Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;

f) Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento, conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;

g) Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;

h) Realizar apontamentos ao Comitê de Auditoria e Risco e/ou ao Conselho sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito à lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;

i) Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.

j) Definir os nomes dos profissionais com os quais a unidade celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.

CAPÍTULO IV

COMPOSIÇÃO, MANDATO E REQUISITOS

Artigo 5. Os membros do Comitê deverão ser eleitos durante a primeira reunião do Conselho que ocorrer após a realização da Assembleia Geral Ordinária da Unidade e que eleger os membros do Conselho. Mandato

Artigo 6. Os membros do Comitê terão mandato unificado em igual prazo ao do Conselho, sendo permitida a reeleição, podendo, ainda, serem substituídos a qualquer tempo por decisão do Conselho. Composição

Artigo 7. Deverão fazer parte, obrigatoriamente, como membros do Comitê, o Presidente do Conselho, dois diretores estatutários, e o Compliance Officer. Demais membros poderão ser indicados dentre profissionais do mercado, executivos da Unidade, e/ou membros do Conselho, e que possuam qualificação técnica para o cargo.

Artigo 8. O Comitê será composto por até 7 (sete) membros, designados pelo Conselho, e observado o disposto no Artigo 7.

Artigo 9. Na mesma reunião em que o Conselho nomear os membros do Comitê, deverá eleger o respectivo coordenador.

Artigo 10. É vedada a participação de membros do Conselho Fiscal da Unidade para compor o Comitê.

CAPÍTULO V

DEVERES DOS MEMBROS DO COMITÊ

Artigo 11. É dever de cada membro:

a) Atuar com a máxima independência e objetividade, visando o melhor interesse da Unidade, para que o Comitê possa atingir a sua finalidade;

b) Manter sigilo sobre as informações confidenciais e/ou reservadas a que tiver acesso em razão do exercício do cargo, sendo responsável pela manutenção de sigilo pelos terceiros contratados para prestar assessoria ao Comitê;

c) Observar e respeitar o Código de Conduta e demais Códigos e Políticas da Unidade e envidar os melhores esforços para o desenvolvimento e adoção das boas práticas de Governança Corporativa pela Unidade;

d) Declarar-se previamente impedido a qualquer discussão e/ou deliberação de matéria que for submetida à sua apreciação, na qual tenha interesse particular ou conflitante com o da Unidade, abstendo-se de participar das discussões e de votar;

e) Manter o Coordenador do Comitê informado sobre quaisquer processos e/ou inquéritos administrativos ou judiciais em que seja parte; e

f) Sempre que devidamente informado pela Unidade, desenvolver e manter conhecimentos sobre os negócios da mesma, suas operações e riscos.

CAPÍTULO VI

ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR

Artigo 12. O Coordenador do Comitê tem as seguintes atribuições:

a) Propor o calendário anual de reuniões ordinárias no início de cada exercício;

b) Propor os temas da agenda anual no início de cada exercício;

c) Convocar as reuniões ordinárias e as reuniões extraordinárias, quando necessário;

d) Coordenar as reuniões e as atividades do Comitê, assegurando sua eficácia e bom desempenho; e) Prestar contas ao Conselho, bimestralmente, sobre os trabalhos realizados pelo Comitê, sendo que tal prestação de contas dar-se-á por meio de tema a ser pautado na agenda ordinária do Conselho;

f) Representar o Comitê nas reuniões de qualquer outro órgão de governança da Unidade, quando necessário; e

g) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

CAPÍTULO VII

SECRETÁRIO DO COMITÊ

Artigo 13. O Coordenador nomeará um dos membros do Comitê para atuar como secretário, e que terá as seguintes atribuições:

a) Auxiliar o Coordenador do Comitê na elaboração dos calendários e agendas, bem como na divulgação dos mesmos aos participantes;

b) Monitorar e informar o Coordenador do Comitê sobre os assuntos a serem incluídos na pauta de cada reunião, considerando a agenda ordinária anual do Comitê, as solicitações de seus membros ou de Conselheiros de Administração e as eventuais pendências;

c) Assessorar o Coordenador no envio das convocações, pauta e eventuais materiais de apoio de cada reunião aos membros dos órgãos de governança e garantir o cumprimento de prazos de envio e solicitação de informações;

d) Secretariar as reuniões, registrar as discussões e decisões, elaborar as atas e, após revisão do Coordenador e aprovação dos demais membros, colher as respectivas assinaturas e formar o respectivo Livro, mantendo-o sob sua guarda;

e) Disponibilizar cópias das atas das reuniões e outros documentos correlatos aos membros do Comitê;

f) Elaborar, gerir e coletar assinaturas na lista de presença dos participantes das reuniões;

g) Organizar e dar apoio técnico e logístico a todas as atividades realizadas pelo Comitê; e

h) Manter disponível ao Conselho as atas assinadas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO VIII

VACÂNCIA DEFINITIVA

Artigo 14. Em caso de vacância definitiva (renúncia, destituição e impedimento permanente) de membro do Comitê, será convocada reunião do Conselho para a indicação de novo membro, respeitadas as regras de composição previstas neste Regimento e em todos os documentos societários da Unidade, no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da ocorrência da vacância. Parágrafo 1. A renúncia ao cargo é feita mediante comunicação escrita ao Coordenador, contendo os motivos da renúncia, que se tornará eficaz a partir de seu recebimento.

Parágrafo 2. No caso de vacância do cargo de Coordenador do Comitê, um coordenador interino, escolhido entre os membros remanescentes, será indicado pela maioria dos membros do Comitê até a eleição do novo Coordenador. O Conselho elegerá o novo Coordenador para assumir os trabalhos do Comitê no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da ocorrência da vacância.

CAPÍTULO IX

REUNIÕES E NORMAS DE FUNCIONAMENTO CALENDÁRIO

Artigo 15. O Comitê reunir-se-á sempre que convocado por qualquer de seus membros, instalando-se as reuniões com a presença da maioria de seus membros, devendo os pareceres e decisões serem tomados por maioria dos votos dos presentes. Poderá o Coordenador do Comitê convocar reuniões extraordinárias, sempre que necessário para discutir assuntos vinculados às competências do Comitê. As reuniões não poderão ser postergadas mais de uma vez por trimestre, sem o prévio consentimento de todos os seus membros.

Artigo 16. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão convocadas, por escrito, pelo Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, sendo admitida a convocação por correio eletrônico (e-mail). As convocações deverão indicar a data, a hora, o local e a ordem do dia da reunião. Artigo 17. As reuniões extraordinárias realizar-se-ão validamente, independentemente de convocação, caso se verifique a presença da maioria dos membros do Comitê, e desde que as deliberações tenham sido aprovadas pela totalidade dos presentes.

Artigo 18. A inclusão de assuntos extrapauta na ordem do dia dependerá da aprovação da maioria dos membros do Comitê. Artigo 19. As reuniões do Comitê serão realizadas nas dependências da Unidade. O Coordenador poderá, caso solicitado pela maioria dos membros do Comitê, realizar a reunião em lugar diverso, desde que o custo de tal mudança esteja previsto no orçamento e o local constante no aviso de convocação.

Artigo 20. As reuniões do Comitê somente se realizarão com a presença da maioria dos membros, sendo facultada a participação por conferência telefônica ou videoconferência, na forma do disposto no Artigo 21 deste Regimento. Se for necessário, a reunião será transferida para nova data a ser sugerida pelo Coordenador do Comitê e acordada com todos os demais membros.

Artigo 21. Por proposta do Coordenador e sujeito à disponibilidade de infraestrutura a ser organizada pela Unidade, fica facultada a participação de membros do Comitê por conferência telefônica ou videoconferência. Nesta hipótese, as deliberações serão válidas para todos os efeitos legais e incorporadas à ata da respectiva reunião, desde que o membro participante à distância aprove a ata por correio eletrônico (e-mail).

Parágrafo Único. O membro de Comitê que participar de forma não presencial deve comprometer-se a impedir que terceiros, do seu conhecimento, assistam à reunião.

Artigo 22. O Comitê, através do seu respectivo Coordenador, poderá convidar Consultores, Diretores Executivos ou colaboradores da Unidade para participar de reunião, cuja participação do convidado seja necessária para auxiliar nos trabalhos do Comitê. Tais convidados permanecerão somente durante o período em que a matéria que originou sua

convocação esteja sendo apreciada, não participando das recomendações emitidas pelo Comitê nem implicando em sua integração ao Comitê.

Artigo 23. O Comitê pode, no âmbito de suas atribuições e sob coordenação do seu respectivo Coordenador, utilizar-se do trabalho de especialistas, o que não o eximirá de suas responsabilidades perante a Unidade.

Artigo 24. As recomendações do Comitê serão tomadas pela maioria de votos, excluídos os votos de eventuais membros com interesses conflitantes com o da Unidade. As manifestações dos membros poderão ser encaminhadas por email ao Coordenador ou Secretário do Comitê para elaboração da respectiva ata.

Artigo 25. As reuniões deverão ser transcritas em atas de forma sucinta e com clareza, e deverão constar, além dos pontos mais relevantes das discussões, a relação dos membros e eventuais convidados presentes, justificativas para as ausências, recomendações emitidas, eventuais situações de conflitos de interesses, providências solicitadas, responsabilidade e prazos. Parágrafo 1. As atas das reuniões deverão ser lidas, aprovadas e assinadas durante o início da reunião subsequente. Se necessário, os assuntos registrados em ata poderão ser encaminhados às áreas responsáveis para tomada das providências recomendadas ou solicitadas pelo Comitê. Parágrafo 2. Eventuais dissidências e respectivos fundamentos deverão constar nas atas.

CAPÍTULO X

INTERAÇÃO COM OS DEMAIS ÓRGÃOS DA UNIDADE

Artigo 26. Quando necessário, o Coordenador representará o Comitê nas reuniões de qualquer outro órgão de governança da Unidade.

Artigo 27. O Coordenador deverá reportar ao Conselho as recomendações e atividades desempenhadas pelo Comitê, sendo facultado o envio das atas das reuniões, estudos, apresentações e demais documentos utilizados durante as reuniões.

Artigo 28. A Unidade poderá disponibilizar aos membros do Comitê, caso solicitado, trechos das atas das assembléias gerais, das reuniões do Conselho, Comitê de Auditoria e do Conselho Fiscal que forem aplicáveis às atribuições do Comitê. A Unidade deverá fornecer aos membros do Comitê as informações necessárias para o desempenho de suas funções, desde que permitido por lei e pelo Estatuto Social da Unidade.

Capítulo XI

Orçamento, Remuneração e Despesas

Artigo 29. O orçamento anual do Comitê será aprovado pelo Conselho.

Artigo 30. Não haverá qualquer hierarquia entre os membros de Comitê, cabendo ao Conselho atribuir eventual remuneração por participação de membros nos Comitê, em ata que definir a remuneração dos administradores da Unidade.

Parágrafo 1: À exceção dos membros do Comitê Executivo e da Diretoria, os Conselheiros que fizerem parte do Comitê farão jus a um adicional mensal único, estabelecido pelo Conselho de Administração. Os Diretores e os funcionários da Unidade que exercerem funções no Comitê, não serão remunerados como membros do Comitê. Demais membros do Comitê que não forem administradores ou funcionários da sociedade e/ou que forem

profissionais externos convidados, receberão, mensalmente, por sua participação no Comitê a importância que for estabelecida pelo Conselho de Administração.

Parágrafo 2: A remuneração dos membros do Comitê, no caso de administradores, quando couber, será fixada pelo Conselho, dentro do montante global fixado pela Assembleia Geral para pagamento de honorários aos administradores.

Artigo 31. A Unidade deverá providenciar o reembolso de despesas de locomoção, hospedagem e refeição incorridas para a participação dos membros nas reuniões, devidamente comprovadas e respeitadas as políticas de reembolso da Unidade.

CAPÍTULO XII

DISPOSIÇÕES GERAIS ALTERAÇÃO

Artigo 32. O presente Regimento somente poderá ser alterado pelo Conselho, mediante proposta do Coordenador e com aprovação da maioria dos membros do Comitê.

Artigo 33. As omissões deste Regimento e dúvidas de interpretação serão submetidas ao Conselho para resolução.

Artigo 34. Neste Regimento compreende-se a Unidade e suas controladas e coligadas.

Artigo 35. Este Regimento entra em vigor na data da sua aprovação pelo Conselho e será arquivado na sede da Unidade.

Goiás, de 2021

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.13.21.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		2019							2020				
		06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05
1	Reuniões de Planejamento												
2	Elaboração de												

	Relatórios											
3	Reuniões ordinárias											
4	Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea											
5	Monitorar a emissão de Pareceres											

	técnicos											
6	Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição											

8 QUALIDADE SUBJETIVA

8.1 ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Paradigma

Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio, não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade".

É preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e população. empenhando se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa. e: afirmação: de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Tradicionalmente a noção de acolhimento no campo da sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável; ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos,

Ambas as noções têm sua importância, entretanto: quando tomadas. isoladamente os processos de trabalho em saúde se restringem ação e descomprometida com os processos de responsabilização de produção de vínculo. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo Como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico centrado, sem ação de vínculo e responsabilidade, principalmente numa POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS de referência para Doenças.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa no qual a grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, arranjos desagregadores para suprir a falta de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência

O que vemos é que este funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde,

A reversão deste processo nos convoca a acolher o desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a coprodução de compromissos singulares reativando o protagonismo dos sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Não há como constituir se como sujeito e agir como tal, fora das estratégias de constituição das subjetividades que cada contexto oferece, o Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho.

Assim, o Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ações que devem ocorrer em todos os locais e momentos da Unidade.

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

Numa reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

Em mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando: Os espaços democráticos de discussão/decisão, os espaços de escuta, as trocas e decisões coletivas.

Uma postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades dê saúde. trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, deverão ser acolhidas por profissionais capacitados. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

Neste funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e capilariza se em inúmeras outras ações, que partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e do sujeito demandante, possibilita analisar:

A adequação da área física.

As formas de organização dos serviços de saúde.

A governabilidade das equipes locais.

A humanização das relações em serviço.

Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

O ato da escuta.

O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

O Acolhimento como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde.

O Acolhimento como dispositivo tecno assistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência e a "si" como profissional de saúde objetivam:

A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.

A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários em relação a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por categoria, buscando o atendimento por tipos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.

O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde, em seu contexto existencial e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles.

A operacionalização de uma clínica afiliada .

A diminuição de riscos relacionados: ao tempo. do atendimento na intervenção em casos de maior necessidade.

O aumento da satisfação do paciente.

8.1.1 Perfil do Atendimento da Policlínica

Para início das atividades da unidade procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstas na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as equipes multiprofissionais e médicas, bem como o quantitativo das consultas e exames que serão ofertados.

De forma ideal, o perfil assistencial da unidade será definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços em saúde e será especificado através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e o INSTITUTO CEM. Vale destacar que para elaboração desse perfil assistencial, serão consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência que compõem a Macrorregião.

8.1.2 Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários e Acompanhantes

8.1.2.1 Manual de Recepção e Orientação Social Para Pacientes e Familiares

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas, também verbais, o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação como a seguir:

"Prezado(a) Paciente",

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas da Unidade Assistencial de Saúde, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança durante sua permanência conosco.

8.1.2.1.1 ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do

diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (exemplos: sessões, consultas).

No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra referência, referência, compartilhamento do cuidado e transição do cuidado com retorno do paciente para a rede de Atenção Básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe técnica da SAIS/SES.

Para a referência, contra referência, compartilhamento do cuidado e/ou transição do cuidado do paciente atendido na Policlínica, deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a Unidade Básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

8.1.2.1.2 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

- O paciente em sua unidade saúde, após atendimento terá sua solicitação, e devidas documentações emitidas, será disponibilizado no sistema de regulação,
- A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS de acordo com seu fluxo de atendimento estabelecido, abre atendimento ao paciente;
- A equipe entra em contato, ou via sistema on-line, o paciente agenda seu atendimento;
- A equipe entra em contato confirma os dados, do paciente, confirma tipo de atendimento que será disponibilizado, informa, quando for caso do transporte gratuito de pacientes dos municípios da macrorregião atendida, bem como data horários e aspectos prévios necessários a serem seguidos pelo paciente, para atendimento de consultas, exames, tratamentos terapêuticos e/ou cirurgias de pequeno porte, quando este for o caso. A equipe informa ainda os canais, telefone, internet sistema, email, para dirimir qualquer duvida do paciente, informará como está estruturado o funcionamento do setor que o paciente terá acesso.
- O paciente chega à Unidade.
- O paciente ou acompanhante dirige se a recepção.
- O Auxiliar Administrativo da recepção realiza o cadastro dos dados de identificação do paciente no sistema, imprime o citado documento, e entrega ao paciente/ acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento.
- O enfermeiro realiza o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco) com o apoio do Técnico de Enfermagem.

Nota 01: Os pacientes com dificuldade de locomoção deverão dirigir se ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro dos dados de identificação do mesmo.

A classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou. testemunhas)

- Uso de medicações.
- Verificação de sinais vitais.
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.
- O enfermeiro encaminha pacientes de acordo com o grau de necessidade e tempo terapêutico.
- O médico realiza a história da doença.
- O médico registra a hipótese diagnóstica
- O médico solicita exames quando necessário.
- O médico define a conduta médica.
- O enfermeiro evolui o paciente, apraza as medicações e presta os cuidados de enfermagem necessários com o apoio do técnico ou auxiliar de enfermagem.
- O médico reavalia o paciente e atesta a sua alta conforme condições clínicas.

8.1.2.1.3 RESPONSABILIDADES

Auxiliar Administrativo da recepção:

Coletar dados para cadastro elou identificação,

Imprimir o Formulário de Atendimento.

Orientar o paciente/ acompanhante a dirigir se ao Acolhimento.

Equipe de Enfermagem:

Realizar o Histórico de Enfermagem.

Realizar o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco).

Realizar a Evolução de Enfermagem.

Realizar as anotações dos cuidados prestados ao paciente.

Viabilizar exames e procedimentos.

Orientar a alta ambulatorial.

Equipe Médica

Levantamento da História da Doença.

Realizar a Hipótese Diagnostica.

Solicitar exames quando necessário.

Definir a conduta médica.

Reavaliar a conduta estabelecida e evolução do paciente.

Atestar a alta ambulatorial

Serviço Social

Esclarecer e orientar os pacientes/acompanhantes sobre seus direitos.

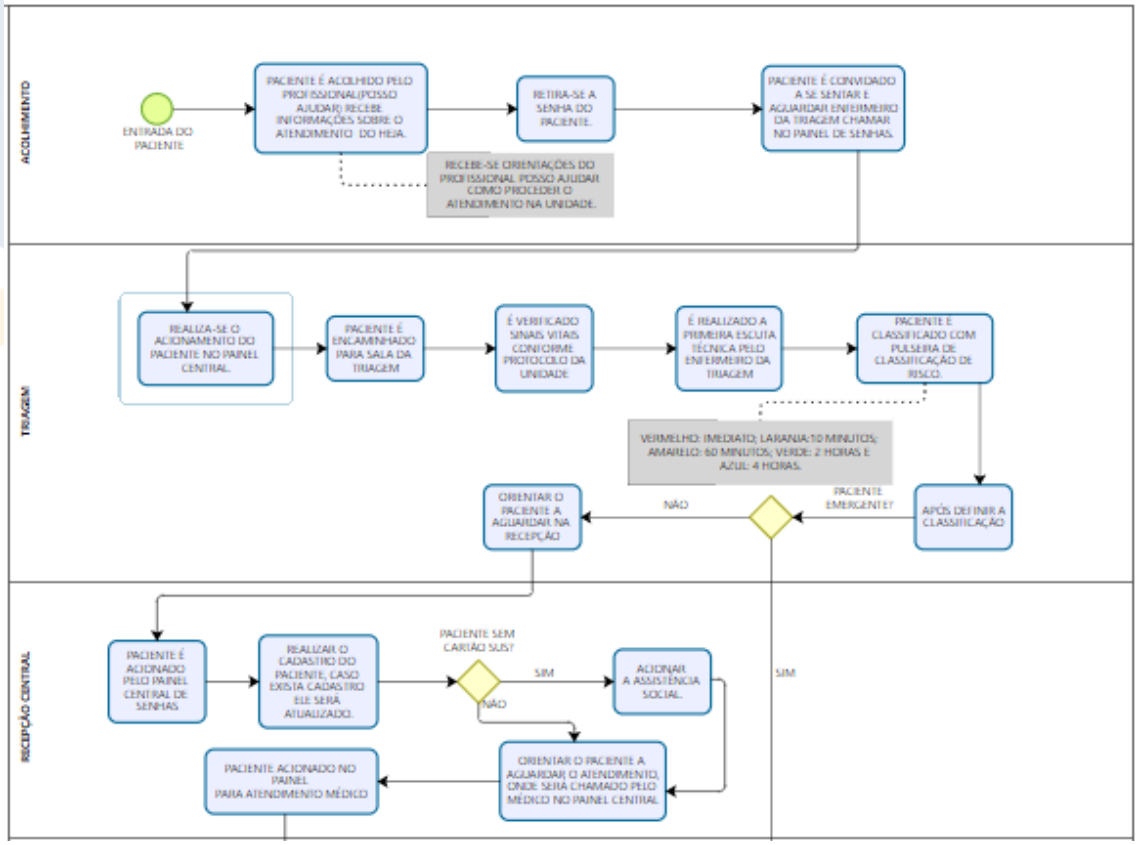
Orientar os pacientes/acompanhantes sobre as normas e rotinas da instituição.

Viabilizar a realização de exame.

Solicitar ambulância para transporte dos pacientes.

Apoiar e acolher os familiares.

Segue abaixo o fluxo do pronto atendimento:



8.1.2.1.4 ATENDIMENTO MÉDICO E ENFERMAGEM

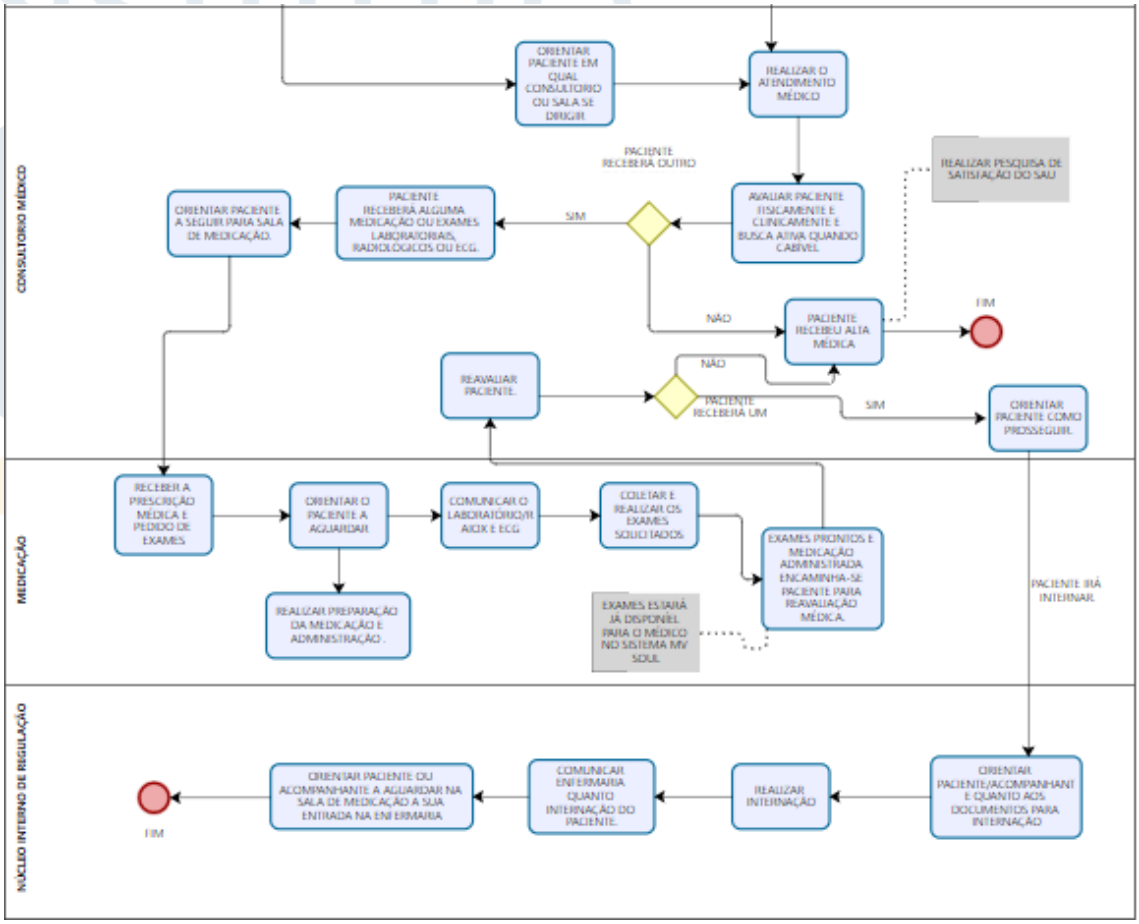
O paciente terá assistência permanente dos médicos plantonistas, para eventuais intercorrências.

A Divisão de Enfermagem da Unidade manterá, nas enfermeiras, técnicos de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes durante 24 horas (7h00 às 07h00) de segunda a segunda - feira de forma ininterrupta.

Os cuidados de Enfermagem serão prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizada será também, responsável pela execução da prescrição médica.

É vedada a interferência de acompanhantes/visitantes na assistência e na enfermagem da Policlínica Regional - Unidade Goiás

Segue abaixo o fluxo do atendimento:



8.1.2.1.5 ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES

Os critérios para eleger o usuário e os familiares para apoio psicológico e assistência social serão definidos pelo médico responsável pelo caso, sendo informado ao Diretor Técnico quando houver dúvidas sobre o procedimento a ser adotado.

A definição do atendimento psicossocial ao usuário e familiares será formada por meio de iniciativa do médico responsável pelo paciente ou a partir de Sugestão orientação da enfermagem, que são os profissionais que estão intimamente envolvidos com o .paciente

e familiares e podem avaliar com mais exatidão a necessidade de tal tipo de apoio psicológico.

A orientação social também será fruto da iniciativa do médico; basicamente podendo a equipe de enfermagem contribuir com sugestões para a atuação da equipe de assistência social a partir de observações das atitudes do paciente e familiares.

Caso os familiares e paciente não necessitem de apoio social e sim apoio psicológico o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionará a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, Com o:pacientevfamiiiates,

A principal proposta é que haja um profissional Assistente Social e um Psicólogo todos os turnos de funcionamento da Unidade de Saúde, atuando junto aos cidadãos e acompanhantes nas salas de espera da emergência de forma integrada com o Ambulatório e todas as modalidades de atendimento das unidades, em busca de qualidade da atenção, acolhimento e recepção. Estes profissionais deverão ter autonomia para executar, coordenar e conduzir a equipe de profissionais responsáveis pela recepção destes cidadãos que demandam as unidades, para uma atenção de excelência, que garanta um atendimento digno, acolhedor, humanizado e resolutivo ao paciente.

O Serviço Social e a Psicologia de um modo geral e na área da saúde em particular, atuam em parceria com outros profissionais. Os profissionais devem estar preparados para tender os diversos conflitos e orientar os pacientes e familiares como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, ou mesmo atuar como retaguarda médica social nos casos de moradia inadequada ou residências distantes, tudo de acordo com a necessidade apresentada pelos pacientes.

A atuação do psicólogo abrange a assistência psicológica aos pacientes/familiares, em situações de crise e em emergência, pelo apoio e orientação e pelas psicoterapias breves, inclui também a interação em outras situações e oportunidades e o desenvolvimento de uma comunicação própria com os usuários, isto favorece a prevenção, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas que venham a interferir na interação com os demais profissionais e refletir na adesão tratamento

Estas serão as principais atividades desenvolvidas pelo apoio psicossocial nas unidades de saúde, ambulatórios:

Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas), humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seu acompanhante.

Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo.

Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos [acompanhantes.

Trabalhar junto ao cidadão/ acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco, no sentido de salvar vidas.

Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes,

Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.

Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pelo agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente, durante sua permanência na Unidade de Saúde.

Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e psicológicos com fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da Unidade.

Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros.

Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade de saúde.

Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica).

Contatar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes.

Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.

Fornecer assistência psicológica aos familiares em caso dê óbito.

Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento.

Contatar por telefone elou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas.

Orientar os familiares elou paciente sobre a importância e necessidade de doação de sangue.

Inserir usuários especiais ria rotina, após a avaliação do caso.

Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, ;riscos e agravos para o tratamento médico.

Reforçar a importância de campanhas e multidões que a unidade de saúde realizar.

Executar demais atividades afins,

Para melhor desempenho do trabalho faz se necessário: que o profissional de Serviço Social tenha como perfil:

Ser dinâmico/ proativo. Ter boa aparência.

Ser resolutivo/ser pontual.

Ser educado/ Simpático/ Receptivo

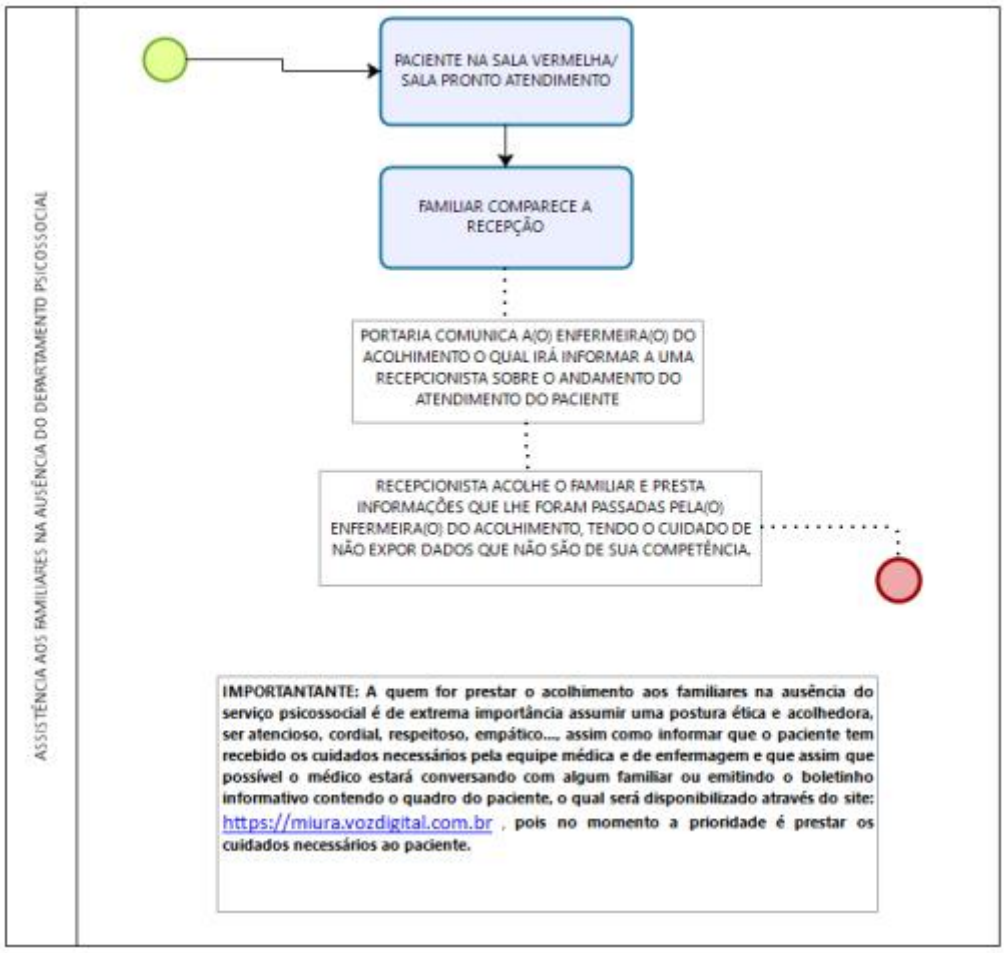
Saber fazer abordagem de forma adequada.

Ter pontualidade

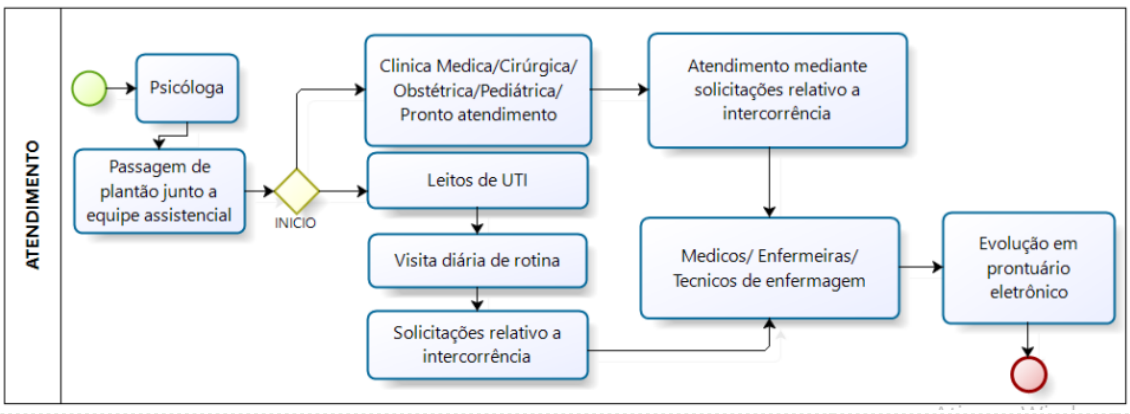
Ser articulador (articular a equipe para soluções de problemas)

• Ser acolhedor (visão humanizada).

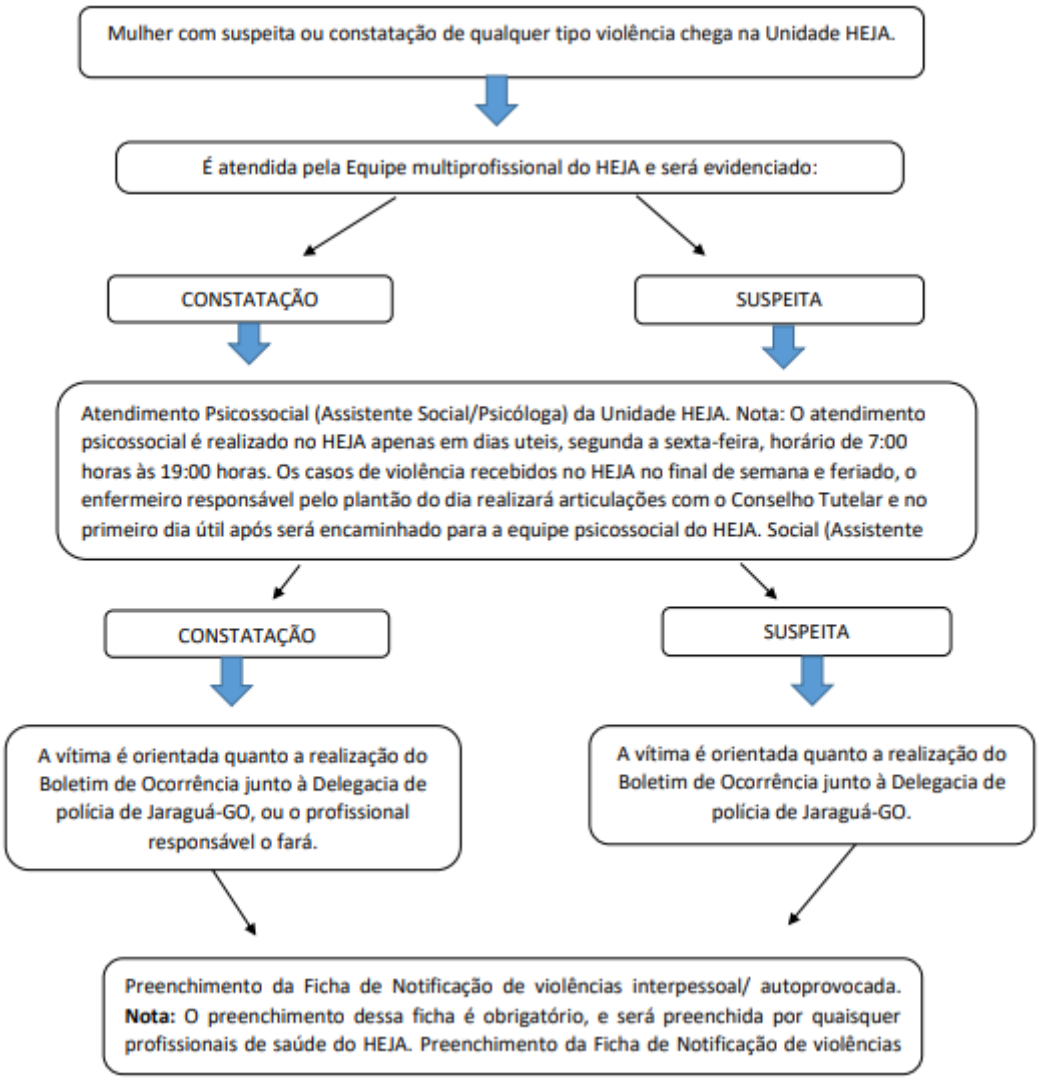
Segue abaixo o fluxo de assistencia psicossocial na ausência do departamento psissocial:



Segue abaixo o fluxo de atividades psicossociais na NA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS:



Segue abaixo o fluxo de assistencia social para violencia da mulher:



8.1.3 Proposta para Implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

A proposta de implantação de acolhimento dos usuários na Policlínica, está alicerçada no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) e visa implantar rotinas para melhorar o atendimento e o trabalho dos profissionais da saúde em termos da humanização dos serviços prestados pela Unidade Assistencial de Saúde,

Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério: da Saúde, serão considerados os parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dos profissionais, para avaliação de ações que torne a Unidade Assistencial referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência,

Com o objetivo de cuidar da dimensão humana foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH).

Os benefícios concretos do PNH alcançam a todos que dele participam:

Usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar.

Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que o atendem não é apenas direito, mas etapa fundamental na conquista da cidadania.

Para o profissional de saúde, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde,. pois não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e:, nele, se revalorize.

8.1.3.1 Objetivo Geral

Implantar o Acolhimento na Unidade de Saúde

8.1.3.2 Objetivos Específicos

- Redimensionar o papel dos profissionais da Unidade de Saúde na perspectiva do Acolhimento.
- Capacitar os funcionários que fazem parte da unidade de saúde, envolvendo os usuários no processo.

- Contribuir para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços.
- Um dos pilares que sustenta a estratégia do acolhimento é a relação entre os atores envolvidos e como compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento.
- O acolhimento é uma abordagem prévia à clientela, melhorando e efetivando as consultas. É importante resolver o problema para facilitar e organizar o atendimento dos programas da unidade de saúde para satisfação dos profissionais de saúde e da comunidade.

Para tal fim o Instituto CEM parte dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim o serviço de saúde assume a sua função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar seu processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento ,. Que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Atender a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso diferenciado aos demais níveis de assistência.
- Comprometer se com a referência e contra referência, conforme as necessidades dos usuários.
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos pacientes.

8.1.3.3 Protocolo de Classificação de Risco

8.1.3.3.1 INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, tendo por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

8.1.3.3.1.1 OBJETIVOS

Ser instrumento capaz de acolher o paciente e garantir um melhor acesso aos serviços, de forma rápida e efetiva.

Identificar prontamente as condições de vida do paciente para propor o melhor atendimento.

Agir no tempo necessário de acordo com, as necessidades do paciente. e no tempo terapêutico.

Organizar o processo de trabalho e espaço físico dá Unidade dê Atendimento.

Informar aos pacientes e seus familiares a expectativa do tempo de atendimento e tempo de espera diminuindo a ansiedade gerada pelo que é desconhecido.

Esclarecer a comunidade sobre as formas de atendimento realizadas na Unidade de Saúde.

Priorizar o atendimento de acordo com os critérios clínicos, idosos, crianças, e pessoas com necessidades especiais e não por ordem de chegada

Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de saúde.

Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços da unidade.

Construir os fluxos de atendimento, considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

Finalmente cabe dizer que programas de capacitação deverão ser implantados na Unidade de Saúde, visando trazer, de fato, o acolhimento para a realidade no atendimento de saúde,

8.1.3.3.1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes atendidos na Policlínica Regional - Unidade Goiás que apresentarem os critérios de admissão da unidade.

8.1.3.3.1.3 PÚBLICO ALVO

Pacientes oriundos de Unidades Básicas de Saúde Municipais previamente regulados.

Paciente oriundos do Pronto Atendimento do Região Vale São Patricio.

8.1.3.3.1.4 EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe multiprofissional: enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe médica, administrativos e profissionais da portaria/recepção.

8.1.3.4 Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O paciente será recebido pelo profissional “POSSO AJUDAR”, ao adentrar a Unidade deverá se identificar na Portaria, onde receberá a etiqueta de identificação constando dois dados identificadores (Nome completo e Data de nascimento). Será acolhido pela equipe administrativa. Esta entrará em contato com o enfermeiro responsável pelo Acolhimento/Classificação de Risco e com o médico responsável pelo atendimento.

O paciente será avaliado pelo enfermeiro, que após o acolhimento realizará a Classificação de Risco e o registro em impresso específico (Ficha de Acolhimento com Classificação de Risco). Após a avalição inicial, será fixado na etiqueta de identificação do paciente uma tarja com a cor correspondente à sua classificação (grau de prioridade para atendimento médico).

O paciente com pequena cirurgia previamente agendada (eletiva), automaticamente receberão pulseira de identificação hospitalar com etiqueta azul. Em seguida, o

atendimento será realizado diretamente pelo médico não se fazendo necessária a Classificação de Riscos para definição de prioridade no atendimento.

Se paciente de Cota Direta oriundo do Ambulatório Médico da própria POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, será realizada procedimento administrativo e o mesmo será encaminhado diretamente para as unidades de atendimento solicitado.

8.1.3.4.1 AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Queixa principal;

Início – evolução – tempo da queixa/doença;

Tempo da queixa;

Possivel Diagnostico.

Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2;

Estado físico do paciente;

Escala de dor e de Glasgow;

Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e hábitos de vida;

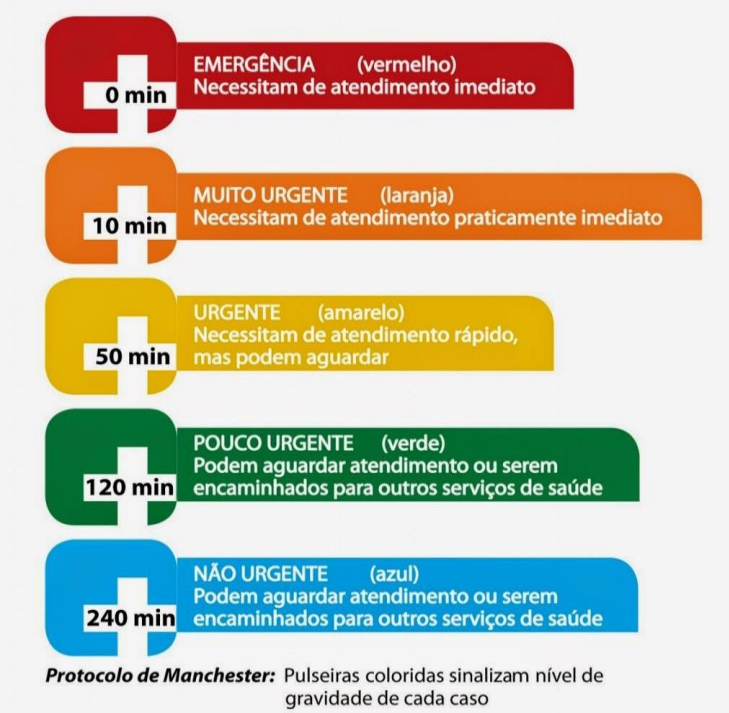
Glicemia Capilar;

Evolução;

Classificação de Gravidade;

8.1.3.4.2 CONDUTA A SER TOMADA

Os pacientes classificados aguardarão atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos conforme protocolo de Manchester.



8.1.3.5 Instrução para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de covid-19

Orientação Ministério da Saúde:

- Considerando a pandemia do COVID-19 e com o objetivo de garantir segurança no atendimento aos pacientes, a integridade dos acompanhantes, visitantes e trabalhadores do serviço de saúde, assim como a prevenção de infecções, orienta-se:
- Em serviços de saúde estabelecidos como referência ou retaguarda para atendimento aos pacientes com COVID-19, suspender as visitas sociais a estes pacientes. Caso o serviço não possua fluxo diferenciado para circulação dos demais pacientes e acompanhantes, recomenda-se a suspensão de todas as visitas;
- Caso o serviço de saúde opte por manter uma rotina de visitas, deve-se reduzir a circulação das pessoas, o número de visitantes e estabelecer horários para sua realização, além de designar sala de espera ampla e ventilada separada dos demais atendimentos;
- Converse com a família sobre a possibilidade de se manter um único acompanhante para o paciente durante o período de internação sendo este com idade entre 18 e 59 anos, sem doenças crônicas ou agudas. Ressalta-se que acompanhantes com faixa etária de risco maior para o COVID-19 ou com antecedentes de doenças crônicas/imunossupressão não devem estar na condição de acompanhantes;

- Proibir acompanhantes para os pacientes com Síndrome Gripal (exceto em condições previstas por lei: crianças, idosos e portadores de necessidades especiais);
- Recomenda-se evitar visitas e acompanhantes a pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Revezamentos de acompanhantes somente se necessário;
- Em caso de contato direto com o paciente, visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Se necessário, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente;
- Solicitar a saída do acompanhante do quarto/enfermaria em caso de procedimentos geradores de aerossol;
- Siga rigorosamente as principais medidas preventivas do Ministério da Saúde: lavar as mãos com água e sabão, na sua ausência, usar álcool em gel; cobrir nariz e boca com lenço ao tossir ou espirrar – quem não o tiver, deve usar o antebraço como barreira, e não as mãos, para evitar tocar em locais que possam contaminar outras pessoas; evitar aglomerações; manter os ambientes bem ventilados; e não compartilhar objetos pessoais.

8.1.3.5.1 PROTOCOLO ORIENTAÇÕES AOS ACOMPANHANTES NA PANDEMIA DE COVID-19

1. APRESENTAÇÃO:

- Em resposta à pandemia do novo Coronavírus - COVID - 19 - em 03 de fevereiro de 2020 o governo brasileiro o Ministério da Saúde, declarou estado de Emergência de Saúde Pública e Importância Nacional (ESPIN) e, nos termos de Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID - 19) e considerando-se:

- as Recomendações para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de covid-19 (M.S., BRASIL, 2020);

- a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 - Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2);

A Policlínica Regional - Unidade Goiás institui normativa para acompanhantes e visitantes de pacientes internados nessa Policlínica.

As seguintes orientações têm efeito imediato como medidas de prevenção.

2. OBJETIVOS:

Reduzir a circulação de pessoas, durante visitas e acompanhamento de pacientes;

Evitar aglomeração de pessoas;

Garantir a segurança dos pacientes, da população e dos profissionais.

3. ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO:

Unidades de internação, emergências, exceto Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivo Neonatais. Acompanhantes de pacientes internados

4. ACOMPANHANTES:

É autorizada a permanência de 01 (um) acompanhante **apenas** para pacientes:

1) com 60 anos de idade ou mais (conforme o Estatuto do Idoso- Lei 10741/03 art. 16); devido ao contexto da pandemia, **desde que apresente dependência.**

2) portadores de necessidades especiais;

3) no pré-parto (indução e trabalho de parto), parto, pós-parto imediato, podendo acompanhar a puérpera até o Alojamento Conjunto, quando deverá sair da Policlínica Regional - Unidade Goiás. O acompanhante deve residir no mesmo domicílio da paciente (Ofício-Circular – SEI no. 17/2020/SUPRIN/HUUFSC-EBSERH).

4) menores de 18 anos (o acompanhante deverá ser pai, mãe ou o responsável);

Em casos de pacientes que não atenderem os critérios acima definidos, mas que a equipe assistente considere necessária a presença de um acompanhante (como pacientes com extrema dependência, doença psiquiátrica grave ou sofrimento emocional agudo, risco de suicídio, iminência de óbito) poderá ser liberada a presença de acompanhante. A equipe deverá registrar em prontuário e o enfermeiro de turno deve enviar email para o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar: **scih@poligo.org.br** contendo o nome do paciente, quarto, leito, motivos da necessidade de acompanhante e o nome dos profissionais da equipe que autorizou.

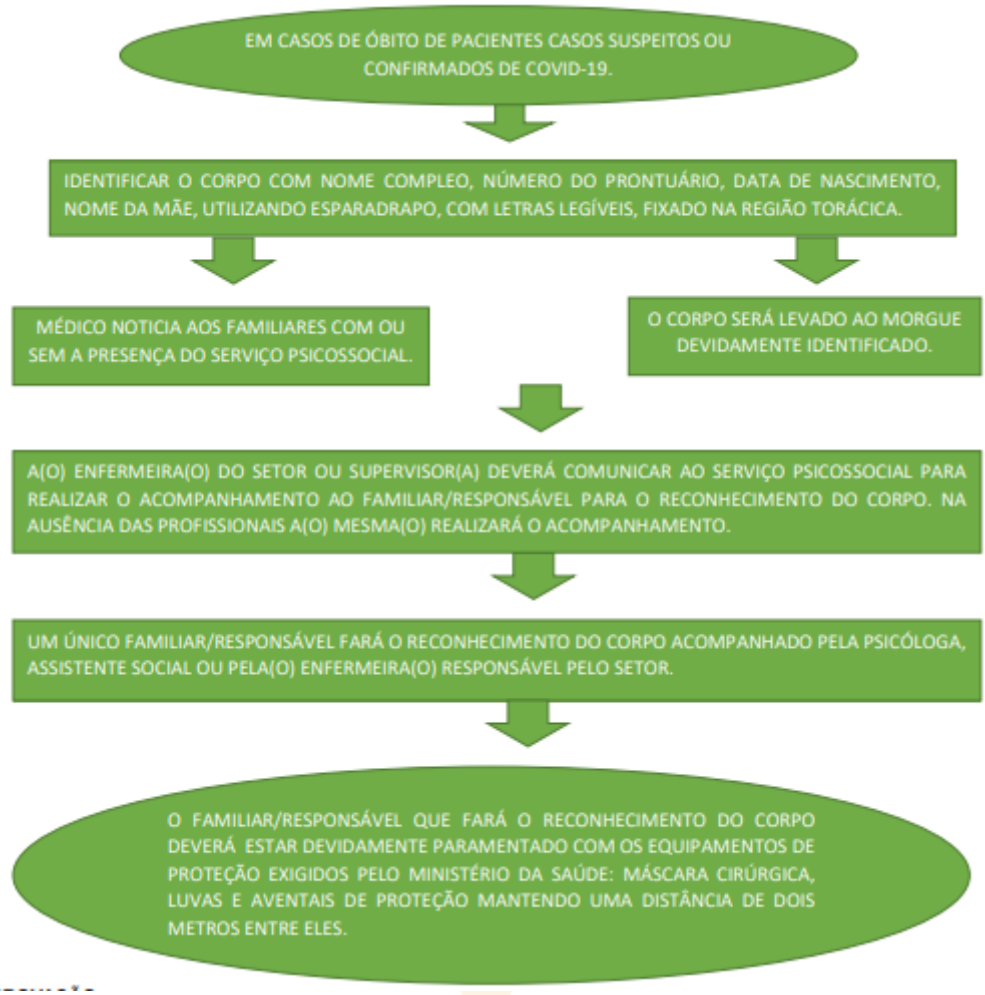
A autorização de acompanhante deve ser assinada pelo enfermeiro do turno.

A necessidade da permanência de acompanhante deve ser diariamente reavaliada.

Os profissionais de saúde devem estar alertas para identificar casos suspeitos da COVID19 entre os acompanhantes.

A troca de acompanhantes deverá ser realizada no mínimo a cada 12h;

Segue abaixo o fluxo de reconhecimento de corpo em casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19:



As seguintes pessoas poderão ser acompanhantes:

1) Com idade entre 18 a 59 anos;

2) que não sejam portadoras de doenças crônicas consideradas de risco (ex. HAS, DM);

3) que estejam bem de saúde, sem sintomas como coriza, dor de garganta, tosse, febre, dor no corpo ou diarreia.

4) que não tenham tido contato próximo com pessoas com síndrome gripal ou infecção comprovada por SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias.

5) que não estejam com infecção por SARS-CoV2 sintomática ou assintomática em fase de transmissão.

5. MEDIDAS INTERNAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO:

Na recepção.

O vigilante deve:

- medir temperatura dos acompanhantes;

Recepcionista deve:

- solicitar preenchimento e assinatura do termo do acompanhante;
- entregar folder com orientações aos acompanhantes durante a internação hospitalar;
- orientar a higienização com álcool gel a 70% antes de entrar na Policlínica Regional - Unidade Goiás;
- só permitir entrada de pessoas usando máscara. Caso não tenha trazido, deve ser entregue máscara para o acompanhante.

Pessoas com sintomas como febre, coriza, dor de garganta, tosse, mialgia, diarréia; ou que tiveram contato com pessoas com suspeita de COVID19 nos últimos 14 dias não podem ser visitantes ou acompanhantes.

Os acompanhantes deverão cumprir o Decreto Municipal Nº 21519 DE 29/04/2020, que torna OBRIGATÓRIA a utilização de máscaras **durante toda a permanência na Policlínica Regional - Unidade Goiás**. Acompanhantes que não aceitem usar máscara durante a internação devem ser **proibido**s de permanecer na Policlínica Regional - Unidade Goiás.

Na unidade de internação:

O acompanhante deve ser orientado a:

1) realizar higiene das mãos com álcool gel ou água e sabão antes e depois de tocar no paciente, leito ou áreas próximas do paciente.

2) informar imediatamente um profissional da equipe de saúde da unidade caso desenvolva sintomas.

3) permanecer junto do leito de seu familiar; não se aproximar de outros leitos e não ter contato físico com outros pacientes ou acompanhantes;

4) não circular pelas dependências da Policlínica Regional - Unidade Goiás; permanecer o menor tempo possível em áreas comuns, como refeitório, lanchonetes, etc.

5) manter os cuidados de higiene, unhas curtas, não usar adornos (brincos, anel, pulseira, colar, etc), manter cabelos presos;

6) evitar trazer sacolas e bolsas; se limitar ao mínimo necessário de pertences;

7) evitar aglomeração nas salas de recepção, nos corredores e nos quartos, respeitando a distância de 1 metro e meio entre as pessoas;

8) Não sair do quarto, como para receber visitas na área externa da Policlínica Regional - Unidade Goiásar;

9) Higienizar o celular com produto de desinfecção disponibilizado pela instituição.

Quando houver necessidade de entrega de pertences dos pacientes internados sem acompanhantes, a mesma deve ocorrer preferencialmente no período das 11 às 16:45h. O técnico em secretariado ou um profissional da equipe de enfermagem da unidade assistencial **deve buscar os pertences na recepção de visitas**. Em hipótese alguma os pertences poderão ser deixados na recepção. O familiar deve aguardar que algum profissional da unidade possa retirar. A entrega dos pertences ao paciente será realizada diretamente pela equipe de enfermagem da unidade após higienização dos mesmos.

Qualquer dúvida, entrar em contato com enfermeiro do setor e/ou Chefe de Unidade.

Ao comparecer para consultas e exames, não trazer crianças para o âmbito hospitalar (ambulatórios, salas de recepção);

Não será permitido acompanhantes e/ou visitantes com quadro de infecção de vias aéreas superiores ou outra infecção.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

7. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS: (2019-nCoV). 1 ed. Brasil, 2020. 30 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020: Orientações para a prevenção da transmissão de covid-19 dentro dos serviços de saúde. (08/05/2020). BR,2020. 33 p

8.2 ATENDIMENTO

8.2.1 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde, principalmente no que tange o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser, sobretudo, humanizado. O usuário precisa ser tratado de forma única, considerando todas as suas necessidades dentro da rede pública, orientando-o claramente, cordialmente e objetivamente. O tratamento personalizado aumentará sua satisfação em relação a Policlínica Regional - Unidade Goiás, e toda a rede.

O SAU na Saúde precisa ser visto além do simples contato entre departamento e usuário, caso contrário deixa a impressão de que as outras áreas não estão inseridas neste processo. Os clientes dos serviços de saúde, mais do que em qualquer área, necessitam de cuidados especiais, face à compreensiva fragilidade emocional a que estão submetidos (ou algum membro familiar). O SAU também é um importante instrumento de qualidade. Tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram durante a sua experiência na Policlínica Regional - Unidade Goiás, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, por meio de diversos canais de interação.

Os usuários são importantes fontes de opiniões e sugestões, por isso, ele é fator determinante na gestão. As suas informações auxiliam na mensuração da qualidade, contribuindo dessa forma para a melhoria dos serviços oferecidos. Os resultados demonstram que o usuário está atento a falhas na prestação da assistência, comparam padrões de atendimento e de comprometimento dos profissionais.

Com a expertise em gestão, o Instituto CEM propõe para a Policlínica Regional - Unidade Goiás, um modelo que garantirá que o usuário será sempre ouvido: o Programa de Satisfação do Paciente. O objetivo é oferecer diversos canais de atendimento para os usuários, facilitando a interação com os gestores da unidade, bem como unificar todas as manifestações em um núcleo, condensando as informações de forma eficiente, trazendo chaves de performance e análise de indicadores de desempenho.

8.2.1.1 Finalidade SAU

O SAU tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde na Unidade Assistencial de Saúde, além da função operacional que, proporciona a oportunidade de melhoria contínua da instituição.

Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas,

Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos processo de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.

Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição.

Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços. Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização.

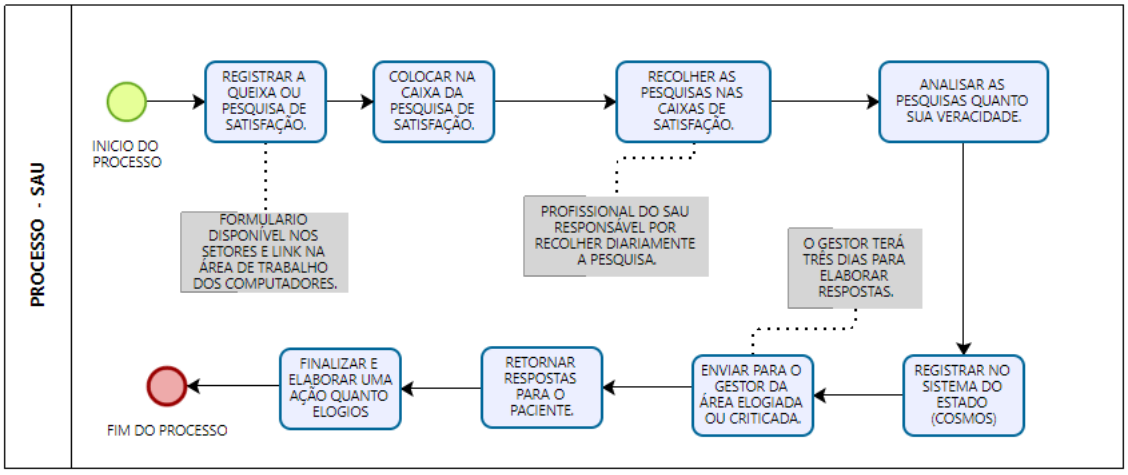
Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

Este projeto propõe a implantação de um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO SAU para a Unidade, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações de pacientes, visitantes e acompanhantes, tornando se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante. o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários.

Horário Segunda a Sexta-feira de 8 às 18h.

O SAU deve ser independente, reportando e diretamente a Área Psicossocial.

ACRESCENTAR FLUXO DO SAU:



8.2.1.2 Canais de Atendimento

Os diferentes canais de atendimento têm como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos gestores. A facilidade de comunicar-se com a unidade permite manifestações mais detalhadas e propicia ainda mais a realização de elogios. Segue abaixo a descrição destes canais:

Caixas de Opinião: Instaladas nos setores, as Caixas de Opinião servem para coletar informações mais detalhadas dos usuários. Eles podem escrever, além de sugestões, denúncias ou reclamações de forma discursiva. As opiniões serão coletadas semanalmente, digitadas e enviadas por e-mail para as equipes responsáveis.

Segue abaixo modelo da caixa de pesquisa de satisfação:

Central de Atendimento: Constituída por telefone, e-mail e via aplicativo WhatsApp.

a) Os telefonistas poderão receber as demandas da Policlínica Regional - Unidade Goiás, bem como entrar em contato com os pacientes. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.

b) Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho da Policlínica Regional - Unidade Goiás.
c) Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, criticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento.

Neste projeto, também está previsto o uso de SMS e e-mail.

Ouvidoria e Ouvidoria Virtual: É o canal de comunicação presencial ou pelo site da Policlínica Regional - Unidade Goiás, entre o cidadão e a Instituição. Tem como atribuições receber e examinar, sugestões, reclamações, elogios e denúncias do cidadão, quando não forem solucionadas pelos setores, departamentos e direções responsáveis. Encaminhar aos setores, departamentos e ou direções, a manifestação do cidadão, acompanhando as providências adotadas e garantir o retorno da mesma. Apoiar tecnicamente e atuar com as áreas internas, visando a solução do problema apontado pelo cidadão.

Após encaminhamento da Ouvidoria, as Coordenações e/ou supervisões terão até 05 dias úteis de prazo para responder por escrito os registros encaminhados. Caso a resposta não satisfaça o questionamento contido no registro, este deverá retornar aos supervisores para maiores esclarecimentos e terá mais 03 (três) dias de prazo.

A Ouvidoria, através do seu ouvidor, acompanhará cada um dos casos, tendo como responsabilidade, dar retorno ao usuário no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários da Policlínica Regional - Unidade Goiás, durante o atendmento, após o questionário, haverá um campo especial para deixar a opinião sobre o serviço. Críticas e elogios servem para avaliar o trabalho da equipe e a organização da unidade hospitalar, além de nortear as ações da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Segue abaixo modelo de pesquisa de satisfação a ser utilizada:

HEJA Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino Amorim

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

SUS

GOIÁS

Satisfeito com o atendimento? Conta pra gente!

Data: _____/_____/2021

Nome: _____

Data de Nascimento _____/_____/_____ **Telefone:** _____

Como você avalia atendimento dos LEITOS CRÍTICOS ?

Muito Satisfeito | Satisfeito | Neutro | Insatisfeito | Muito Insatisfeito

Como você avalia a limpeza dos LEITOS CRÍTICOS ?

Muito Satisfeito | Satisfeito | Neutro | Insatisfeito | Muito Insatisfeito

Se a resposta for muito insatisfeito ou insatisfeito, favor nos informe o motivo, para que possamos melhorar nosso atendimento. No caso de satisfeito deixe aqui seu elogio!

Obs.: Para cada setor existira uma pesquisa de satisfação especifica.

Site da Policlínica Regional - Unidade Goiás: Os usuários e toda a população terão acesso às informações da Policlínica Regional - Unidade Goiás, por meio de um site próprio, onde será possível conferir como funciona o atendimento, se informar sobre o que acontece na Policlínica Regional - Unidade Goiás, conferir sobre as formas de acesso, área de abrangência, conhecer cada setor da unidade, entre outras informações.

8.2.1.3 Análise das demandas

As opiniões registradas nos canais de atendimento serão mensuradas e seus resultados analisados pelo Núcleo de Satisfação do Paciente, onde serão discutidos e elaborados planos de ação e ciclos de melhoria. Os elogios serão reproduzidos em informativos pela Assessoria de Comunicação Social e encaminhados para ciência dos interessados e público externo. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas às Coordenações e/ou Diretorias e aquelas relacionadas ao processo de trabalho das unidades serão encaminhadas aos supervisores, para análise e aproveitamento se for o caso.

A Ouvidoria será responsável pelo feedback (retorno) aos usuários com a solução do caso ou com a análise da demanda.

8.2.1.4 Pesquisa de Satisfação dos Usuários

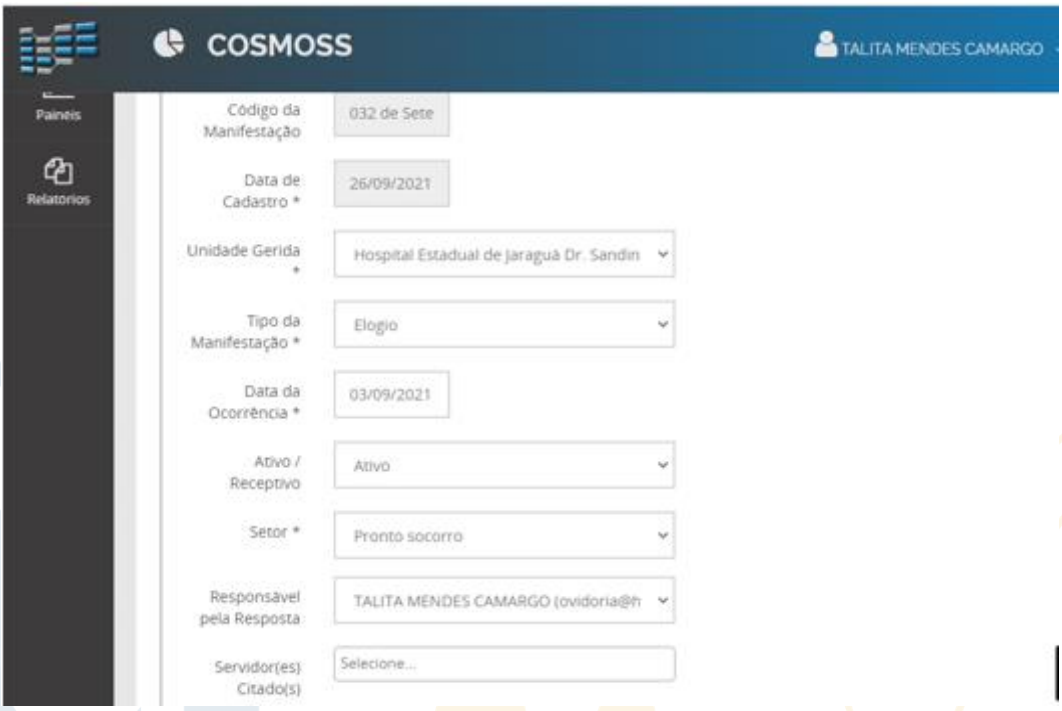
As pesquisas de satisfação do usuário acontecerão diariamente e terão um indicativo como meta, tanto de quantidade de pessoas pesquisadas quanto de nível geral de satisfação. Serão oferecidas duas formas de pesquisa, todas de forma eletrônica e com resultados simultâneos, que podem ser acessadas por qualquer gestor, com possibilidade de comunicação direta com o Conecta SUS da Secretaria de Estado da Saúde.

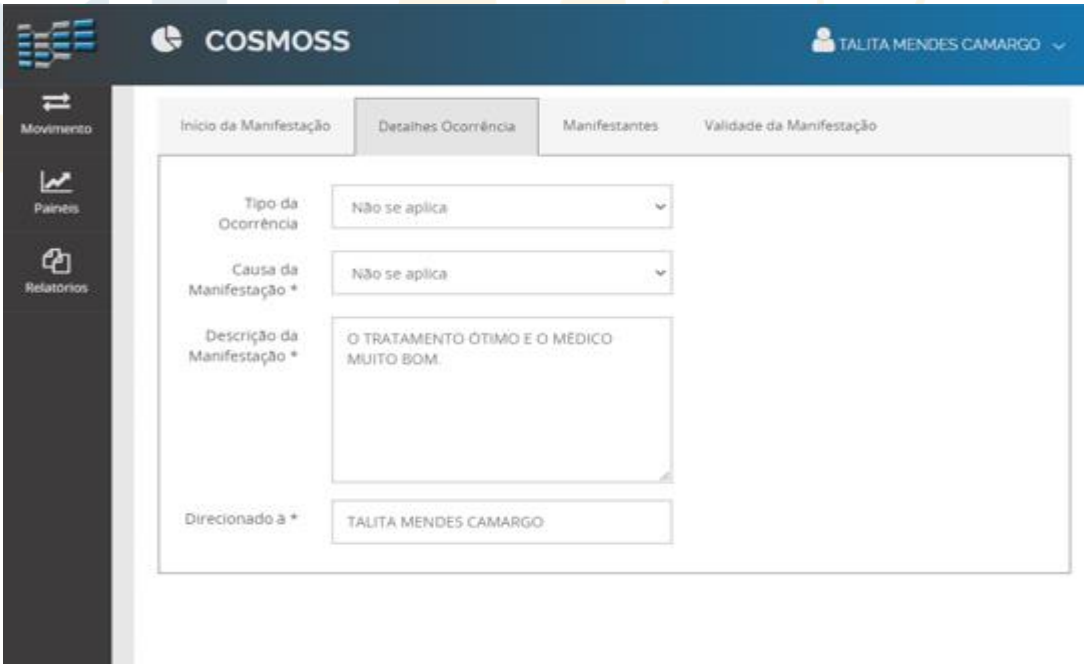
Caixas de Opinião: É quando o usuário poderá, de forma espontânea responder uma pesquisa de satisfação, avaliando as equipe e serviços da Policlínica Regional - Unidade Goiás, como as dos médicos, enfermagem e multiprofissionais. A proposta é colocar as caixas em todas as áreas de atendimento da Policlínica Regional - Unidade Goiás, São perguntas rápidas e sem nenhuma interferência do profissional das unidades, bem como dispõe de campo aberto para manifestação livre do usuário.

Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários da Policlínica Regional - Unidade Goiás, no momento do atendimento. Funcionários munidos de tablets entrevistarão os usuários sobre o atendimento e a estrutura da Policlínica Regional - Unidade Goiás, após a consulta e/ou alta hospitalar. O preenchimento do questionário é simultâneo à entrevista.

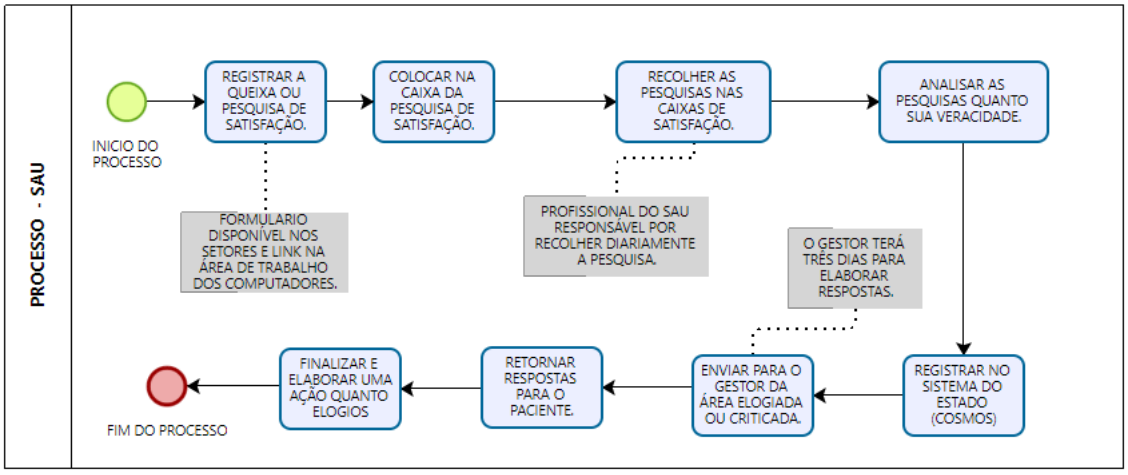
Segue abaixo o equipamento toten que será utilizado para quantificar a pesquisa de satisfação geral da unidade:

Segue abaixo o sistema que será utilizado para registros das pesquisas de satisfação:





Segue abaixo o fluxo de processos do SAU:



Modelo de pesquisa de satisfação do usuário já implantada em nossa gestão

8.2.1.5 Plano de Comunicação Social

O Plano de Comunicação Social da Policlínica Regional - Unidade Goiás visa à melhoria do relacionamento entre todos os públicos internos da organização, desde usuários, profissionais, prestadores, voluntários e a divulgação das ações e resultados também ao público externo, municiando os veículos de comunicação em massa com dados positivos do trabalho realizado ou gerenciando crises. Para atingir esses objetivos, primeiro faz-se necessária a análise aprofundada dos públicos envolvidos no sistema global de comunicação da instituição. Este é um item prioritário no planejamento de ações para que esta possa atuar de forma mais efetiva.

Na busca de atingir estes públicos, além do desenvolvimento de todas as atividades inerentes ao setor de comunicação, tais como produção de releases e avisos de pautas, atualização rotineira do mailling, produção de artigos, monitoramento de clipping, acompanhamento de entrevistas, produção de materiais de divulgação interna (cartões de aniversário, de datas especiais, etc), monitoramento de redes sociais, serão adotadas ferramentas da comunicação, como jornais murais, informativos impressos e eletrônicos, sites, intranet. Todas as ações serão feitas de forma integrada, em encontro aos valores e ideais da Policlínica Regional - Unidade Goiás.

8.2.1.5.1 COMUNICAÇÃO INTERNA

Murais

Os informativos fixados nos murais da Policlínica Regional - Unidade Goiás, poderão ter periodicidade quinzenal ou de acordo com o volume de notícias geradas. Será fixado nos murais internos e divulgará as ações voltadas para os recursos humanos e valorização dos profissionais, além de notícias de interesse dos usuários. O mural não se restringirá às notícias, mas também poderá ser utilizado como forma de comunicação entre pacientes e profissionais ou pacientes e pacientes, com quadro de recados. Dicas de saúde também poderão ser divulgadas neste espaço.

Segue abaixo modelo do mural a ser utilizado :

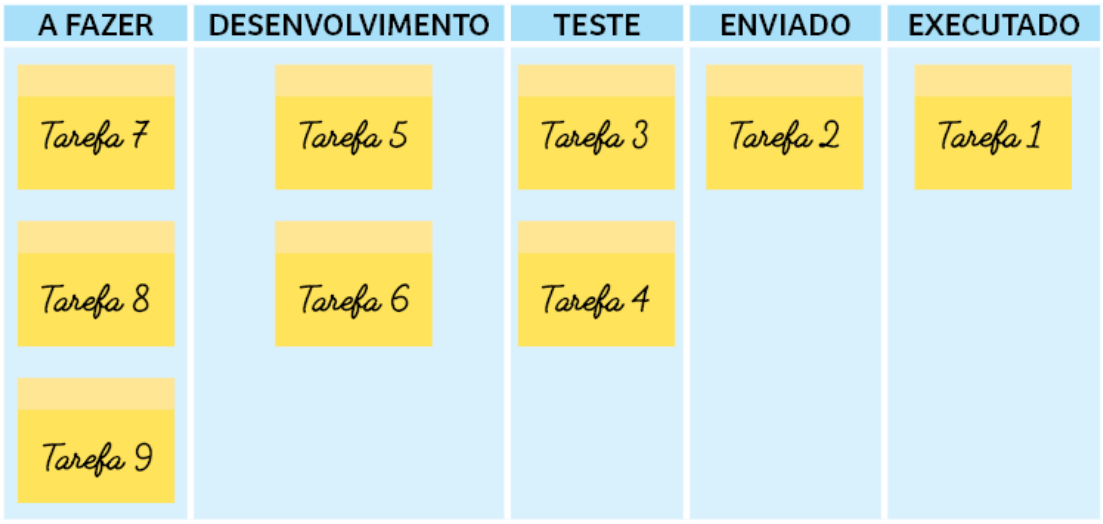
Intranet

Desenvolvimento de uma página de intranet a fim de melhorar a comunicação dos profissionais e ampliar a divulgação das ações promovidas pela Policlínica Regional - Unidade Goiás. A página de intranet poderá ter informações cruciais para uma padronização universal da linguagem da equipe, como atuação dos médicos, exames, comunicados urgentes, portarias, resoluções e outros assuntos de interesse da Policlínica Regional - Unidade Goiás, primordiais para o conhecimento de toda a equipe de profissionais.

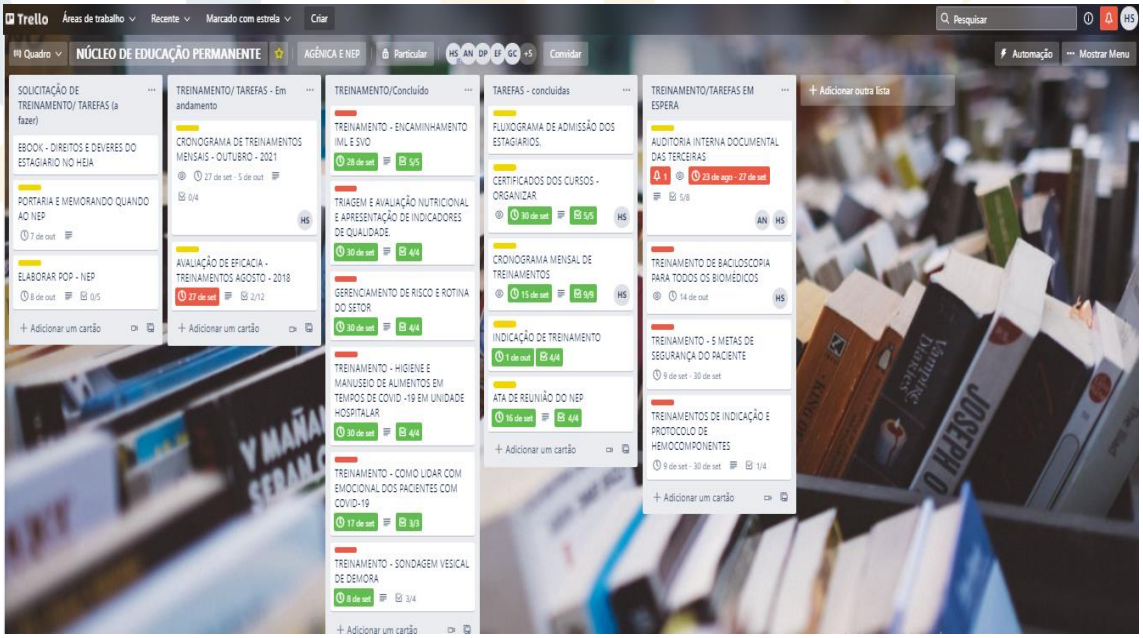
Segue abaixo modelo de ferramenta de gestão a ser utilizada:

O Sistema Kanban originado no Japão nasceu da observação de estoques, a partir da necessidade de repor na hora a quantidade certa dos produtos utilizando “cartões” com variações de cores cujos significados das diferenças destas, representavam as caixas que estavam armazenadas em estoque. Este sistema se aplica de forma perfeita na área de controle e processamento de uma empresa. Uma forma simples que se efetuada conforme as necessidades da empresa poderão apresentar resultados rápidos e satisfatórios. (JUNIOR, Rui Paulo Pereira. Kanban: Sua utilização na indústria, visando redução de custos

através da organização e controle de estoque. Florianópolis, 2003.



Scrum oferece visibilidade das tarefas de um projeto e seu "status"



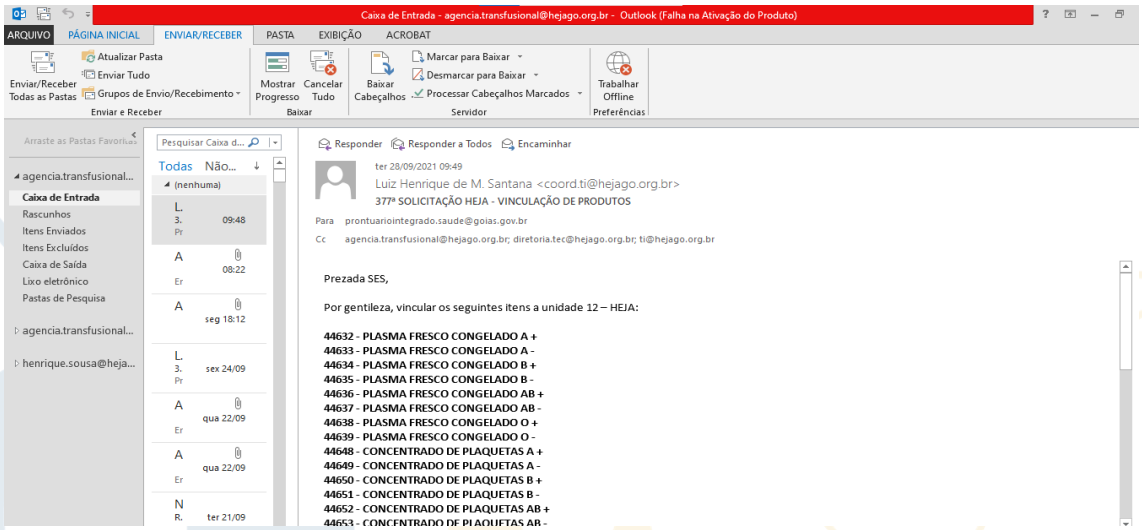
Obs.: Todos os gestores da Policlínica Regional - Unidade Goiás utilizaram a ferramenta KANBAN para gerenciamento das demandas da unidade.

Informativos eletrônicos

Destinado à diretoria e coordenações da Policlínica Regional - Unidade Goiás, o informativo eletrônico ou newsletter deverá ser disparado por e-mail e trará assuntos estratégicos para melhorias na gestão da unidade. Informações a respeito de mudanças organizacionais, novos profissionais, trabalhos médicos inovadores, atuação das comissões entre outras

informações poderão ser abordadas. Poderá ser criado também um informativo especial aos médicos e residentes.

Segue abaixo modelo do mural (E-mail) a ser utilizado :



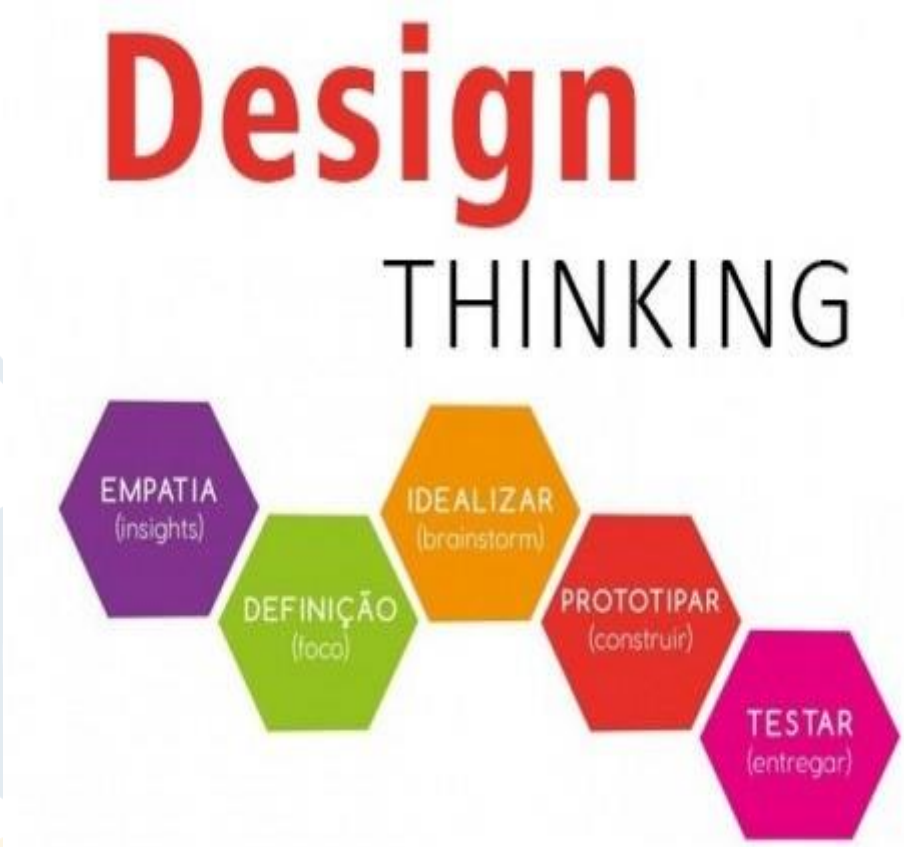
Obs.: Comunicação formal será realizada por email com a ferramenta da Microsoft Outlook.

Obs.: A comunicação interna quanto a queixas será realizada atraves da ferramenta Google Forms.

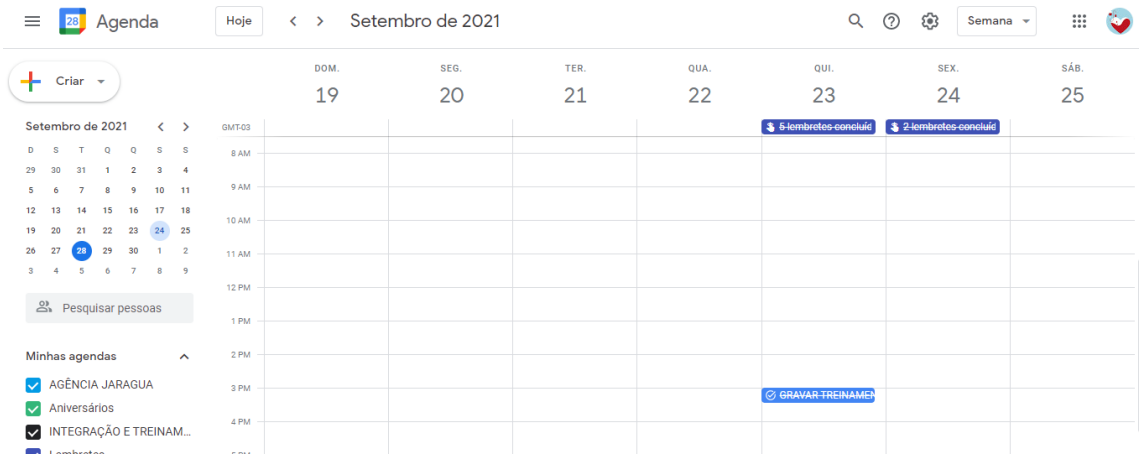
Campanhas

Serão promovidas campanhas internas para incentivar os profissionais a se engajarem em processos ou atividades voltadas para a promoção da imagem institucional da Policlínica Regional - Unidade Goiás, como unidade de referência em credibilidade, sustentabilidade, qualidade no atendimento e outras.

Segue abaixo modeo da ferramenta/método que será utilizado para inovação:



Segue abaixo modelo de ferramenta para agendamentos de campanhas na Policlínica Regional - Unidade Goiás:



Obs.: A comunicação por campanhas será previamente organizada pela ferramenta Google Agenda.

Segue abaixo modelo de Campanha que poderá ser realizada:

8.2.1.5.2 COMUNICAÇÃO EXTERNA

Site institucional

O site institucional deve ser a principal ferramenta de pesquisa de seus públicos. Por isso, será composto por 3 (três) conteúdos diferentes: O primeiro será o conteúdo institucional, onde estarão inseridas as informações gerais sobre a Policlínica Regional - Unidade Goiás, (quem somos), descrição dos serviços oferecidos, relatórios de produtividade, Publicações Legais e Licitações (editais e extratos de licitação, etc) Sala de Imprensa (vídeos institucionais, materiais impressos, cópias de reportagens veiculadas sobre a Policlínica Regional - Unidade Goiás na imprensa), Seção de transparência (contratos e relatórios de gestão, atas de reuniões, etc), Notícias de interesse do público externo, Responsabilidade Social (ações que serão desenvolvidas nesta área pela unidade hospitalar), Prêmios, Fale Conosco e Trabalhe Conosco (para envio de currículos).

O segundo conteúdo será destinado especificamente aos usuários, terá informações específicas para este público, com publicações sobre horários de atendimento, telefones úteis, regras de acesso, versão virtual do manual do usuário, e outras informações que forem consideradas úteis para facilitar o acesso e o trânsito do usuário na unidade.

O último conteúdo será destinado aos profissionais da equipe da Policlínica Regional - Unidade Goiás. Nesta parte, que será acessada mediante senha funcional, serão disponibilizadas informações técnico- científicas e funcionais. Nela estará hospedado o conteúdo da intranet (descrito no capítulo sobre comunicação interna) e também conteúdos de produção científica da equipe, conteúdos sobre bioética, artigos de produção interna e externa, acesso a bibliotecas virtuais gratuitas para pesquisa, entre outros.

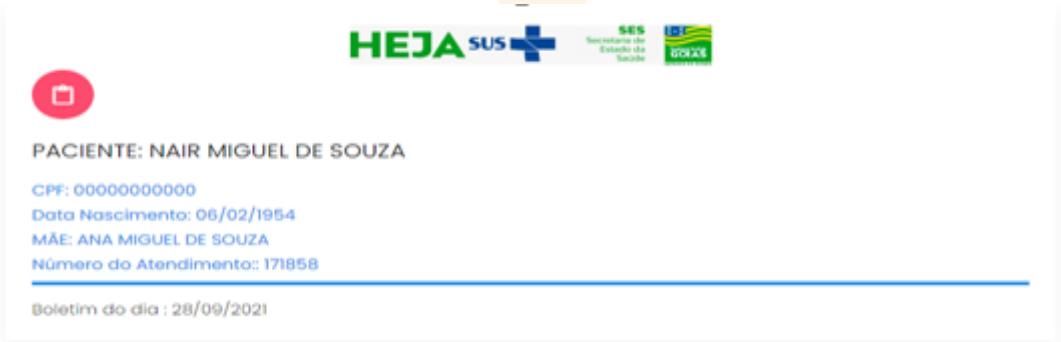
Segue abaixo modelo do site institucional:

Link do site: https://hejago.org.br/

Revista ou boletim impresso

De periodicidade mensal ou bimestral, o informativo impresso será destinado a pacientes e familiares e parceiros da Policlínica Regional - Unidade Goiás. O informativo, que pode ser em formato de jornal ou revista, mostrará um resumo das ações desenvolvidas.

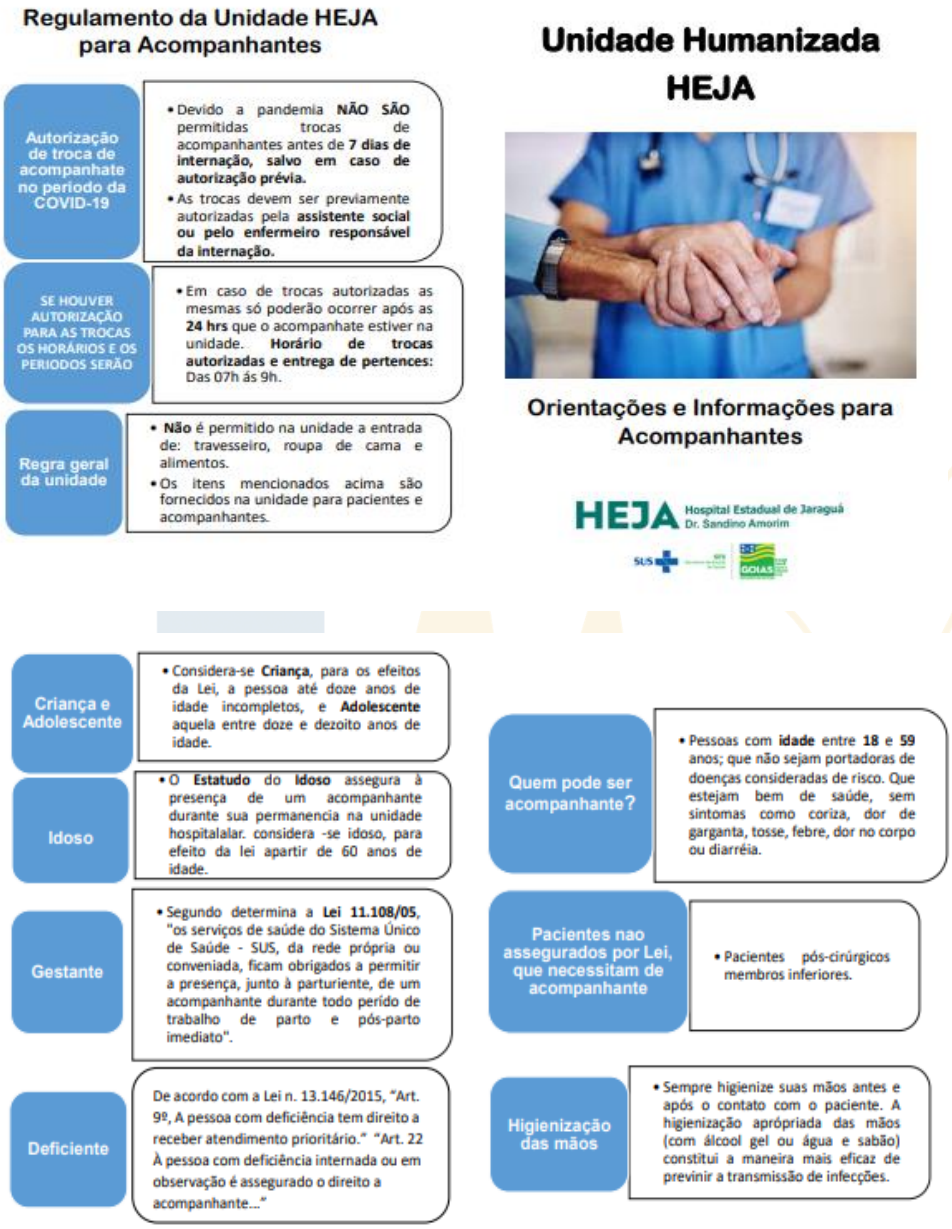
Segue abaixo o modelo de link gerado por paciente para o boletim virtual ou impresso:



Portfólio institucional

Será desenvolvido um folder institucional sobre a Policlínica Regional - Unidade Goiás, para distribuição externa, com informações sobre a unidade, especialidades que oferece equipamentos e demais dados sobre equipe e estrutura. Este material será uma espécie de cartão de visita.

Segue o modelo de portfólio que será utilizado:



8.2.1.6 Atendimento Médico e de Enfermagem

O paciente terá assistência permanente dos médicos para eventuais intercorrências.

A Divisão de Enfermagem da Unidade manterá, nas enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes. Os cuidados de Enfermagem serão prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizada será também, responsável pela execução da prescrição médica.

8.2.1.7 Programas de Ação do SAU

Módulo 1. Programa Fale Conosco

Funcionará na sala do SAU através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos, usuários, familiares e profissionais, pessoalmente ou por telefone.

Módulo 2. Programa Acesse a Unidade Assistencial de Saúde

É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SAC, via Internet, e mail.

Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria

Mensagens escritas pelos profissionais da Unidade Assistencial e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia a dia, de. trabalho. Podem ser anónimas.

Módulo 4. Programa Ouvindo Você

Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais para o contato com. os usuários, através da busca ativa de suas expressões, sugestões, queixas; elogios e:djvulgãção o SAC.

Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade

Contatos telefônicos com os usuários após atendimento, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, Sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou na Unidade Assistencial de Saúde, nos diversos setores, proporcionando feedback para a equipe interna da Unidade Assistencial de Saúde.

Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões

Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções da Unidade.

Funcionamento Do Sac

O SAC é o órgão representativo do usuário junto à direção da Instituição, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além de propor alternativas de solução rápida e ágil.

Horários de Atendimento do SAC:

Com atendimento pessoal direto na sala do SAC, de segunda a sexta feira, de 8:00 as 12:00 h e de 13:00 As 17:00 h demanda espontânea.

Com atendimento por telefone de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 h Com atendimento por correio eletrônico 12 horas por dia.

Atuação do SAC:

Toda pergunta deverá ser respondida.

Atribuições Do Sac

Escutar, investigar e representar o usuário junto à equipe diretiva da Unidade Assistencial de Saúde.

Mediar a resolução de questões conflituosas extrajudicialmente, de forma rápida e ágil.

Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis.

Incentivar os usuários a fazerem uso do SAC.

Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da SAC, para escuta e registro de suas colocações, sobre os serviços oferecidos vela Unidade Assistencial de Saúde, queixas e elogios ou reclamações.

Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de para busca ativa avaliações sobre os serviços oferecidos pela Policlínica Regional - Unidade Goiás, queixas, elogios e ou reclamações.

Atender às intercorrências — chamados: nos vários setores da Policlínica Regional - Unidade Goiás, para encaminhar resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelas Unidades Assistenciais de Saúde.

Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais, salas de espera, para busca ativa sobre os serviços oferecidos pela Unidade Assistencial de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.

Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos bem como com outros serviços de saúde do Município, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SAC.

Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta.

Coletar dados e informações, registrando os e analisando os através de métodos estatísticos.

Estabelecer indicadores de avaliação, tabulando por motivos, gravidade etc. dos

Preparar relatórios mensais sobre os registros do SAC, para apresentação aos gestores e diretoria da Unidade Assistencial de Saúde.

Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

ESTRUTURA FÍSICA DO SAC

Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário.

Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário.

Formulário de Registro de Expressão do Usuário.

8.2.2 Proposta De Pesquisa Periódica/Continua de Satisfação do Usuário, com definição de Uso das Informações.

A percepção dos usuários sobre como são prestados os serviços: na, Unidade de Saúde é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade. Por meio de sua avaliação o sujeito,ó capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além dê favorecer uma humanização do

serviço, e constituir uma oportunidade dê saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, Como também permitir a adequação do (mesmo tem relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2006), Esta pesquisa justifica se por se propor a percepção dos usuários. e de satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

8.2.2.1 Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários da Unidade de Saúde , com os serviços prestados.

8.2.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o grau de satisfação dos clientes e Monitorar o desempenho da Unidade ao longo do tempo.
- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da Unidade.
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários.
- Identificar meios de manter esses pontos positivos.
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários.
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários

8.2.2.3 Pesquisa De Satisfação

TIPO DE PESQUISA:

Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa. A ser desenvolvido na Policlínica Regional - Unidade Goiás, nas enfermarias de observação e ambulatório.

POPULAÇÃO (AMOSTRA):

A população (amostra) será constituída pelos pacientes da Unidade que sàírem.de alta ambulatorial, no mês de período proposto com o nível de e margem de erro de 3% na unidade em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada pela Assistente Social da Unidade Conforme modelo de questionário apresentado no próximo item.

A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações *levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa será identificada as oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

8.2.2.4 Instrumental (Questionário)

Sua Opinião Vale Muito Para Nós !

1- Unidade de Observação: _____

*Data:*_____

2- Está e a sua primeira vez em atendimento nesta Policlínica Regional - Unidade Goiás,

(1) Sim (2) Não

3- Faixa etária do entrevistado:

(1) 0 a 4 anos

(2) 6 a 10 anos

(3) 11 a 20 anos

(4) 21 a 40 anos

(5) 41 a 40 anos

(6) 41 a 60 anos

(7) Acima de 60 anos

4-Sexo do entrevistado

(1) Masculino (2) Feminino

5-Qual o grau de instrução do entrevistado?

(1) Não alfabetizado

(2) Alfabetizado

(3) 1 ^{0} grau completo e incompleto

(4) 2^{0} grau completo e incompleto

(5) 3^{0} grau completo e incompleto

(6) NR/NS

6- Renda Familiar do entrevistado:

(1) Menos de 1 salário mínimo

(2) De 1 a 2 salários mínimos

(3) De 3 a 4 salários mínimos

(4) Acima de 4 salários mínimos

7-Qual o nível de satisfação em relação à VIGILÂNCIA? Considerar: cordialidade, agilidade e orientações precisas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

8- Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE MEDICA? Considerar: Cordialidade, agilidade, respeito à privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

9--Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE DE ENFERMAGEM? Considerar: Apresentação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, cordialidade, agilidade, respeito a privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

10- Qual o nível de satisfação em relação ao SERVICO SOCIAL? Considerar: Cordialidade, apoio na resolução de problemas e orientações precisas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

11- Qual o nível de satisfação em relação a LAVANDERIA? Considerar: Disponibilidade das roupas para a Obse!ueez qualidade da lavagem e estado de conservação das roupas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

12- Qual o nível de satisfação em relação ao SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA? Considerar: Apresentação dos copeiros, cordialidade dos copeiros e nutricionistas, agilidade, orientações dos nutricionistas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

13- Qual o nível de satisfação em relação à HIGIENIZACAO? Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, limpeza das áreas comuns e banheiros

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

14-Qual o nível de satisfação em relação a MANUTENCAO PREDIAL? Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, condição da rede elétrica, hidráulica e dos moveis

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

15- Qual o nível de satisfação em relação a RECEPCAO DA ENTRADA PRINCIPAL da Unidade? Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

16.Qual o nível de satisfação em relação ao SAME? (Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas)

(1) Muito satisfeito

(2) Satisfeito

(3) Insatisfeito

(4) Muito insatisfeito

(5) NR/NS

17- 0 que é mais IMPORTANTE para o(a) Sr.(a) ficar satisfeito com os serviços da Unidade? [LER CADA ITEM] e entre [REPETIR OS ITENS, EXCLUINDO A PRIMEIRA RESPOSTA] qual e a 2ª mais importante?

a) A conservação e limpeza: (1) (2) (99 NS/NR)

b) O atendimento dos funcionários: (1) (2) (99 NS/NR)

c) A capacidade dos funcionários: (1) (2) (99 NS/NR)

d) O serviço ser feito direto: (1) (2) (99 NS/NR)

e) A facilidade para conseguir o serviço: (1) (2) (99 NS/NR)

18- Agora vou ler de novo estas características dos serviços e peço que o(a) Sr.(a) de uma nota de "0" a "10" para a QUALIDADE de cada uma.

De "0" a "10", que nota o (a) Sr.(a) dá para:

a) A conservação e limpeza: (1) (2) (99 NS/NR)

b) O atendimento dos funcionários (1) (2) (99 NS/NR)

c) A capacidade dos funcionários (1) (2) (99 NS/NR)

d) O serviço ser feito direito: (1) (2) (99 NS/NR)

e) A facilidade para conseguir o serviço: (1) (2) (99 NS/NR)

E, de "0" a "10", que nota o(a) Sr.(a), dá para .a qualidade geral dos serviços que o(a) Sr.(a) RECEBEU desta Unidade de saúde?

Nota:_____

Antes de vir a esta Unidade, todo mundo tem uma ideia sobre a qualidade dos serviços que vai receber aqui. Para responder as próximas perguntas, lembre se de como imaginava que seria a qualidade dos serviços desta Unidade antes de ser atendido.

A nota "0" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade muito ruim e a nota "10" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade ótima antes de ser atendido.

Dê uma nota de zero a 10, para dizer como imaginava que seria a qualidade geral dos serviços desta Unidade antes de vir até aqui.

Nota:_____

OBS: Se o entrevistado, espontaneamente, afirmar ser usuário antigo e não se lembrar de como imaginava que seria o serviço, troque os termos "imaginava" para "imagina" e "antes de vir até aqui" para "a cada vez que vem aqui",

Dê uma nota para do serviço, que o Sr.(a) imagina sobre a qualidade dos serviços que irá receber a cada vez que vem até aqui.

De uma nota de "0" a "10" para dizer o que o (a) Sr.(a) imagina com relação a:...

[REPETIR PARA CADA ITEM]

a) A conservação e limpeza ( ) (99 NS/NR)

b) O atendimento dos funcionários ( ) (99 NS/NR)

c) A capacidade dos funcionários ( ) (99 NS/NR)

d) O serviço ser feito direito ( ) (99 NS/NR)

e) A facilidade para conseguir o serviço ( ) (99 – NS/NR)

8.2.2.4.1 PESQUISA DE OPINIÃO AMBULATORIAL

A pesquisa de opinião a seguir será Solicitada a todos nossos pacientes

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e também será utilizada quando a pesquisa for feita por meio de telefone.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A sua opinião é muito importante para nós!

Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS.

Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços.

Nome completo (opcional):_____

Contato: _____ Fone:_____ E-mail:_____

Unidade/setor em que foi atendido(a):_____

Data e horário do atendimento: _____às_____ horas

	SIM	NÃO

Para melhorar nossos serviços, diga nos: Sentiu se bem recebido(a), acolhido(a)?		
As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.		
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?		
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.		
Houve rapidez no atendimento?		
Houve cortesia e profissionalismo?		
As informações foram transmitidas corretamente?		
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?		
Ao procurar isto Policlínica Regional - Unidade Goiás você tinha uma imagem idealizada sobre ela. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?		

Comentários/Sugestões:

_____

_____

_____

Contatos da Unidade: _____e mail.. _____

Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor!

8.2.2.4.2 PESQUISA DE OPINIÃO PARA PACIENTES

A pesquisa poderá ser respondida pelo paciente no momento do encerramento do atendimento, se o desejar, ou através de contato telefônico do SAC posteriormente. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO

NOME (opcional)				
SEXO	MASC ( )	FEM ( )	IDADE(ANOS)	
ESCOLARIDADE	NENHUMA ( )	FUNDAMENTAL ( )	MÉDIO ( )	SUPERIOR ( )

QUAL A SUA OCUPAÇÃO?	DESEMPREGADO ( )	ESTUDANTE ( )	OUTROS ( )	
QUAL FOI O ATENDIMENTO?	CONSULTA ELETIVA( )	EXAMES()	TRATAMENTO( )	
QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO?	ATÉ 30 min ( )	DE A 60 min ( )		
	DE 60 A 120 min ( )	MAIS DE 2 HORAS ( )		
COMO AVALIA O SEU TENDIMENTO?	ATENDIMENTO MÉDICO SATISFATÓRIO S ( ) N ( )			
	ATENDEMENTO DE ENFERMAGEM SATISFATÓRIO S ( ) N ( )			
	ATENDIMENTO DO ACOLHIMENTO SATISFATÓRIO S ( ) N ( )			
	ATENDIMENTO DA FARMÁCIA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )			
	ATENDIMENTO DA SEGURANÇA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )			
	ATENDIMENTO DA LIMPEZA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )			
AVALIE A PRIVACIDADE DO SEU ATENDIMENTO	TEVE PRIVACIDADE NA CONSULTA?			
	TEVE LOCAL APROPRIADO PARA A TROCA DE ROUPA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME?			
NO CASO DE FALTA DE MEDICAMENTOS	SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO?			
	QUASE SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO?			
	POUCAS VEZES RECEBE MEDICAÇÃO?			
	NUNCA RECEBE ORIENTAÇÃO?			

AVALIE AS CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA UNIDADE

SALA DE ESPERA	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR	RUIM( )
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SALA DE COLETA	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
BANHEIROS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )

AVALIE AS CONDIÇÕES DE CONFORTO DA UNIDADE

SALA DE ESPERA	MUITO BOA ( )	BOA()	REGULAR ( )	RUIM ( )
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SALA DE.COLETA	MUITO BOA	BOA()	REGULAR ( )	RUIM ( )
BANHEIROS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )

AVALIE A SINALIZAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE

SETOR DE INFORMAÇÃO	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SETOR DEDOCUMENTAÇÃO	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
RESULTADO DE EXAMES	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
LOCALIZAÇÃO DE SALAS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
OUTRAS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )

VOCÊ SABE O QUE É O SAC?	VOCÊ CONHECE O SAC DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ? S() N.()
VOCÊ JÁ UTILIZOU O SAC DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS?	

AVALIE O ACESSO AO SAC	MUITO DIFÍCIL (	DIFICIL()	FÁCIL()	MUITO FÁCIL()
CASO TENHA UTILIZADO, COMO FOI A RESPOSTA?		SATISFATÓRIA ( )	NÃO SATISFATÓRIO ()	NAO HOUVE()

REGISTRE SUAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS, OU SUGESTÕES:

8.2.2.4.3 UTILIZAÇÃO DO RESULTADO DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápidas e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em:

indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários,

indicadores de ocorrências de Insatisfação usuários manifestam desagrado objetivas e

indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento elou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Gerência de Enfermagem e Chefias das Clínicas.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falhas operacionais.

As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

8.2.2.4.3.1 CONSENTIMENTO INFORMADO

O Consentimento Informado é uma exigência legal no atendimento de unidade saúde, quando existe a necessidade de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam algum risco ao paciente em decorrência de ato cirúrgico ou uso medicamentoso.

O modelo de Consentimento Informado a ser utilizado na atividade Assistencial de Saúde:

Por este instrumento particular o(a) paciente Sr.(a) _____, RG:_____, CPF:_____ e demais familiares e responsáveis por mim declaramos por solicitação verbal do médico assistente, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) Régis Vieira de Castro, inscrito(a) no CRM-GO sob o nº12014 e RQE 8128, que por livre e espontânea vontade o procuramos para tratamento na área de ORTOPEDIA para a doença FRATURA DE PUNHO , onde irá proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. O Dr Régis Vieira de Castro me explicou com termos NÃO médicos do que se trata esta doença e o seu tratamento proposto e eu entendi perfeitamente, tendo sanado todas as dúvidas pré-existentes.

Declaro também que o Dr. Régis Vieira de Castro informou a mim e aos meus familiares as diversas possibilidades de tratamento, sendo decidido por mim que a opção seria o

tratamento cirúrgico e a proposta cirúrgica é TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN com utilização de OPME (descrita anteriormente). Eu estou ciente de como este procedimento é realizado; o Dr. RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me explicou em TERMOS NÃO MEDICOS e eu entendi.

Sendo cirúrgico o tratamento, fui também informado que serei submetido ao ato anestésico, e que os eventuais riscos anestésicos devem ser discutidos com o anestesiologista. O Dr. RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me indicou procurar o grupo de anestesia da Policlínica Regional - Unidade Goiás onde será operado. Caso não me manifeste sobre o anestesista de minha preferência, serei submetido ao ato anestésico pelo plantonista da Policlínica Regional - Unidade Goiás, ou o designado pelo chefe de anestesia para cumprimento da escala para aquele dia cirúrgico.

Tenho informações e considero que a Instituição Hospitalar onde serei tratado reúne as condições técnicas adequadas.

Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento clínico ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Ainda declaro ter sido inteirado de que tal tratamento cirúrgico pode ocasionar complicações (neurológicas e gerais), inerentes ou não ao procedimento cirúrgico, podendo ser permanentes (lesões neurológicas) e inclusive fatais (por ex, infecções ou hemorragias), mesmo porque não existe procedimento médico livre de riscos e, embora todas as precauções sejam tomadas para evitar complicações, certos riscos devem ser considerados em qualquer tipo de cirurgia. O Dr RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me informou que estes riscos existem e não podem ser desconsiderados e eu fui informado e esclarecido sobre eles. Também fui informado que pode haver necessidade de receber transfusão sanguínea, e me autoriza a realizar tal procedimento, cajo haja necessidade.

O Dr RÉGIS VIEIRA DE CASTRO também me ressaltou que o meu tratamento vai continuar após a cirurgia, por exemplo, com acompanhamento ambulatorial, em consultas médicas, além necessidade de medicação e trabalho de fisioterapia. Também não foi descartado que eu posso ser submetido à outra cirurgia no futuro.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES:

1- Trombose venosa profunda
2- Embolia pulmonar
3- Fratura intra-operatória (novas fraturas)
4- Lesão vascular
5- Lesão nervosa
6- Deformidade Estética
7- Diminuição da Mobilidade(ADM)
8- Diminuição de Força
9- DOR
10- Distrofia Simpático Reflexa
11- Ossificação heterotópica
12- Infecção

13- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
14- Sangramento com necessidade de transfusão E OU Anemia
15- Pseudoartrose (Falha de Consolidação)
16- Síndrome Compartimental

CID – S52

Infecção hospitalar: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a SCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas – 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%, Cirurgias contaminadas – 20%, Cirurgias Infectadas – 40%.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica – Art. 22 - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34 - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39 - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Por fim, declaro estar ciente do proposto como tratamento, resultados e riscos; bem como todas as informações contidas neste documento.

Dr RÉGIS VIEIRA DE CASTRO nos deixou a vontade para ouvir opiniões de outros médicos.

Finalmente, nós, considerados responsáveis ou com poderes para decidir junto à paciente, declaramos termos sido devidamente esclarecidos e participado das discussões de tratamento do paciente, concordando com todas as informações recebidas e que tudo acima foi informado e consentido. Assumimos inteira responsabilidade pela veracidade das declarações acima, sob pena das sansões legais.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Goiás _____ de_____ de _____.

Nome: _____

Ass. do (a) paciente e/ou responsável

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

Medico CRM

8.2.2.5 Proposta De Pesquisa Periódica/Contínua De Satisfação Dos Servidores/Funcionários, Com Definição De Uso Das Informações Pesquisa Periódica de Clima Organizacional

8.2.2.5.1 AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO:

A Avaliação de Desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em torno do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos. empregados, quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de, orientação na: contratação de pessoas mais adequadas, motivação; promoção, treinamento e desenvolvimento norteia ainda, o processo de demissão. Para O funcionário, um feedback adequado que, se

conduzido com seriedade é um fator de automotivação pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e consequentemente um maior comprometimento com a empresa.

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constituí em um benefício para a organização que deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento, a satisfação traz maior produtividade e qualidade dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e seu funcionário e este instrumento visa avaliar os seguintes fatores: conhecimento do trabalho, produção e rendimento do trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal; espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O funcionário também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerencia participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os funcionários e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada funcionário, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação.

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e funcionário no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o funcionário compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado acompanhado do funcionário o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em. que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O funcionário também terá uma efetiva participação neste processo, pois o. mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como seu funcionário percebe a sua gestão.

Finalmente, os resultados da avaliação são mapeados e apresentados a diretoria de cada área, aos gestores e aos funcionários tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e

dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação a melhoria de qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

8.2.3 EXEMPLO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO –POLICLÍNICA

É Aplicada Por Setores Para Maior Analise Da Amostra, Como Abaixo Exemplificado, por especialidade médicas, enfermagem, equipem multidisciplinar, recepção central, exames de imagem, laboratório de analises clinicas e carreta

Policlínica Estadual da Região _____ SUS SES Secretaria de Estado de Saúde GOIAS

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Satisfeito com o atendimento? Conta pra gente! Data: ____/____/2021

Como avalia a recepção (especialidades médicas)?

☹ 😐 🙂 😄

Como avalia a Consultório Médico (_____)?

☹ 😐 🙂 😄

Como você avalia a limpeza da Policlínica?

☹ 😐 🙂 😄

Se a resposta for Ruim ou Regular, favor nos informe o motivo, para que possamos melhorar nosso atendimento.

Policlínica Estadual da Região _____ SUS SES Secretaria de Estado de Saúde GOIAS

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Satisfeito com o atendimento? **Conta pra gente!** Data: _____/_____/2021

Como avalia a recepção Unidade Móvel?

☹ 😐 🙂 😄

Como avalia o Exame Mamografia( ) COP ( )

☹ 😐 🙂 😊

Como você avalia a limpeza da Unidade Móvel?

☹ 😐 🙂 😊

Se a resposta for Ruim ou Regular, favor nos informe o motivo, para que possamos melhorar nosso atendimento.

8.2.3.1 Apresentação Modelo De Relatorios Dos Resultados Da Pesquisa Aplicada, Em Policlínica Regional – Unidade Posse.

O presente relatório apresenta o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, realizada entre os dias 01 à 30 de setembro de 2021, o método utilizado foi de amostragem. Os dados obtidos são consolidados por gráficos, para melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere ao atendimento geral, limpeza, conforto e estrutura do prédio.

Continuando com a nossa pesquisa de satisfação setorizada, para melhor percepção do grau de satisfação dos usuários da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse. Dessa maneira conseguimos acompanhar de forma mais efetiva os atendimentos de cada setor.

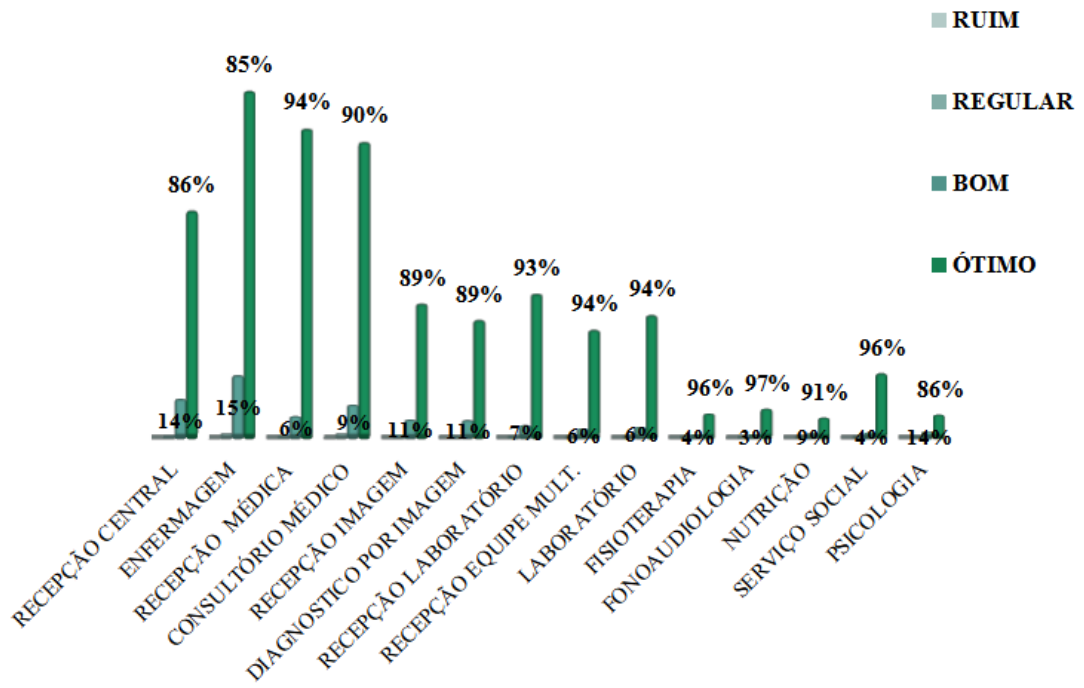
8.2.3.1.1 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO POR SETOR

A tabela a seguir contém a quantidade de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor e o percentual das avaliações de cada setor do mês setembro, e esses resultados são demonstrados nos gráficos a abaixo.

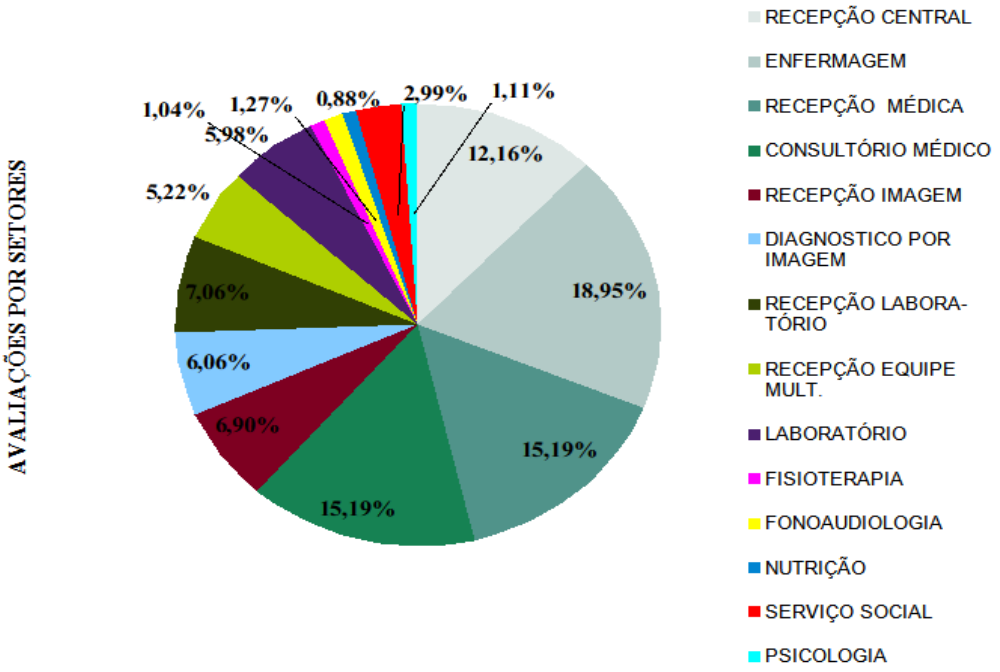
DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
RECEPÇÃO CENTRAL	0	0	44	273	**317**	**12,16%**
ENFERMAGEM	0	2	73	419	**494**	**18,95%**
RECEPÇÃO MÉDICA	0	0	23	373	**396**	**15,19%**
CONSULTÓRIO MÉDICO	0	2	37	357	**396**	**15,19%**
RECEPÇÃO IMAGEM	0	1	19	160	**180**	**6,90%**
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	18	140	**158**	**6,06%**
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	12	172	**184**	**7,06%**
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	0	0	8	128	**136**	**5,22%**
LABORATÓRIO	0	0	10	146	**156**	**5,98%**
FISIOTERAPIA	0	0	1	26	**27**	**1,04%**
FONOAUDIOLOGIA	0	0	1	32	**33**	**1,27%**
NUTRIÇÃO	0	0	2	21	**23**	**0,88%**
SERVIÇO SOCIAL	0	0	3	75	**78**	**2,99%**
PSICOLOGIA	0	0	4	25	**29**	**1,11%**
TOTAL GERAL	0	**5**	**255**	**2347**	**2607**	**100,00%**
PERCENTUAL	**0,00%**	**0,19%**	**9,78%**	**90,03%**	**100,00%**	

Neste primeiro gráfico está descrito o percentual de avaliação ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos de cada setor da Policlínica.

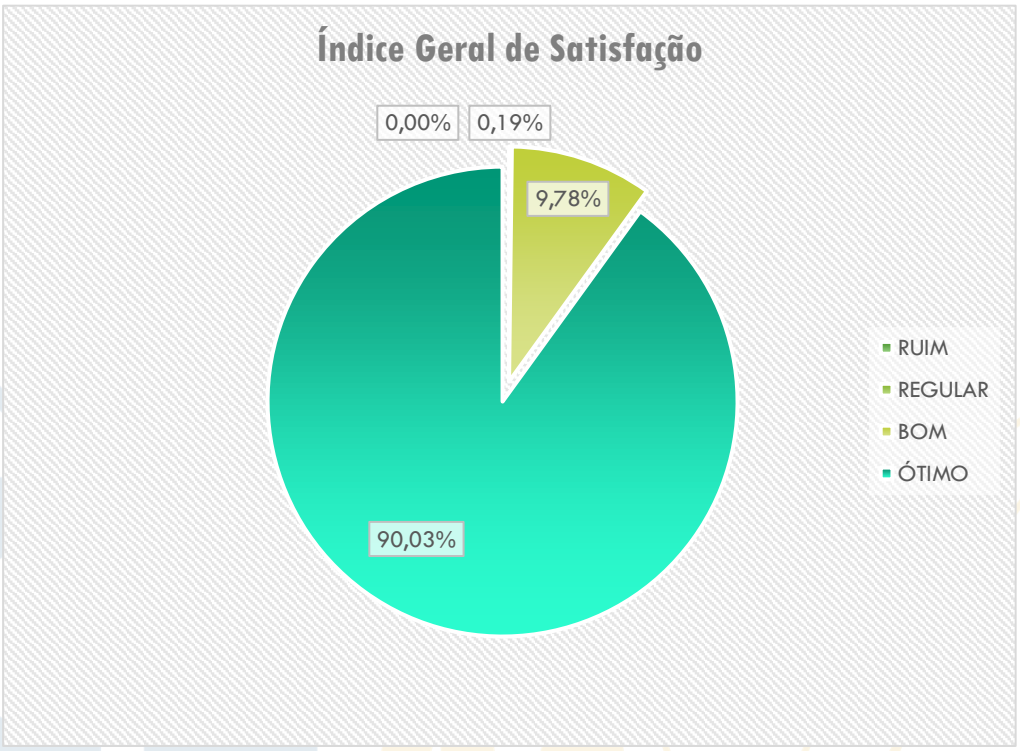
PERCENTUAL DE AVALIAÇÕES



Neste segundo gráfico está descrito o percentual de avaliações de cada setor da Policlínica.



Este terceiro gráfico demonstra o índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.



Observando os gráficos acima, notamos que a Policlínica vem mantendo o bom índice de avaliação, mesmo os setores que menos avaliou tem bons resultados.

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse tem atendido as expectativas dos nossos pacientes, sabemos que temos pontos a ser melhorado, principalmente no quesito marcação de retornos das consultas, pois tivemos muitas reclamações em relação a marcação via telefone fixo, como a demanda é alta, no dia em que abre as agendas geralmente os pacientes têm dificuldades para conseguir uma ligação, pois a linha fica congestionada, neste mês tivemos um grande número de pessoas que vieram pessoalmente para marcar o retorno, devido não conseguir fazer isso por telefone, no entanto, a administração já nos informou que já foram tomadas as devidas providências para sanar a questão da linha telefônica.

Sabemos que, mesmo com alto índice de satisfação, necessitamos constantemente aprimorar nossos serviços, pois também temos reclamações, é são elas que nos ajuda a melhorar diariamente nossa prestação de serviço. Aqui vale ressaltar a importância de sempre ouvirmos nossos usuários, pois são eles que nos dão a dimensão da qualidade de nosso atendimento, e nos ajuda a estarmos aprimorando sempre até chegarmos ao nível de excelência desejado.

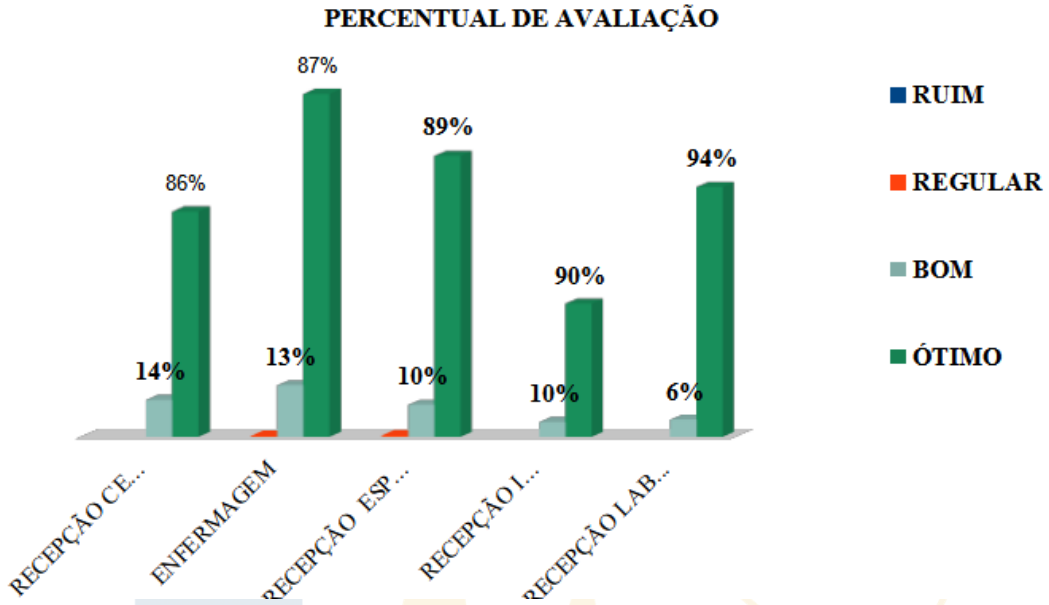
8.2.3.1.2 AVALIAÇÃO DA LIMPEZA POR SETOR

No quesito limpeza, seguindo a mesma linha de avaliação dos setores de atendimentos, os níveis de satisfação dos usuários são ótimos.

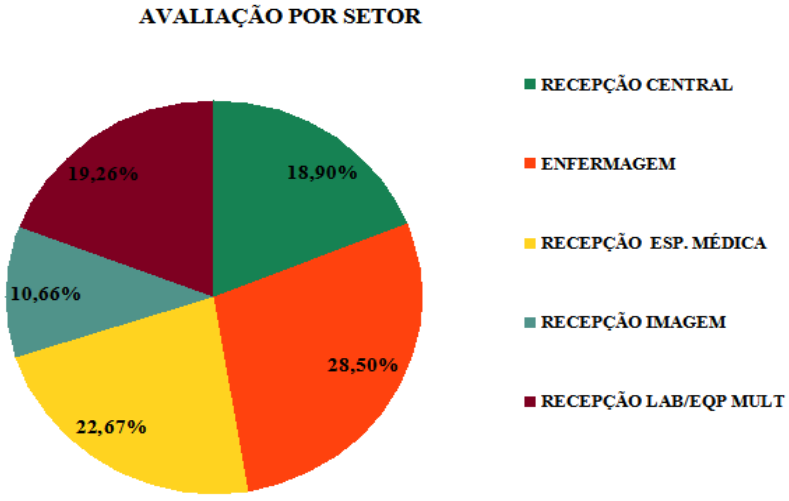
Vejamos os resultados na tabela e nos gráficos a seguir.

PLANILHA DE DADOS – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA LIMPEZA SETORIAL						
TOTAL DAS AVALIAÇÕES (RUIM – REGULAR – BOM – ÓTIMO)						
DEPARTAMENTOS	**RUIM**	**REGULAR**	**BOM**	**ÓTIMO**	**TOTAL/MÊS**	**%**
RECEPÇÃO CENTRAL	0	0	45	276	**321**	**18,90%**
ENFERMAGEM	0	1	63	420	**484**	**28,50%**
RECEPÇÃO ESP. MÉDICA	0	2	39	344	**385**	**22,67%**
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	18	163	**181**	**10,66%**
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT	0	0	21	306	**327**	**19,26%**
TOTAL GERAL	**0**	**3**	**186**	**1509**	**1698**	**100,00%**
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO	**0,00%**	**0,18%**	**10,95%**	**88,87%**	**100,00%**	

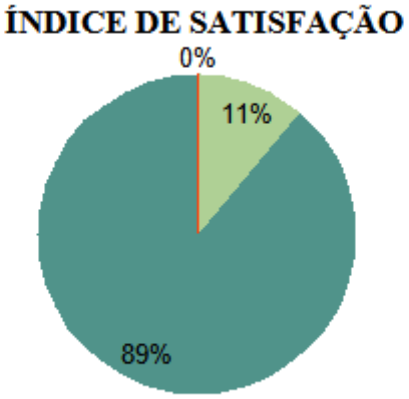
Neste gráfico, está descrito o percentual de avaliação ruim, regular, bom e ótimo, da limpeza de cada setor da Policlínica.



Neste gráfico está descrito o percentual de avaliações da limpeza de cada setor da Policlínica.



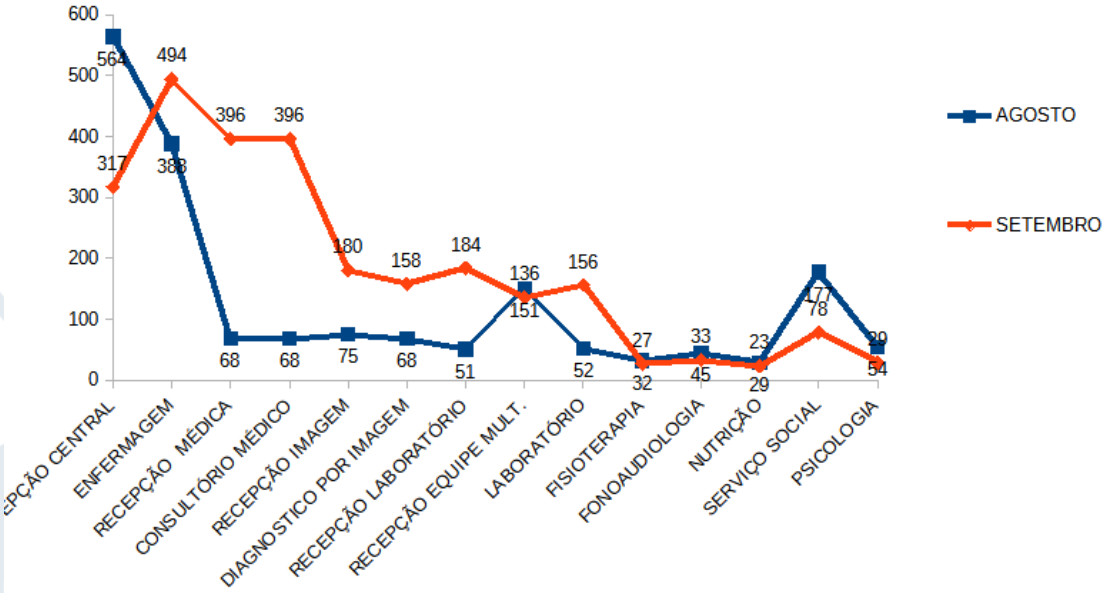
Este gráfico demonstra o índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito limpeza.



Nesta planilha está descrito o quantitativo de pesquisas realizadas em cada setor, nos meses de agosto e setembro, esses resultados são demonstrados em gráficos para melhor percepção da aplicação da pesquisa e fazer um comparativo entre os meses.

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE – POSSE			
DEPARTAMENTOS	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**PERCENTUAL + OU -**
RECEPÇÃO CENTRAL	564	317	-44%
ENFERMAGEM	388	494	27%
RECEPÇÃO MÉDICA	68	396	482%
CONSULTÓRIO MÉDICO	68	396	482%
RECEPÇÃO IMAGEM	75	180	140%
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	68	158	132%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	51	184	261%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	151	136	-10%
LABORATÓRIO	52	156	200%
FISIOTERAPIA	32	27	-16%
FONOAUDIOLOGIA	45	33	-27%
NUTRIÇÃO	29	23	-21%
SERVIÇO SOCIAL	177	78	-56%
PSICOLOGIA	54	29	-46%
TOTAL GERAL	1822	2607	
PERCENTUAL		**30,11%**	

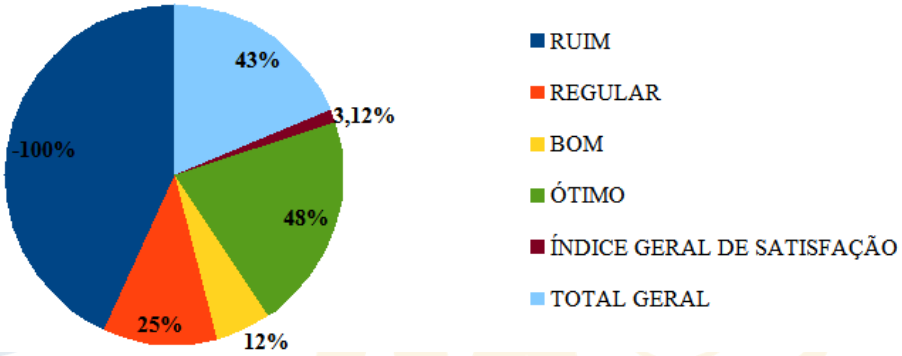
O gráfico a seguir representa o quantitativo de pesquisa em cada setor nestes dois meses.



Como podemos verificar na tabela e nos gráficos, tivemos 50% dos setores que diminuiu o número de pesquisa, porém no geral tivemos um aumento de 30,11% no total de pesquisas.

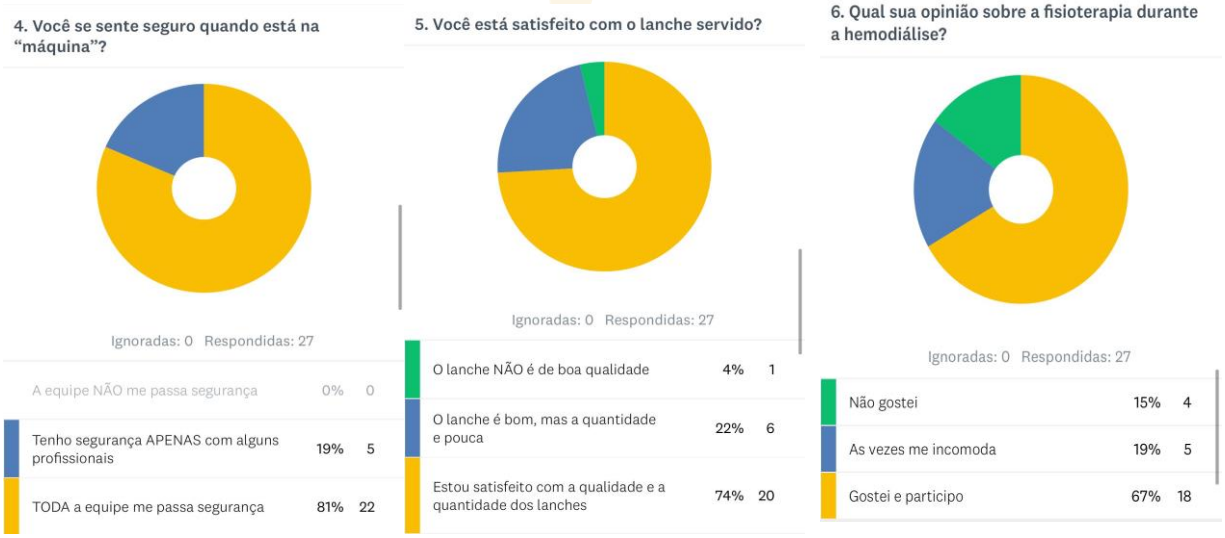
A planilha e o gráfico a seguir, destaca um aumento positivo nas avaliações regular, bom e ótimo, e uma queda de 100% na avaliação ruim. Tivemos também um aumento 3,12% no índice geral da satisfação.

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE			
INDICADORES	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**PERCENTUAL + OU -**
RUIM	1	0	-100%
REGULAR	4	5	25%
BOM	227	255	12%
ÓTIMO	1590	2347	48%
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO	87,27%	89,99%	3,12%
TOTAL GERAL	**1822**	**2607**	**43%**



8.2.3.1.3 AVALIAÇÃO HEMODIALISE

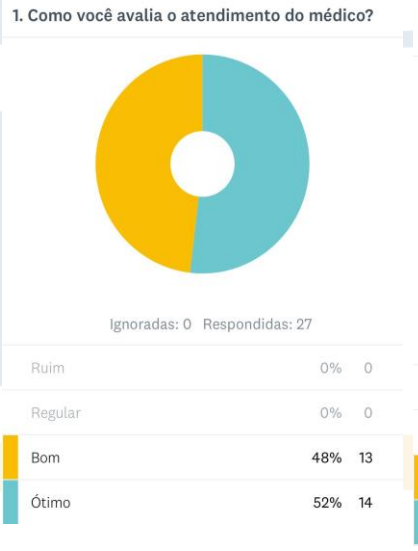
A clínica de Hemodiálise como um importante setor da

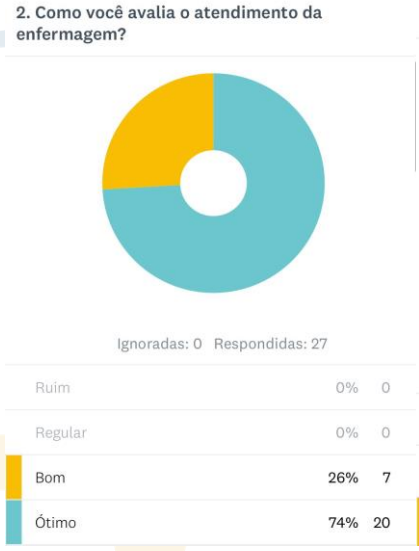


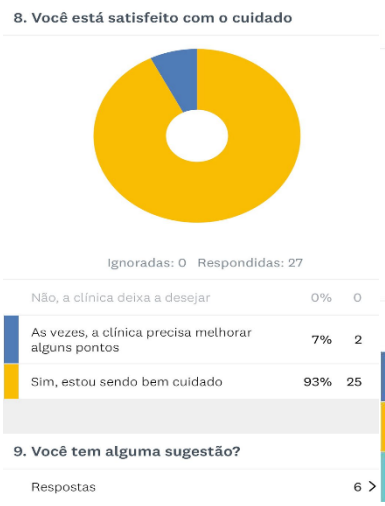
Policlina Estadual de Região Nordeste - Posse, também é realizada pesquisa de satisfação, porém, por se tratar de pacientes fixos, ou seja, como são pacientes renal cronico, e faz dialise três vezes por semana, utilizamos outro método para realizar a pesquisa de

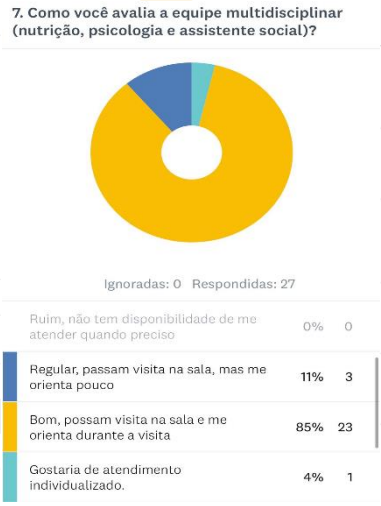
satisfação. Neste caso, aplicamos a pesquisa quinzenalmente utilizando o aplicativo SurveyMonkey, neste aplicativo foram criadas 09 perguntas relacionada ao atendimento dos pacientes da Hemodiálise. Essas perguntas podem ser enviadas via WhatsApp ou podem ser coletadas as respostas direto ao paciente, no caso da clínica de Hemodialise o coordenador RT explica como funciona a pesquisa e pede para os pacientes responderem diretamente no celular usado para esse trabalho na clínica de hemodiálise. Dessa forma foi aplicada a pesquisa de satisfação na clínica de Hemodialise, e tem nos retornado bons resultados e informações importantes para a melhoria das atividades desenvolvida no setor.

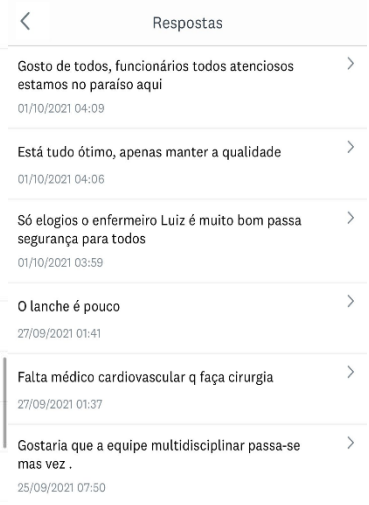
Veremos a seguir o resultado dessa pesquisa realizada na hemodiálise no mês de agosto.











No setor de Hemodialise, os quesitos atendimento, limpeza, segurança na máquina de Hemodialise, alimentação, equipe multidisciplinar e satisfação, o índice de satisfação ficou da seguinte maneira: atendimento médico ficou em 52%, equipe de enfermagem está

em 74%, limpeza 100%, segurança na máquina 81%, qualidade e quantidade do lanche 74%, fisioterapia 67%, disponibilidade da equipe multidisciplinar (nutrição, psicologia e assistente social) 85% e 4% gostaria de atendimento individualizado e satisfação com o cuidado com o paciente 93%. No geral a índice de satisfação está bom, tivemos aumento em todos os índice em relação ao mês anterior.

8.2.3.1.4 ANÁLISE GERAL DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Ante os resultados expostos nas tabelas e gráficos, constata-se que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, vem mantendo o seu alto índice de satisfação com pequenas alterações de um mês para outro, neste mês as avaliações ficaram com um índice geral de aprovação de 90,03% no atendimento e 89% na limpeza e 100% na hemodiálise, esses números colocam a Policlínica com um excelente atendimento, esse é o resultado que buscamos e queremos sempre, ou seja, prestar o melhor serviço da região aos nossos usuários.

8.2.3.2 Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste — Posse

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse tem por objetivo intermediar a relação usuários e a Gestão, desta forma garantir que o direito de ambos sejam exercidos e tratados adequadamente. Têm a atribuição de receber as manifestações encaminhadas pelos usuários da Policlínica e levá-las ao conhecimento de cada responsável pelos setores competentes para devidas providências.

Desta forma, todas as demandas de reclamações, elogios, sugestões e quais que outra que é de responsabilidade desta Ouvidoria, são registradas no Sistema OuvidorSuS. O OuvidorSUS é um sistema informatizado da ouvidoria geral do ministério da saúde, que permite a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos, como reclamações, elogios, sugestões, solicitações, denúncias e informação.

Após o devido acolhimento e escuta ao usuário, as manifestações são registradas, analisadas, classificadas, tipificadas e encaminhadas para o setor responsável, que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização das manifestações.

A implantação da Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse iniciou – se com um ofício envaido a SES-GO, solicitando a capacitação dos colaboradores para atuação na Ouvidoria. A capacitação foi realizada na sala de reuniões da Policlínica pelo aplicativo ZOOM, nos dias 27, 28 e 29 de outubro, das 8:30 às 12:30 h. Os seguintes colaboradores participaram da capacitação, tendo a seguinte função:

8.2.3.3 Demonstração dos Resultados — Ouvidoria SUS

A implantação da Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse -Gestão do Sistema Ouvidoria SUS, é alimentado pela unidade mensalmente e compõe relatório da Ouvidoria

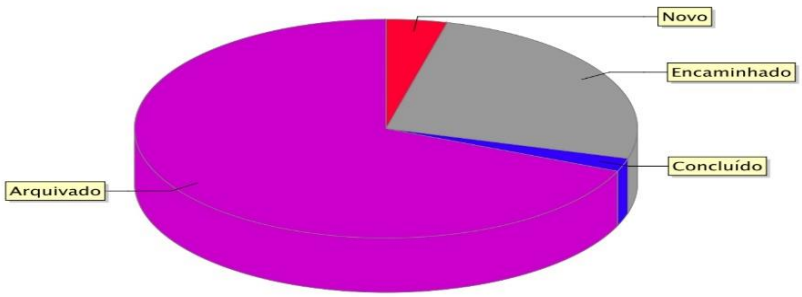
Abaixo sistema de gestão do sistema de gestão da ouvidoria SUS

Ministério da Saúde
Sistema de Ouvidorias do SUS

Relatório Estatístico - Status
Período: 02/11/2020 à 30/09/2021

Ouvidoria de Acompanhamento: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

Status	Quantidade	Percentual
Arquivado	35	68,63 %
Encaminhado	13	25,49 %
Novo	2	3,92 %
Concluído	1	1,96 %
Total:	51	100,00 %



A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, desde a sua implantação no mês de novembro de 2020, registrou um total de 51 manifestações, sendo 48 pessoalmente, 01 carta e 02 por e-mail, deste total 13 são elogios, 35 reclamações, 02 sugestões e 01 solicitação. Como mostrado nos gráficos gerado pelo Sistema OuvidorSUS, no período de 01/11/2020 à 30/09/2021.

Legenda das demandas:

Novo: foi feito um novo registro

Encaminhado: Novo registro aguardando parecer do setor responsável

Concluído: Após envio de resposta para o demandante

Arquivado: Após a conclusão, faz-se o fechamento da demanda e posteriormente são arquivadas automaticamente pelo sistema.

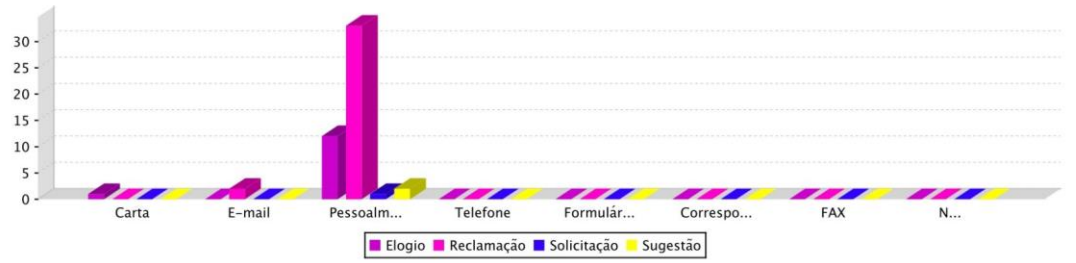
Ministério da Saúde
Sistema de Ouvidorias do SUS

Relatório Estatístico - Classificação X Tipo Atendimento

Período: 02/11/2020 à 30/09/2021

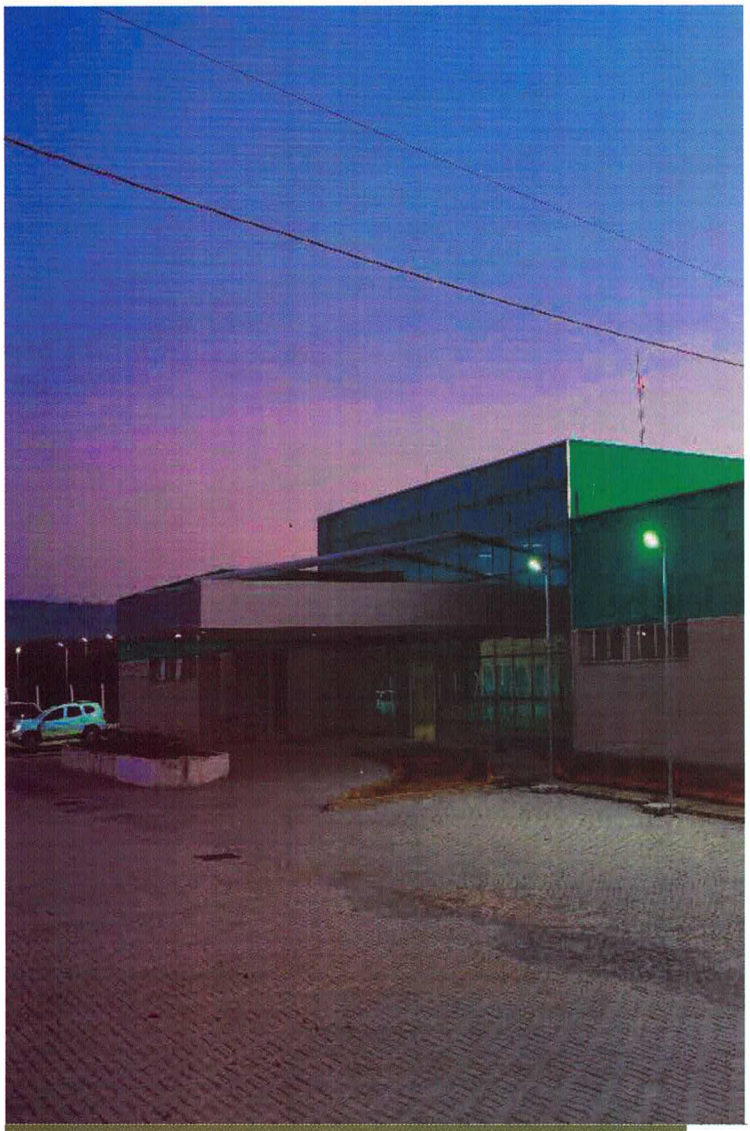
Ouvidoria de Acompanhamento: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

Classificação	Carta	E-mail	Pessoalmente	Telefone	Formulário WEB	Correspondência Oficial	FAX	Não Informado	Total	Percentual
Elogio	1	0	12	0	0	0	0	0	13	25,49 %
Reclamação	0	2	33	0	0	0	0	0	35	68,63 %
Solicitação	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1,96 %
Sugestão	0	0	2	0	0	0	0	0	2	3,92 %
Total:	**1**	**2**	**48**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**51**	**100,00 %**



Fonte: OuvidorSUS 1 / 1 30/09/21 10:47

Além da alimentação do Sistema OuvidorSUS, recebemos pacientes que muitas vezes não querem fazer uma reclamação formal, apenas querem que o problema seja resolvido naquele momento, por exemplo: demora no atendimento e falta de vagas para retorno com algumas especialidades. Quando há essa possibilidade, buscamos os responsáveis para tentar resolver tal situação.



Proposta de Trabalho

POLICLÍNICA REGIONAL

UNIDADE GOIÁS

18/10/2021

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 07/2021.

INSTITUTO CEM

VOLUME 3

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74810-100, GOIÂNIA/GO - TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

Sumário

9 Experiência anterior em Gestão de Unidade de Saúde 1066

9.1 Grupo A) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial, por mais de 02 (dois) anos. 1067

9.2 Grupo A) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial, de até 01 (um) ano, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. 1100

9.3 Grupo B) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade de Saúde exclusivamente de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, com serviços de consultas clínicas, por mais de 02 (dois anos..... 1414

9.4 Grupo B) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade de Saúde exclusivamente de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, com serviços de consultas clínicas, de até 01 (um) ano, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias..... 1448

9.5 Grupo C) Certificado de Acreditação - ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas obtidosda gestão da OSS. 1716

10 Estrutura e Experiência Da Diretoria 1774

10.1 Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 1777

10.1.1 Organograma 1778

10.1.2 Definição Das Competências De Cada Membro Do Corpo Diretivo 1779

10.2 Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações. 1802

10.3 Experiência mínima de 1 ano da diretoria da Organização Social em Saúde no gerenciamento de unidade hospitalar 2008

INSTITUTO CE

ORGANIZAÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA

1066

Grupo A) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial, por mais de 02 (dois) anos.

1067

– INSTITUTO CEM –
CNPJ 12.053.184/0001-37
ATA DE ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
23 DE NOVEMBRO DE 2018

DATA, HORA E LOCAL: Realizada aos 23 de novembro de 2018, em segunda chamada, às 17:30 horas, na cidade de Goiânia – Estado de Goiás, situada na AV DEPUTADO JAMEL CECILIO, 2496, QUADRAB22 LOTE 4E SALA 26-A EDIF. COND. NEW BUSINESS ST, JARDIM GOIAS, CEP 74.810-100, Goiânia/GO. **PRESENÇA E CONVOCAÇÃO:** Convocação, realizada nos termos do artigo 12º, IV do Estatuto Social, por Edital fixado na sede, circulares e outros meios convenientes com antecedência prevista no Estatuto Social, conforme assinaturas constantes da lista de presença, anexas à presente Ata.
MESA: Assumiu a presidência de trabalhos, o Sr. THADEU DE MORAIS GREMBECKI, que convidou a Sra. CLAUDINEIA APARECIDA RAMOS MAGALHÃES, para secretariá-lo.
ORDEM DO DIA: **INSTITUTO CEM**, CNPJ: 12.053.184/0001-37, com foro jurídico na Comarca de Goiânia – Goiás, em primeira e única convocação, para tratar da pauta do edital de convocação com as seguintes deliberações:

a) Deliberar sobre a Celebração do Contrato de Gestão Emergencial para o Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – **HUTRIN;**
b) Deliberar sobre a saída do Responsável Técnico junto ao CREMEGO;
c) Deliberar sobre a nomeação do novo Responsável Técnico junto ao CREMEGO;

DELIBERAÇÕES TOMADAS: Instalada a Assembleia, os associados deliberaram, por unanimidade de votos dos presentes e sem quaisquer restrições, a APROVAÇÃO dos tópicos abaixo:

a) Após leitura integral do contrato emergencial e todos os esclarecimentos sobre o seu objeto, **restou aprovado por unanimidade pelo Conselho de Administração a Celebração do Contrato de Gestão Emergencial por 180 dias o Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN a partir de 27 de novembro de 2018**;
b) Aprovada a saída do Diretor Técnico Dr. Luiz Alian Cantoni, portador do CRM-SP 91646, inscrito junto ao CREMEGO;
c) Restou aprovado para o cargo de Diretor Técnico junto ao **CREMEGO** o **Dr. LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL, CRM Nº 006973/GO, RG: 15.865-54, CPF 377.514.091-34.**

Por fim, fica autorizado a praticar todos os atos complementares do registro e publicidade da presente ata, bem como a tomar, com os mais amplos poderes, todas as providencias necessárias para o cabal cumprimento do que ora ficou resolvido.
ENCERRAMENTO: Nada mais havendo a ser tratado, o Sr Presidente da Assembleia agradeceu a todos os presentes e declarou encerrada a Assembleia, da qual lavrou a presente ata em 02 vias de igual teor que, depois de lida e achada conforme, foi assinada pelo Presidente da mesa: Thadeu de Morais Grembecki e Secretária da Assembleia: Claudinéia Aparecida Ramos Magalhães.

Goiânia, 23 de Novembro de 2018.

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Presidente

CLAUDINÉIA APARECIDA RAMOS MAGALHÃES
Secretária Assembleia

IMPRTDPJ - Protocolo nr. 1659477 - 03/12/2018

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-GO

CERTIDÃO
Diretor Técnico

Certifico, para os devidos fins, que o estabelecimento INSTITUTO CEM, Nome Fantasia INSTITUTO CEM, CNPJ 12.053.184/0001-37, Registro Nº 0004898-GO, sito à AV DEP J CECÍLIO N 2496 SL 26-A ED N B STYLE JARDIM GOIÁS, na cidade de Goiânia - GO, funciona sob a direção técnica do(a) Dr(a). LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL, inscrito sob o CRM nº 0006973-GO.

Por ser verdade, firmo a presente, para os fins de direito.

Conselho Regional de Medicina do Est. Go - CREMEGO
Carla Silva de Matos
Adv. Administrativo

Goiânia, 06 de dezembro de 2018

1070

Hemolabor

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins, que **Luis Henrique Ribeiro Gabriel**, inscrito no CPF sob o nº 377.514.091-34, RG: 1586554 SSP-GO, **CRM/GO nº 6973**, sócio proprietário e Diretor Hospitalar do **Hemolabor - Hematologia E Laboratório De Pesquisas Clínicas Ltda - CNPJ sob nº 00.418.954/0001-19** com endereço na R 5A, 90, Setor Aeroporto, Goiânia/GO - CEP 74075210, detém a **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA** como Diretor Hospitalar, médico hematologista com título de especialista em patologia clínica pela sociedade brasileira de patologia do Rio de Janeiro, pós-graduado pelo Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte no serviço de hematologia e exercendo suas funções na clínica de medicina interna.

Registra-se que o **HEMOLABOR** possui 34 leitos para atendimento e cirurgia Ambulatorial, 08 apartamentos, 08 enfermarias e 30 poltronas para prestação de serviço em quimioterapia e farmácia hospitalar, Gerenciamento de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, serviços de consultas clínicas médicas, conta com 15 consultórios médicos. No banco de sangue comporta-se com dez poltronas com média de mil e quinhentas doações mês, para atendimento de aproximadamente quarenta e duas instituições hospitalares, atividades de atendimento hospitalar de média e alta complexidade, com prestação de serviço em hematologia, oncohematologia, hemoterapia, hematologia pediátrica, oncologia clínica, cirúrgica, pediatra, serviços ambulatoriais, enfermaria e Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial.

Atestamos ainda, que realiza todas as atividades hospitalares acima descritas desde Outubro de 1994 até a presente data.

Goiânia, 02 de setembro de 2019.

Augusto Ribeiro Gabriel
CRM 7525

1072

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE GOIÁS
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO
NOME
LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL
CRM/UF
FILIAÇÃO
ELIAS AUGUSTO GABRIEL
TEREZINHA DA PIEDADE R.GABRIEL
DATA DE INSCRIÇÃO
28/10/1994
VIA
ASSINATURA DO PORTADOR
CPF
377.514.021-34
RG / ÓRGÃO EMISSOR
TÍTULO DE ELEITOR
SEÇÃO
ZONA
DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE
RIO DE JANEIRO-RJ
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

Escola de Medicina da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

O Diretor da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
em 19 de dezembro de 1991, confere o título de

Médico a

Luis Henrique Ribeiro Gabriel

brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro nascido a 17 de maio de 1966,
filho de Dias Augusto Gabriel e de Terezinha da Piedade Ribeiro Gabriel

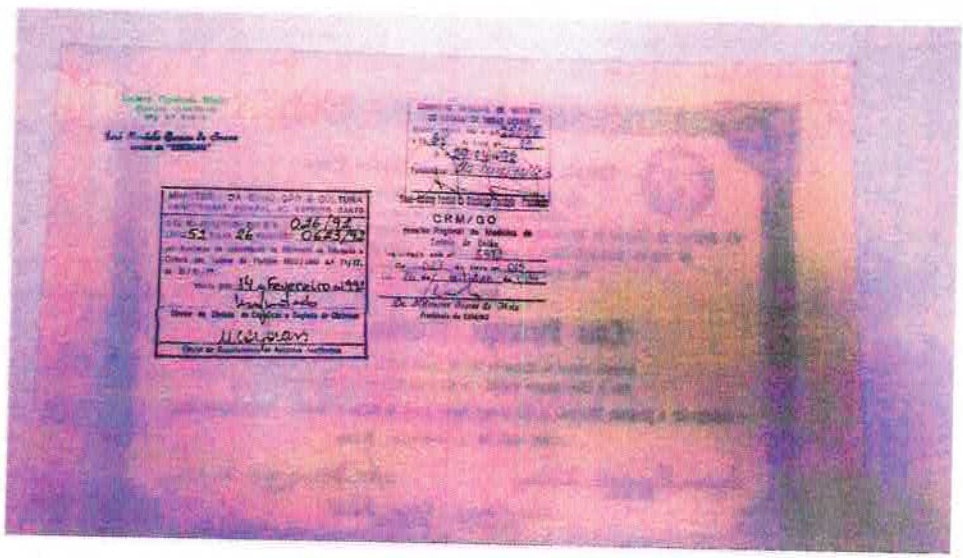
e entrega-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Vitória-ES, 06 de fevereiro de 1992

Secretário

Diretor

Diplomado C.F. 1.596.154-GO



CRM/GO

1076

certificado
A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a
HEMOLABOR UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA
CNPJ: 00.418.954/0007-04
foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma para acreditação de serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) o Certificado de
ACREDITADO COM EXCELÊNCIA
São Paulo, 10 de janeiro de 2019
ACREDITADO COM EXCELÊNCIA
ONA
ONA
IQG
CNS
FAH
FenaSaúde
CMB

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
DA
FUNDAÇÃO FELICE ROSSO

Confere ao Sr. DR.LUIZ HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Certificado

de Conclusão do Curso de Pós-Graduação no Serviço de HEMATOLOGIA, do Hospital' Felício Rocho no período de 15.12.92 á 30.09.94, sob orientação e cuidados do Dr.Romeu Ibrahim de Carvalho.

Belo Horizonte, 11 de setembro de 1997.

PRESIDENTE DA DIRETORIA — Rubens Resende Neves

DIRETOR CLÍNICO — Dr.Clementino P.M.Procópio

Chefe de Serviço — Dr.Romeu Ibrahim de Carvalho

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
DA
FUNDAÇÃO FELICE ROSSO

Confere ao Sr. DR. LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Certificado

de Conclusão em pós graduação, realizado no HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, no período de 16.Dezembro. 1991 a 16.Dezembro. 1992, exercendo suas funções na Clínica de Medicina Interna, sob orientação do Dr. José Olinto Pimenta de Figueredo.

Belo Horizonte, 16. Dezembro. 1992.

PRESIDENTE DA DIRETORIA
Dr. Rubens Resende Neves

DIRETOR CLÍNICO
Dr. Clementino P.M.Procópio

Dr. José Olinto P. Figueredo
Chefe da Cl. Medicina Interna

SBPC
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PATOLOGIA CLÍNICA

AMB
ASSOCIAÇÃO MÉDICA
BRASILEIRA

TÍTULO DE ESPECIALISTA

Ao Médico LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

é conferido

o TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA

Rio de Janeiro, 12 de agosto de 1996

Sec. Geral da A.M.B.
Dr. Luiz Kerpel-Fronius

Presidente da A.M.B.
Dr. Antonio Celso Nunes Nassif

Sec. Geral da SBPC

Presidente da SBPC

Serviço Público Federal

7289

MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, DO COMÉRCIO E DO TURISMO

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL

CERTIFICADO

Conferimos a Luis Henrique Ribeiro Gabriel, por sua participação, no "II Seminário sobre Implantação da Qualidade, Auditoria e Credenciamento de Laboratórios Clínicos e I Curso de Formação de Auditores Internos de Laboratórios Clínicos e de Patologia", promovido pelo INMETRO/CTLE-04, nos dias 28, 29 e 30 de março de 1996, com carga horária de 24(vinte e quatro) horas.

Maria Emília Goullart de Araújo
Chefe
Serviço de Desenvolvimento de Recursos Humanos - SEDER

Wilson [illegible] de Oliveira
Diretoria de [illegible], Qualidade e Pro[illegible]

Erlo Roth
Coordenador

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

C E R T I F I C A D O

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO, de acordo com a Resolução C.F.M Nº 1288/89, certifica que registrou no livro nº 8 às folhas 2585 sob o nº 2585 , a qualificação do(a) médico(a) LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL - CRM 6973 , na especialidade de PATOLOGIA CLINICA

Goiânia(GO), 04 de novembro de 1996.

Dr. Raimundo Renato Leite Pinto
Presidente
Presidente

Dr. José Alberto Monteiro
1º. Secretário
Secretário

... BEIOR BUENO - FONE: 285-4944 - FAX: 285-1917 - CAIXA POSTAL: 133 - CEP 74210-040 - GOIÂNIA - GO

CREMEGO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

Busca de Médicos

Nesta área, você pode realizar uma busca por médico a partir do preenchimento dos campos abaixo.
Quanto maior o número de dados, mais fácil será encontrar o profissional que procura.

Entenda os números de CRM:
Número seguido da letra 'P': inscrição provisória realizada em atendimento a liminar.
Número precedido da sigla 'EME': inscrição de estudante médico estrangeiro.
Número precedido do número '300': inscrição de médico estrangeiro com visto provisório.

CRM VIRTUAL
CONCURSO PÚBLICO! ESTAGIÁRIO
Portal da Transparência Acesso à informação
Revista Bioética
Saúde baseada em evidências
Exame do CREMEGO
MÉDICO COM DEFICIÊNCIA ATUALIZE SEU CADASTRO
Código de Ética Médica
A Declaração de Óbito
CBHPM
CID 10 VERSÃO 2008

Nome do Médico:

UF: GO **CRM:** 6973 **Município:** todas

Tipo de Inscrição: todas **Situação:** todas -- selecione uma situação --

Especialidade: todas

Área de Atuação: Todas

Não sou um robô

Limpar Buscar

Resultado da Busca

Luis Henrique Ribeiro Gabriel
CRM: 6973 - GO **Data de Inscrição:** 26/10/1994 **Primeira inscrição na UF:** 26/10/1994
Inscrição: Principal **Situação:** Regular
Inscrições em outro estado: MG/25058 (Transferido)
Especialidades/Áreas de Atuação: PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL - RQE Nº: 2585
Endereço: RUA 5-A, N. 90 - HEMOLABOR - SETOR AEROPORTO - 74075210 - Goiânia/GO
Telefone(s): (62) 3605-6600

1090

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº.	CNPJ	Inscrição	Validade
4898	12.053.184/0001-37	10/11/2017	10/11/2021

Razão Social
INSTITUTO CEM

Nome Fantasia
INSTITUTO CEM

Endereço
AV DEP J CECÍLIO N 2496 SL 26-A ED N B STYLE - JARDIM

Município / UF
GOIÂNIA/GO

CEP
74810-100

Responsável Técnico
6973 - LUIS HENRIQUE RIBEIRO GABRIEL

Classificação
OUTROS/A DEFINIR

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº. 6.839, de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº. 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é válido até 10/11/2021. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

Chave de validação nº. **3cd66e11c755c54cfb8172b63ffc3f2d91b68a0d**
Emitida eletronicamente via internet em **10/05/2021**

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CREMEGO**:
http://www.cremego.org.br/

2691

imprimir

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIA DE ATENCÃO Á SAÚDE

30/9/2021
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA POR COMPETÊNCIA : 08/2021

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 9/12/2010 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: /08/2021

Nome:			CNES:	CNPJ:
HEMOLABOR UNIDADE ONCO HEMATOLOGICA			6659012	00418954000704
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
HEMOLABOR HEMATOLOGIA E LAB DE PESQUISAS CLINICAS LTDA			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
AVENIDA L			84	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
QD 9A LT 01 02	SETOR AEROPORTO	74075030	GOIANIA	GO
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**	**Dependência:**	
HOSPITAL ESPECIALIZADO	sem sub tipo	MUNICIPAL	INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**6**
Outros	**8**

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PUBLICO
AMBULATORIAL	PARTICULAR
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PUBLICO
INTERNACAO	PARTICULAR
Fluxo de Clientela:	

Leitos

CLÍNICO

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
HEMATOLOGIA	15	0
CLINICA GERAL	15	0
ONCOLOGIA	16	0

PEDIÁTRICOS

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	5	0

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	NÃO

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BOMBA DE INFUSAO	53	53	NÃO
DESFIBRILADOR	2	2	NÃO

1094

MONITOR DE ECG	1	1	NÃO
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	4	4	NÃO
RESPIRADOR/VENTILADOR	2	2	NÃO

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	5	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	TERCEIRIZADO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

1096

132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO

1098

Grupo A)
Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial, de até 01 (um) ano, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

Contrato de Gestão n° 107/2018-SES/GO

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto CEM Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN, para os fins que se destina.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pelo **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO**, JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 1235192 2ª via, expedida pela SPTC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 292.108.101-63, residente e domiciliado nesta Capital,, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada por seu Secretário, LEONARDO MOURA VILELA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, (4871395), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio: Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO, neste ato representado por seu Presidente THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP 334.720, portador da CI/RG nº 32.668.705-1, inscrito no CPF nº 220.520.218-92, residente e domiciliada Sorocaba/SP.

RESOLVEM, na forma da Lei Estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, no Despacho nº 1078/2018 SEI – SCAGES (4851218), Despacho n° 2420/2018-SEI-SGPF (4851206), na Resolução do Conselho Estadual de Investimentos, Parcerias e Desestatização/Conselho Gestor de PPP (CIPAD) nº 041/2013, de 18 de dezembro de 2012 (4851137), e no Ato de Dispensa de Chamamento Público de Contrato de Gestão Emergencial

1102

(4860837), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, tudo constante do processo administrativo n° 201800010045768, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria para a execução das atividades de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no Hospital Estadual de Urgência de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN, nos termos do que se encontra detalhado nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho, consideradas partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais.

1.2. Este CONTRATO DE GESTÃO, como instrumento de natureza convenial, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás; na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005; e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

São obrigações e responsabilidades do PARCEIRO PRIVADO:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste CONTRATO DE GESTÃO.

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.5. Deverá o PARCEIRO PRIVADO administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para a imediata patrimonialização pública

dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN), nos termos do art. 7º, I, alínea "h", da Lei Estadual nº 17.257/2011.

2.8. Comunicar ao PARCEIRO PÚBLICO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

2.9. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste CONTRATO DE GESTÃO, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

2.10. Pôr à disposição do PARCEIRO PÚBLICO para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do CONTRATO DE GESTÃO.

2.11. Utilizar os bens móveis e imóveis adquiridos com os recursos provenientes do contrato de gestão exclusivamente na sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.12. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

2.13. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta de Trabalho, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho.

2.14. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

2.15. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho.

2.16. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

2.17. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.18. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os

princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

2.19. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.

2.20. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta de Trabalho apresentada.

2.21. Contratar, por meio de processo seletivo, sob regime da CLT, profissionais técnicos e administrativos em quantidade necessária e condizente ao adequado cumprimento das atividades e dos serviços inerentes ao objeto dessa parceria.

2.22. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

2.23. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.24. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.25. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.26. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta de Trabalho apresentada.

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência.

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de

1105

regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Trabalho.

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO.

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

2.36. Apresentar semestralmente à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO a prestação de contas correspondente ao período, a qual deverá seguir acompanhada das notas fiscais de compras e serviços, certidões negativas de débitos perante as Fazendas Públicas estadual, federal e municipal, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e da justiça do trabalho, bem como a relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros.

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao PARCEIRO PÚBLICO, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

2.39. Comunicar imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989).

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, com envio semestral de seus resultados ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior.

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo PARCEIRO PÚBLICO, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor.

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes as atividades e operações objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pelo pessoal especialmente designado pelo PARCEIRO PÚBLICO, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

2.47. Restituir à conta do PARCEIRO PÚBLICO o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº 15.503/05, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria.

2.49. Manter por 05 (cinco) anos, contados da análise da prestação de contas pelos órgãos de controle, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este CONTRATO DE GESTÃO.

2.50. Remeter imediatamente ao órgão supervisor e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações administrativas e/ou judicial que o PARCEIRO PÚBLICO tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

2.50.1. Encaminhar ao órgão supervisor os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.51. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento.

2.52. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão.

2.53. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.54. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

1107

2.55. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

2.56. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

2.57. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

2.58. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral.

2.59. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

2.60. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

2.61. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

2.62. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatória.

2.63. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo PARCEIRO PÚBLICO e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, manifestar-se quanto ao interesse em mantê-los.

2.64. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido.

2.65. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

2.66. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.67. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho apresentada.

2.68. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo Parceiro Privado do recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.69. Ao Parceiro Privado é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste Contrato de Gestão para manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

São responsabilidades do PARCEIRO PÚBLICO:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na cláusula oitava deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.2. Prestar ao PARCEIRO PRIVADO o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, desde que não acarrete em ônus financeiro extra.

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.4. Permitir o uso de bens móveis que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.5. Ressarcir o PARCEIRO PRIVADO por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste CONTRATO DE GESTÃO.

3.6. Manter no sítio eletrônico do órgão supervisor e no Portal de Transparência do Governo do Estado os dados sobre a execução e avaliação do presente CONTRATO DE GESTÃO.

3.7. Proceder à cessão de servidores públicos ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B da Lei nº 15.503.

3.8. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal.

3.9. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo PARCEIRO PRIVADO por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

Os PARCEIROS se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.4. Divulgar junto à Comunidade a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações;

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude o §2º, do art. 10, da Lei 15.503 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao PARCEIRO PRIVADO a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o PARCEIRO PRIVADO sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o PARCEIRO PRIVADO poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos, contados da análise das contas.

5.5. O PARCEIRO PRIVADO apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste Contrato de

1110

Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar, até o dia 10 de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do PARCEIRO PRIVADO as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado e à Controladoria Geral do Estado para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização informarão imediatamente autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de **180 (cento e oitenta) dias**, contados **a partir de 27 de novembro de 2018**, condicionada à outorga pelo Procurador-Geral do Estado, ou até que se conclua o novo chamamento público para seleção de nova Organização Social para gestão da respectiva unidade hospitalar (processo administrativo nº 201800010042187), o que vier a ocorrer primeiro, ficando a eficácia condicionada à publicação de seu resumo na imprensa oficial.

6.2. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente CONTRATO DE GESTÃO se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

6.3. O presente ajuste será denunciado unilateralmente pela **PARCEIRO PÚBLICO**, para expiração antecipada do prazo de sua vigência, a partir da data da publicação do extrato do novo contrato.

6.3.1. A denúncia a que se refere a subcláusula 06.3 efetivar-se-á por meio de

1111

comunicação por correio eletrônico, com antecedência estimada de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO especificados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO a importância global estimada de **R$ 13.769.793,60** (treze milhões, setecentos e sessenta e nove mil, setecentos e noventa e três reais e sessenta centavos).

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste CONTRATO.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo PARCEIRO PÚBLICO, a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.5. Poderá o PARCEIRO PÚBLICO, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao PARCEIRO PRIVADO a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. O PARCEIRO PRIVADO deverá movimentar e aplicar os recursos lhe repassados em instituições financeiras que possuam na modalidade "moeda local de curto prazo" nota mínima "B", conforme classificação de risco atribuída pela agência de *rating* internacional *Standard & Poor's,* ou, em não havendo aquela, na modalidade "brA-3".

7.8. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO manter e movimentar os recursos transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica, de modo que não sejam confundidas com os

recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO, apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categorias.

7.10. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então deverá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.12. O PARCEIRO PRIVADO fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente CONTRATO DE GESTÃO, a título de:

a) taxa de administração, de gerência ou similar;

b) publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes da organização social, autoridades ou servidores públicos;

c) pagamento de benefícios a empregados do PARCEIRO PRIVADO não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do PARCEIRO PRIVADO na condição de entidade privada sem fins lucrativos.

7.14. Ao final do CONTRATO DE GESTÃO, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao PARCEIRO PÚBLICO.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. O repasse será feito em 6 (seis) parcelas de **R$ 2.294.965,60** (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos), sendo: **R$ 2.286.829,02** (dois milhões, duzentos e oitenta e seis mil, oitocentos e vinte e nove reais e dois centavos) o valor líquido para custeio da Unidade; **R$ 8.136,58** (oito mil, cento e trinta e seis reais e cinquenta e oito centavos) referente à estimativa da integralidade da folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN, conforme quadro abaixo, respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º dia útil de cada mês:

1113

DETALHAMENTO	ESTIMATIVA DE CUSTO MENSAL	PERÍODO	ESTIMATIVA DE CUSTO TOTAL
Repasse Mensal de recurso financeiro referente ao Contrato de Gestão Emergencial a ser celebrado entre o Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e a Organização Social Instituto CEM para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, por 180 (cento e oitenta) dias, a partir dodo dia 27 de novembro de 2018.	R$ 2.286.829,02	27/11/2018 a 26/05/2019	R$ 13.769.793,60
Valor referente à folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN.	R$ 8.136,58		

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da Nota de Empenho e dotação orçamentárias abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**NÚMERO SEI**	**VALOR (R$)**
00279	21/11/2018	4865721	2.600.961,01
Total empenhado (R$)			**2.600.961,01**

Sequencial: 078	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1028	Programa Promoção, Prevenção e Proteção a Assistência Integral à Saúde
Ação	2137	Gestão Inteligente das Unidades Assistenciais de Saúde
Grupo de despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentado em sua Proposta de Trabalho, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo.

9.2. É vedado ao PARCEIRO PRIVADO o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste CONTRATO DE GESTÃO, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento.

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do PARCEIRO PRIVADO deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.5. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta de Trabalho apresentada.

9.6. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO.

9.7. O PARCEIRO PRIVADO poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.9. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.10. Na hipótese do PARCEIRO PRIVADO não alcançar as metas pactuadas poderá o PARCEIRO PÚBLICO adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

1115

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este CONTRATO DE GESTÃO.

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.14. O PARCEIRO PÚBLICO fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo PARCEIRO PRIVADO visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.15. O PARCEIRO PRIVADO não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

9.16. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo PARCEIRO PÚBLICO, deverá o PARCEIRO PRIVADO comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação de seus termos pelo CIPAD e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do CONTRATO DE

1116

GESTÃO, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO a Organização Social parceira perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás;

11.1.2. O PARCEIRO PRIVADO utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o CONTRATO DE GESTÃO e as disposições legais;

11.1.3. O PARCEIRO PRIVADO deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo PARCEIRO PÚBLICO;

11.1.4. O PARCEIRO PRIVADO por dois semestres não cumprir as metas previstas neste CONTRATO DE GESTÃO;

11.1.5. O PARCEIRO PRIVADO descumprir qualquer cláusula deste CONTRATO DE GESTÃO e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo PARCEIRO PÚBLICO.

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste CONTRATO DE GESTÃO ou em razão do término de sua vigência, a Organização Social não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, o PARCEIRO PÚBLICO providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo à Organização Social direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O PARCEIRO PRIVADO poderá suspender a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o PARCEIRO PÚBLICO com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

1117

11.5. O PARCEIRO PRIVADO terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar as obrigações deste decorridas e prestar contas de sua gestão ao PARCEIRO PÚBLICO.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este CONTRATO DE GESTÃO poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na *internet,* obrigatoriamente, 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 patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão. Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

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 Chefias de seu organograma, com os respectivos salários mensais;

l) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, respectivos resultados, os contratos e eventuais termos aditivos;

m) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente desta.

n) Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo PARCEIRO PRIVADO, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

13.1.1. Anexos Técnicos.

13.1.2. Proposta de Trabalho apresentada pela organização social.

13.1.3. Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e

13.1.4. Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O PARCEIRO PRIVADO é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo PARCEIRO PRIVADO de regra constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o PARCEIRO PÚBLICO, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) advertência;

b) suspensão da execução do contrato de gestão;

c) multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente também aos dirigentes da Organização Social, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) rescisão do contrato;

e) desqualificação;

f) instauração de Tomada de Contas Especial.

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito do PARCEIRO PÚBLICO exigir indenização dos prejuízos sofridos.

1119

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA– DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta da secretaria de estado ou da entidade da administração indireta da área do serviço objeto deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo PARCEIRO PÚBLICO, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os **preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.**

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, perante 2 (duas) testemunhas, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Goiânia, _____ de _____de 201__ .

JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO
Procurador-Geral do Estado

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Instituto CEM

TESTEMUNHAS:

1.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____
2.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

1120

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este Anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta diversas cláusulas específicas para Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde-SES. O objetivo é descrever em detalhes diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo é dividido em quatro segmentos:

1- Especificações Técnicas, que normatiza a execução contratual na área da saúde;

2- Descritivo de Serviços, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este Contrato;

3- Estrutura e Volume de Atividades Contratadas e

4- Conteúdo das informações a serem encaminhadas à SES.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação eletrônica, a ser disponibilizado pela SES, para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, segundo os critérios da SES e do Ministério da Saúde - MS;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas da Unidade. As altas ambulatoriais e prescrições médicas deverão ser disponibilizadas até às 19h, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1121

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como os logotipos do SUS e da Unidade;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites para eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando, a qualquer momento, à SES e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade;

1.7. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar, junto à SES, o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse;

1.8. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato;

1.9. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.10. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online,* à SES, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943/2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos, com empresas idôneas e certificadas, de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.10.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades de gerenciamento de

equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à SES, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

•Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

•Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

•Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da Unidade.

•Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

•Permitir a visita ao usuário internado conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

•Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

•Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

•Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

•Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

•Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

1123

•Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

•Cumprir a Política Nacional e Estadual do Sangue, Componentes e Hemoderivados.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.15. Implantar Pesquisa de Satisfação do Usuário, conforme item 2 do Anexo Técnico III;

1.16. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.17. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo SUS;

1.18. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.19. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da SES. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos no Anexo Técnico III deste Contrato;

1.20. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Municipal, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.21. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem

c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT

e) Comissões Compulsórias da ANVISA e MS:

- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (Nutrição Enteral e Parenteral), de acordo com a Portaria GM/SNVS/MS e RDC da Anvisa nº 63/00

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Comissão de Farmacoterapia

1.22. Seguir os preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- Os laboratórios prestadores de serviços às Unidades da Rede do Estado de Goiás devem seguir fluxo de monitoramento de bactérias multiresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

- Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

- Alimentar o Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde).

- Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas a Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais.

- Garantir, às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento, conforme Resolução n° 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.24. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrututra de saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.25. Em relação ao gerenciamento de tecnologias em saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter, durante a vigência deste Contrato, um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a Unidade na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.26. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa, quando for necessário, dessas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.27. Como parte do acompanhamento e supervisão do gerenciamento de equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas nos equipamentos, como também ao registro histórico desses equipamentos para subsidiar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO de encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à SES a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.28. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências do HUTRIN deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

•Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

•Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

•Lei Federal Nº 12.845, de 01/08/13 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

•Lei nº 9.431, Nº de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

•Lei Federal nº 12.303/10 - exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas - teste da orelhinha.

•PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

1726

•PT GM/MS Nº 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.

•PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

•PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré - hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

•PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

•PT GM/MS Nº 1. 559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

•PT GM/MS Nº 2.529, de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

•PT SVS/MS Nº 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos Raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

•PT GM/MS Nº. 881, de 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

•PT MS/SAS Nº 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.

•PT MS/SAS Nº 793 de 24 de abril de 2012 -Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

•PT Nº 1.377 de 09/07/2013- Aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).

•PT Nº 2.095 de 24/09/13 – Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.

•PT Nº 48/2004 – MS - Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e dá outras providências.

•PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36, de 25 /07/ 13 - Núcleo de Segurança do Paciente.

•PT GM/MS Nº 1459, de 24/06/11 – Institui a Rede Cegonha e contém parâmetros e objetivos para o Serviço de Admissão Obstétrica, com a utilização dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco, segundo Portaria do Humaniza- SUS/ Classificação de Risco GM/MS nº 569, 570 e 572, de 01/06/2000.

•PT GM Nº 1683, de 12/07/2007 – Institui as três etapas do Método Canguru de assistência humanizada aos recém-nascidos de baixo peso.

•PT GM nº 2051, de 08/11/2001 (Anexo nº 2) e Resoluções da ANVISA (RDC 221 e 222) -Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.

•RDC nº 171/ANVISA, de 04/09/2006- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento do Banco de Leite Humano, com prazo de 6 meses para adequações, se necessário.

•RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria nº 1.884, de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307, de 14/11/2002, publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189, de 18/07/2003, publicada no DOU de 21/07/2003.

•Resolução CFM Nº 1802/2016 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O HUTRIN está localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO – CEP:75380-000, possui funcionamento 24 horas por dia, sete dias da semana ininterruptamente e integra a Rede Estadual de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás - Rede HUGO. É regulado pela Central de Regulação Municipal, sendo responsável pelo atendimento de Baixa e Média complexidade em Urgência/Emergência, clínica médica,

1128

clínica cirúrgica e clínica obstétrica. A região de abrangência da Unidade é o município de Trindade e municípios circunvizinhos de Palmeiras de Goiás, Campestre, Santa Bárbara. O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira das 07h às 19h.

Capacidade Operacional da Unidade: 64 leitos assistenciais

Leitos de Internação	Clínica Médica	19
	Clínica Cirúrgica	12
	Clínica Obstétrica	15
Total de Leitos Operacionais	**46 leitos**	
Leitos Auxiliares	Observação	16
	Reanimação	02
Total de Leitos Auxiliares	**18 leitos**	
Total de Leitos	**64 leitos**	

A Unidade conta também com 01 Centro Cirúrgico com 02 salas cirúrgicas e 2 leitos de Recuperação Pós Anestésica – RPA.

O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades definidas no seu perfil de atendimento.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares e no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como por meio dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao Sistema de Informação para Monitoramento, Controle e Avaliação a ser disponibilizados pela SES. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as

1129

solicitações da Central de Regulação Municipal, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis na Unidade, com tempo de resposta em no máximo 01(uma) hora.

1. Assistência Hospitalar

Internação (Saídas Hospitalares)

A distribuição dos 64 leitos propostos prevê a utilização de 46 leitos de internação, além de 18 leitos auxiliares, sendo 16 de Observação e 02 leitos de Reanimação no Pronto Socorro. Os pacientes serão referenciados por meio da Central de Regulação Municipal.

2. Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende:

a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b. Interconsulta

c. Consulta subsequente (retorno)

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Município à Unidade, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela SES.

1130

2.1. **No processo de Assistência Ambulatorial estão incluídos:**

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação.

2. Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

3. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência, de acordo com listagem do SUS.

4. Serviço de Nutrição e Alimentação com fornecimento de insumos necessários para a elaboração, preparo e distribuição de refeições para os funcionários da Unidade e pacientes, quando necessário.

5. Assistência por equipe multiprofissional especializada.

6. Diárias de hospitalização, em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário.

7. Hemocomponentes e hemoderivados.

8. Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes, quando necessário.

9. Material descartável necessário à assistência multiprofissional.

10. Fornecimento de enxoval hospitalar.

11. Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Consultas de Especialidades Médicas oferecidas pelo Ambulatório da Unidade:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia, Pediatria.

Obs.:O Pediatra presta atendimento ao ambulatório e aos bebês do berçário e das enfermarias de internação.

1131

SADT Interno oferecido pela Unidade:

Análises Clínicas	Eletrocardiograma	Raio-X

3. Programas Especiais e Novas Especialidades

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, o HUTRIN se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, essas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO, após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente Contrato.

III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)

A Unidade deverá realizar 400 saídas hospitalares/mês, com variação de ± 15%de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internação (saídas hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Clinica Médica	140	140	140	140	140	140	**840**
Clinica Cirúrgica	140	140	140	140	140	140	**840**
Clínica Obstétrica	120	120	120	120	120	120	**720**
TOTAL	**400**	**400**	**400**	**400**	**400**	**400**	**2.400**

2. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

A Unidade deverá realizar um número de 7.300 atendimentos/mês de urgência.

Urgência / Emergência	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Atendimentos Médicos	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	**43.800**

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um número de atendimento ambulatorial de 1.200 consultas médicas/mês e 400 consultas não médicas/mês, de acordo com a capacidade operacional do ambulatório:

Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Consulta Médica	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	**7.200**
Consulta não médica	400	400	400	400	400	400	**2.400**
TOTAL	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**9.600**

Especialidades Médicas Oferecidas:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia e Pediatria.

IV – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à SES toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por essa determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade
- Relatórios de Custos em Regime Trimestral
- Censo de origem dos pacientes atendidos
- Pesquisa de Satisfação de pacientes e acompanhantes
- Outras a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO II

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de Repasse

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

a. Internação (Saídas Hospitalares)

b. Atendimento às Urgências

c. Atendimento Ambulatorial

1.1. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

2. Além das atividades de rotina, o HUTRIN poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da SES, conforme especificado no item IV do Anexo Técnico I - Descritivo de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do HUTRIN é estimado em **R$ 13.769.793,60** (cento e dez milhões, cento e cinquenta e oito mil, trezentos e quarenta e oito reais e oitenta centavos) para o período de até 180 **(cento e oitenta) dias**, e compõe-se da seguinte forma:

3.1. Uma parte relativa à **Avaliação Quantitativa** correspondendo a **90% (noventa por cento)** desse montante, totalizando o valor de **R$ 12.392.814,2** (doze milhões, trezentos e noventa e dois mil, oitocentos e quatorze reais e vinte e quatro centavos):

- 70% desse valor corresponde a **R$ 8.674.969,97** (oito milhões, seiscentos e setenta e quatro mil, novecentos e sessenta e nove reais e noventa e sete centavos), refere-se ao custeio das despesas com a **Internação (saídas hospitalares);**

•25% desse valor corresponde a **R$ 3.098.203,56** (três milhões, noventa e oito mil, duzentos e três reais e cinquenta e seis centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento às Urgências;**

•05% desse valor corresponde a **R$ 619.640,71** (seiscentos e dezenove mil, seiscentos e quarenta reais e setenta e um centavos), refere-se ao custeio das despesas com o Atendimento Ambulatorial.

3.2. Uma parte relativa à Avaliação Qualitativa correspondendo à 10% (dez por cento) desse montante, totalizando o valor de **R$ 1.376.979,36** (um milhão, trezentos e setenta e seis mil, novecentos e setenta e nove reais e trinta e seis centavos) será repassado para cada meta alcançada nos Indicadores abaixo relacionados:

1.Autorização de Internação Hospitalar (20%)

2.Índice de Satisfação dos Usuários (20%)

3.Taxa de Ocupação Operacional Geral (20%)

4.Taxa de Cesariana em Primípara (20%)

5.Mortalidade Operatória (20%)

4. Os repasses ao PARCEIRO PRIVADO dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1. **90% (noventa por cento)**, correspondente à Avaliação Quantitativa, mencionado no item 3.1, será repassado em até **06 (seis) parcelas mensais fixas** no valor estimado de **R$ 2.065.469,04** (dois milhões, sessenta e cinco mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e quatro centavos).

4.2. **10% (dez por cento)**, correspondente à Avaliação Qualitativa, mencionado no item 3.2, será repassado mensalmente junto com as parcelas da Avaliação Quantitativa, em até 06 **(seis) parcelas mensais** no valor estimado de **R$ 229.496,56** (duzentos e vinte e nove mil, quatrocentos e noventa e seis reais e cinquenta e seis centavos).

Esses valores estão vinculados à avaliação Qualitativa, conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III-Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão.

4.3. O valor de cada parcela mensal está estimado em R$ 2.294.965,60 (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos).

4.4. A Avaliação Quantitativa serão realizadas em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos Indicadores pela Unidade.

5. Visando o acompanhamento, a avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO no ANEXO TÉCNICO I, a mesma deverá encaminhar, mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela SES, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas por meio dos registros no SIA-Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH-Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SES.

5.2. As informações mensais, relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à SES, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. As informações deverão fazer parte da Planilha de Informações Complementares, que deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GEFIC/SCAGES/SES-GO.

5.4. A Avaliação Qualitativa será realizada em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até, 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

5.5. O Sistema de Gestão em Organizações Sociais – SIGOS, disponibilizado na Internet, emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade, e estabelecerá, por meio de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A SES procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

6.1. A parcela referente à Avaliação Qualitativa será paga mensalmente, junto com a parcela referente à Avaliação Quantitativa, e os eventuais ajustes financeiros, a menor, serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

6.2. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Contrato.

7. A cada período de 03 (três) meses, a SES procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação das Metas Qualitativa e Quantitativa.

8. Ao final do presente Contrato, a SES procederá a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades nele estabelecidas, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

9. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à SES, em modelos por essa estabelecidos, relatórios de execução, trimestral, em data estabelecida pela SES, do mês subsequente ao trimestre.

10. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

11. O PARCEIRO PÚBLICO realizará, mensalmente, o desconto financeiro referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO.

II - Sistemática e Critérios de Repasse e Desconto Financeiro por Não Cumprimento de Meta

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses e desconto financeiro por não cumprimento de meta, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.Avaliação e Valoração dos Desvios nas Quantidades de Atividade Assistencial (Avaliação Quantitativa do Contrato de Gestão – 90%)

A avaliação e análise da Atividade Assistencial contratada constante deste documento será efetuada ao final do contrato conforme explicitado na Tabela I - Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume

1137

contratado. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial constante no ANEXO I e gerarão uma variação proporcional no valor de desconto financeiro, caso haja o não cumprimento de meta, a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela I deste ANEXO.

2. Avaliação e Valoração dos Indicadores de Qualidade (Avaliação Qualitativa do Contrato de Gestão – 10%)

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, para valoração de cada um dos indicadores, serão utilizados para o cálculo do repasse referente à Avaliação Qualitativa, conforme especificado no item 4.2 e 4.3 deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em 02 trimestres.

TABELA I – Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado.

PERCENTUAL DO VOLUME CONTRATADO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR DO DESCONTO FINANCEIRO POR NÃO CUMPRIMENTO DE META
INTERNAÇÃO 80%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado à atividade da internação.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado à atividade da internação.
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS 18%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL 2%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.

1138

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da Unidade.

1. Autorização de Internação Hospitalar (20%) - Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

A meta é atingir a totalidade (90%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência da Unidade. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados por meio eletrônico, contendo exclusivamente as AIH do mês de competência, livres de críticas e reapresentações.

2. Índice de Satisfação dos Usuários (20%)

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário sobre o atendimento da Unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios das unidades, abrangendo 10% do total de pacientes, escolhidos aleatoriamente em cada área de internação, e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o

de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de consolidação dos três grupos deverá ser até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

Ressalta-se que o índice é calculado usando a manifestação espontânea dos pacientes e acompanhantes da Unidade.

Meta = Resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da Pesquisa de Satisfação do Usuário.

3. Taxa de Cesariana em Primípara (25%)

A Taxa de Cesariana em primíparas é um indicador selecionado que deverá refletir a qualidade do processo assistencial em Obstetrícia. O indicador é avaliado mensalmente sendo o relatório final relativo ao cumprimento de metas estabelecidas para o hospital avaliado a cada trimestre. O relatório deverá apresentar as informações totalizadas do trimestre com a identificação de todas as primíparas. O acompanhamento das taxas de cesáreas em primíparas, mortalidade neonatal intra hospitalar precoce e tardia por faixas de peso e número de óbitos maternos será realizado a partir dos dados incorporados a página da internet.

Os dados que devem ser informados para estes indicadores incluem o número total de partos, o número total de cesáreas, o número de partos em primíparas, o número de cesáreas em primíparas e o número de óbitos neonatais estratificado por faixas de peso (<500g , 500 a 999g , 1000 a 1499g , 1500 a 1999g , 2000 a 2499g , igual ou maior que 2500g), Informar número de nascidos vivos, número de nascidos mortos, número de óbitos de 0 a 6 dias, número de óbitos de 7 a 28 dias, número de óbitos de 29 dias ou mais.

O valor ponderal deste indicador será 25% em todos os trimestres.

Meta = Elaboração de relatório contendo o valor das taxas no mês, com análise dos resultados encontrados, que devem ser encaminhado até o dia 10 do mês subsequente.

Memória de Cálculo = Número de cesáreas em primíparas / Número de partos X 100.

4.Taxa de Ocupação Operacional Geral (20%)

A Taxa de Ocupação Operacional Geral destina-se a avaliar o grau de utilização dos leitos operacionais na Unidade como um todo. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional e está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde. O leito hospitalar deve ser bem gerenciado por ser um recurso caro e complexo. O mesmo deve ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada, de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para a recuperação da saúde.

Meta = Manter a taxa de ocupação entre 85 e 90%.

Memória de Cálculo = ∑ Nº de pacientes/dia no período / ∑ Nº de leitos/dia operacionais no período X 100.

a) Numerador - número de pacientes/dia = somatória de pacientes/dia do hospital no período de um mês.

b) Denominador - número de leitos/dia operacionais = somatória de leitos/dia operacionais no hospital no período de um mês.

Obs.: Utilizar o Censo Hospitalar das 00:00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº 312/2002 do MS.

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do Censo Hospitalar devem ser fidedignas no momento do Censo para que as informações de pacientes /dia e leitos/ dia reflitam de forma precisa a ocupação do leito hospitalar. Nesse sentido, o cadastro de leitos no sistema de informação deverá ter rotinas de atualização sistemáticas.

Fonte de Dados = Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME.

O Relatório de consolidação do Censo Hospitalar deve ser realizado diariamente considerando o horário a partir das 00:00h, devendo ser armazenado no sistema de informação da Unidade ou registrado, como relatório em papel, no SAME, para posterior confirmação dos dados, se necessário. O relatório com a consolidação dos dados deverá ser enviado até o dia 10 do mês imediatamente subsequente, para ser avaliado e aprovado pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde.

Público alvo = Pacientes internados na Unidade.

5. Mortalidade Operatória (20%)

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por

1141

Classes (de 1 a 5) da Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Meta = Elaboração de relatório contendo o valor das taxas no mês, com análise dos resultados encontrados, que devem ser encaminhado até o dia 10 do mês subsequente.

5.1. Definições:

5.1.1. Taxa de Mortalidade Operatória:

Memória de Cálculo = número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

5.1.2. Taxa de Cirurgias de Urgência:

Memória de Cálculo = Nº de cirurgias de urgência realizadas no mês / Nº total de cirurgias realizadas no mês X 100

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

ANEXO TÉCNICO IV

DEMAIS DISPOSIÇÕES

I. O PARCEIRO PÚBLICO poderá realizar repasse de recursos ao PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, no início ou durante a execução do Contrato de Gestão, para ampliação, adaptação e reformas das estruturas físicas já existentes, de acordo com o cronograma estimado de obras, bem como a aquisição de equipamentos e bens móveis que se fazem necessários à prestação dos serviços públicos.

II. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

III. Nos termos do item II acima, O PARCEIRO PRIVADO deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção, ratificados por meio de Pesquisa Salarial de Mercado Anual, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

IV. Na eventual rescisão de contrato trabalhista de empregado, a responsabilidade pela mesma é do PARCEIRO PRIVADO, cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o ônus financeiro.

V. Ocorrendo a situação prevista no item IV acima, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o comprovante das despesas com as respectivas rescisões devidamente homologadas junto aos órgãos competentes, quando aplicável, e requerer o ressarcimento para a recomposição dos recursos destinados à assistência hospitalar.

VI. Na eventual rescisão deste Contrato de Gestão, os valores repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO disponíveis em conta e não utilizados na prestação dos serviços de saúde serão devolvidos aos cofres públicos, com as devidas aplicações financeiras.

VII. Os valores relativos às reclamações trabalhistas e ações judiciais que surgirem após a rescisão do presente Contrato, sob qualquer forma das atividades descritas neste Instrumento, será de responsabilidade do PARCEIRO PÚBLICO após a devolução pelo PARCEIRO PRIVADO do saldo líquido existente no fundo, previsto no item 7.3 da Cláusula

Sétima deste Contrato de Gestão, devendo o PARCEIRO PÚBLICO dar total quitação ao PARCEIRO PRIVADO no ato dessa devolução.

VIII. Em caso de rescisão unilateral deste Contrato de Gestão por parte do PARCEIRO PÚBLICO, o PARCEIRO PÚBLICO deverá arcar com os custos de desmobilização e dispensa do pessoal contratado pelo PARCEIRO PRIVADO para a execução dos serviços pactuados, sem prejuízo de eventual indenização que a ela couber.

IX. Encerrado o prazo de vigência do presente Instrumento Contratual, e não cabendo mais sua prorrogação, proceder-se-á à sub-rogação dos direitos e deveres decorrentes dos contratos firmados pelo PARCEIRO PRIVADO, para execução do objeto deste Contrato de Gestão, à nova entidade escolhida pelo PARCEIRO PÚBLICO.

X. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar Portarias para, de forma complementar, e observando o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constantes no caput do art. 37 da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.

ANEXO VII

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto CEM Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, localizado no Município de Goiânia - Goiás, para os fins que se destina

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pelo **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO**, JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 1235192 2ª via, expedida pela SPTC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 292.108.101-63, residente e domiciliado nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, LEONARDO MOURA VILELA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

O **INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS**, inscrito no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio: Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, (4871395), neste momento representado por seu presidente THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP 334.720, portador da CI/RG nº 32.668.705-1, inscrito no CPF nº 220.520.218-92, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão n. 107/2018, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o **INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS** cujo

objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 201800010045768 as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso, gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens anexo a este Termo.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão n. 107/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde- SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN,** somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização da **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pela **CONTRATADA**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pela **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, a **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de

Gestão n. 107/2018, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão n. 107/2018.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência da **PERMITENTE.**

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento à **PERMITENTE.**

g) Informar imediatamente à **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar à **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear a **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência à **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente à **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. 107/2018

4.2. A **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento, no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias, a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. A **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir a **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização da **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir a **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n. 107/2018.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna dos Contratos de Gestão em Serviços de Saúde e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando os bens ao *status quo ante.*

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, __ de _____ de 2018.

JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO
Procurador-Geral do Estado

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Instituto CEM

TESTEMUNHAS:

1.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____
2.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

ANEXO VIII
TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto Cem Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso do imóvel denominado Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pelo **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO**, JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO, brasileiro, advogado, portador da CI/RG nº 1235192 2ª via, expedida pela SPTC/GO, inscrito no CPF/MF sob o nº 292.108.101-63, residente e domiciliado nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, LEONARDO MOURA VILELA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 305.045.541-15, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS, inscrito no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio: Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, CEP: 74.810-100, Goiânia/GO, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, (4871395), neste momento representado por seu presidente THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP 334.720, portador da CI/RG nº 32.668.705-1, inscrito no CPF nº 220.520.218-92, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão n. 107/2018, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o **INSTITUTO CEM CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS** cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo nº 201800010045768 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO – CEP. 75380-000, onde funciona o **Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, localizado no Município de Trindade.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 107/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS, sendo o HUTRIN hospital geral com atendimento de Urgência/Emergência.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **Unidade Hospitalar**, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pela **CONTRATADA.**

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão n. 107/2018, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste Termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na Cláusula Segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n. 107/2018, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o

Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este Termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado a **PERMISSIONÁRIA** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da Comissão Especial para Análise de Obras Complementares Executadas em Unidades de Saúde sob Gestão de Organizações Sociais.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n. 107/2018;

4.2. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta Permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias, a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na **Lei n. 15.503/2005**, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n. 107/2018.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna dos Contratos de Gestão em Serviços de Saúde, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando o bem ao *status quo ante.*

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, ___ de _____ de 2018.

JOÃO FURTADO DE MENDONÇA NETO
Procurador-Geral do Estado

LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
Instituto CEM

TESTEMUNHAS:

1.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____
2.ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

1153

TERMO ADITIVO

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 107/2018-SES/GO, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS – INSTITUTO CEM, NA FORMA ABAIXO.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO,** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, neste ato representado por sua Procuradora-Geral do Estado, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES-GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, brasileiro, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 – DGPC/GO, CPF/MF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e **CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS - INSTITUTO CEM,** doravante denominada simplesmente **PARCEIRA PRIVADA**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.173/2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Av. Deputado Jamel Cecílio, nº 2.496, Qd. B22, Lote 4E, Sala 26-A, Edifício/Condomínio New Business Style, Setor Jardim Goiás, Goiânia-GO, CEP: 74.810-100, neste ato representado por seu Presidente, Dr. THADEU DE MORAIS GREMBECKI, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/SP334.720, portador da CI/RG nº 32.668705-1, inscrito no CPF sob o nº 220.520.218-92, residente e domiciliado em Sorocaba/SP, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 107/2018-SES/GO**, que se regerá pelas cláusulas abaixo e pelas disposições da Lei Estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e suas alterações, tendo em vista o que consta do processo administrativo nº 201800010045768.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação do prazo da vigência do Contrato n° 107/2018 – SES/GO, por 90 (noventa) dias, ou até a conclusão do Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO.

1.1.2. Readequação do Plano de Metas de Produção, alinhadas ao perfil atual do hospital para otimizar a eficiência e a eficácia do mesmo, com a consequente alteração do Anexo Técnico I, item III, Estrutura e Volume de Atividades contratadas, 1.1. Internação (Saídas Hospitalares).

1.1.3. Fixação das regras para a transição do gerenciamento da Unidade junto à Organização Social que se consagrar vencedora do Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO (Processo 201900010008727), Instituto CEM - Processo 201800010045768, e com Grupo de Trabalho da Secretaria do Estado de Goiás-SES/GO a ser instituído para essa finalidade.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E CONTRATUAL

2.1. A prorrogação do prazo de vigência está amparada na manifestação da PARCEIRA PRIVADA expressa através do Ofício nº 080/2019/HUTRIN-INSTITUTO CEM (SEI 7369338), no Despacho n° 406-2019 (SEI 7371583), na Requisição de Despesa n° 12/2019 – SCAGES (SEI 7369338), e autorização do Senhor Secretário de Estado da Saúde nela constante.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO por 90 (noventa) dias, compreendendo o **período de 27 de maio de 2019 a 24 de agosto de 2019**, ou até que se conclua novo chamamento público para seleção de nova Organização Social para gestão da respectiva unidade hospitalar, o que vier a ocorrer primeiro, condicionando sua eficácia à publicação de seu resumo na imprensa oficial.

3.1.1. O prazo constante no item 3.1 poderá ser renovado, caso não ocorra a conclusão de novo chamamento público, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO, com observância do prazo máximo estabelecido pelo § 2º do inciso II do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

3.2. O PARCEIRO PÚBLICO se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

3.3. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente AJUSTE se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente ajuste, assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA QUARTA – DA TRANSIÇÃO

4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

4.1.1. Participar do processo de transição de gestão junto a Organização Social que consagrar-se vencedora do Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO, Processo 201900010008114, e ao Grupo de Trabalho da Secretaria do Estado de Goiás-SES/GO, a ser instituído para essa finalidade.

4.1.2. O grupo de trabalho da SES/GO será composto por:

a) um integrante da equipe técnica da Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde (SCAGES);

b) um representante da Coordenação de Análise Contábil (CAC);

c) um integrante da Gerência de Engenharia Clínica (GEC);

d) um referente à Gestão de Pessoas (GGP);

e) um representante da Gerência de Apoio Logístico e Administração de Estoques (GALAE);

f) representantes das áreas estratégicas da Organização Social em Saúde, Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas – Instituto CEM;

g) integrantes das áreas estratégicas do Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos (HUTRIN);

Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74860-270 – Goiânia-GO

1155

h) corpo diretivo da Organização Social vencedora do Instrumento de Chamamento Público nº 03/2019 – SES/GO;

i) corpo diretivo designado e/ou contratado pela OSS vencedora do referido instrumento que será responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na unidade hospitalar em questão.

4.1.3. O eventual encerramento dos contratos de trabalho e de fornecimento de serviços e/ou produtos firmados pela Organização Social em Saúde deverá ser previamente submetido ao Grupo de Trabalho instituído para deliberação conjunta.

CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR DO PRESENTE TERMO ADITIVO

5.1. O valor total do presente termo aditivo é estimado em **R$ 6.155.831,73** (seis milhões, cento e cinquenta e cinco mil, oitocentos e trinta e um reais e setenta e três centavos), sendo o valor mensal de R$ 2.051.943,91 (dois milhões, cinquenta e um mil, novecentos e quarenta e três e noventa e um centavos) para custeio da unidade; R$ 13.123,12 (treze mil, cento e vinte e três reais e doze centavos) referente à estimativa da integralidade da folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN, conforme quadro abaixo:

DETALHAMENTO	QUANTIDADE	PERÍODO	ESTIMATIVA DE CUSTO MENSAL	ESTIMATIVA DE CUSTO TOTAL
Prorrogação do prazo da vigência do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO.	3 parcelas	27/05/2019 a 24/08/2019	R$ 2.038.820,79	R$ 6.155.831,73
Valor referente à folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN.			R$ 13.123,12	
TOTAL				**R$ 6.155.831,73**

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados na nota de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionada:

NOTA DE EMPENHO		
Nº	**DATA**	**VALOR (R$)**
0145	27/05/2019	6.116.462,37

Sequencial: 112	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74860-270 – Goiânia-GO

176

Programa	1028	Programa Promoção, Prevenção e Proteção a Assistência Integral à Saúde.
Ação	2137	Gestão Inteligente das Unidades Assistenciais de Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	100	Receitas ordinárias

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

7.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 107/2018-SES/GO, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

8.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus jurídicos efeitos, na presença das testemunhas adiante nominadas.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, _____ de _____ de 2019.

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE
PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

THADEU DE MORAIS GREMBECKI
CENTRO HOSPITALAR DE ATENÇÃO E EMERGÊNCIAS MÉDICAS – INSTITUTO CEM

TESTEMUNHAS:

1. ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

2. ASSINATURA: _____
NOME: _____ CI/RG: _____

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1- Assistência Hospitalar

1.1 Internação (Saídas Hospitalares)

A Unidade deverá realizar 1.140 saídas hospitalares no período de 03 (três) meses.

Internação (saídas hospitalares)	1° mês	2° mês	3° mês	TOTAL
TOTAL	**380**	**380**	**380**	**1.140**

Secretaria de Estado da Saúde

DO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº Gestão nº 51/2020-SES/GO/2020 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Instituto Cem, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Policlínica Regional – Unidade Posse, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, setor Buenos Aires, Posse - Goiás, CEP: 73900-000.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA

FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no Despacho Governamental nº 472/2020 (000016125801), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.412/2020 (000016125801), no Despacho do Gabinete nº Automático 3453/2020-SES (000015388643), no Despacho do Gabinete nº Automático 9.137/2020-GAB/SEAD (000016019938), no Despacho nº 282/2020 - SEDPCT-15953(000016011694), no Despacho do Gabinete nº Automático 1522/2020-GAB/SECON (000016045150), no Edital de Chamamento Público nº 05/2019 (000010210389), na Declaração de Dispensa de Chamamento Público nº 24/2020-CLICIT (000015959669) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010039280 e 202000010028601, celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE **POSSE**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este CONTRATO DE GESTÃO, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde), com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do PARCEIRO PRIVADO:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste CONTRATO DE GESTÃO;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo PARCEIRO PÚBLICO;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as

especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao PARCEIRO PÚBLICO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste CONTRATO DE GESTÃO, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao PARCEIRO PÚBLICO para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do CONTRATO DE GESTÃO;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste CONTRATO DE GESTÃO, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo PARCEIRO PÚBLICO;

2.25. Apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta PARCERIA, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.34.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste CONTRATO DE GESTÃO;

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo PARCEIRO PÚBLICO, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do PARCEIRO PRIVADO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao PARCEIRO PÚBLICO, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste CONTRATO DE GESTÃO com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, com envio quadrimestral de seus resultados ao PARCEIRO PÚBLICO.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do PARCEIRO PÚBLICO;

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo PARCEIRO PÚBLICO, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste CONTRATO DE GESTÃO pelo pessoal especialmente designado pelo PARCEIRO PÚBLICO, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do PARCEIRO PÚBLICO o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do PARCEIRO PÚBLICO neste CONTRATO DE GESTÃO, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada CONTRATO DE GESTÃO, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do PARCEIRO PÚBLICO, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do PARCEIRO PÚBLICO pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este CONTRATO DE GESTÃO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao PARCEIRO PÚBLICO e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o PARCEIRO PÚBLICO tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao PARCEIRO PÚBLICO os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao PARCEIRO PÚBLICO, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo PARCEIRO PÚBLICO e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, manifestar-se expressamente, junto ao PARCEIRO PÚBLICO quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o CONTRATO DE GESTÃO, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo PARCEIRO PRIVADO o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto:

2.77. Ao PARCEIRO PRIVADO é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do PARCEIRO PÚBLICO:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.2. Prestar ao PARCEIRO PRIVADO o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.5. Ressarcir o PARCEIRO PRIVADO por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao PARCEIRO PRIVADO segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do CONTRATO DE GESTÃO, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do PARCEIRO PRIVADO, bem como da contratação e da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste CONTRATO DE GESTÃO, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao PARCEIRO PRIVADO e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo PARCEIRO PÚBLICO;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o CONTRATO DE GESTÃO,

onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo PARCEIRO PRIVADO por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os PARCEIROS se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do CONTRATO DE GESTÃO junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao PARCEIRO PRIVADO a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o PARCEIRO PRIVADO sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o PARCEIRO PRIVADO poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O PARCEIRO PRIVADO apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do PARCEIRO PRIVADO as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste CONTRATO DE GESTÃO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste CONTRATO DE GESTÃO deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações

trabalhistas pelo PARCEIRO PRIVADO, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste CONTRATO DE GESTÃO, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo PARCEIRO PRIVADO na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de **41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias**, contados a partir da PUBLICAÇÃO de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O PARCEIRO PÚBLICO se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente CONTRATO DE GESTÃO se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste CONTRATO DE GESTÃO especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o PARCEIRO PÚBLICO repassará ao PARCEIRO PRIVADO a importância global estimada de **R$ 68.633.095,54** (sessenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil noventa e cinco reais e cinquenta e quatro centavos) para os 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.9, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste CONTRATO.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo PARCEIRO PÚBLICO, a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.5. Poderá o PARCEIRO PÚBLICO, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao PARCEIRO PRIVADO a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o PARCEIRO PRIVADO movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o PARCEIRO PRIVADO manter e movimentar os recursos transferidos pelo PARCEIRO PÚBLICO em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao PARCEIRO PRIVADO apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o PARCEIRO PRIVADO renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

7.12. O PARCEIRO PRIVADO fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente CONTRATO DE GESTÃO, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do PARCEIRO PRIVADO não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do PARCEIRO PRIVADO na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do CONTRATO DE GESTÃO, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao PARCEIRO PÚBLICO.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o PARCEIRO PRIVADO obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo PARCEIRO PRIVADO, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O PARCEIRO PÚBLICO, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SuPer/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O PARCEIRO PÚBLICO não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. O valor mensal a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R$ 1.657.804,24 (um milhão, seiscentos e cinquenta e sete mil oitocentos e quatro reais e vinte e quatro centavos), sendo o valor da última parcela de R$ 663.121,70 (seiscentos e sessenta e três mil cento e vinte e um reais e setenta centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 05º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da dotação orçamentária abaixo discriminadas:

Sequencial: 050	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**	
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde

Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações Diretas

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao PARCEIRO PRIVADO o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste CONTRATO DE GESTÃO, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do PARCEIRO PÚBLICO à disposição do PARCEIRO PRIVADO serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do PARCEIRO PRIVADO deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O PARCEIRO PRIVADO responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao PARCEIRO PÚBLICO.

9.6. O PARCEIRO PRIVADO poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.8. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do PARCEIRO PRIVADO não alcançar as metas pactuadas poderá o PARCEIRO PÚBLICO adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este CONTRATO DE GESTÃO.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.13. O PARCEIRO PÚBLICO fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo PARCEIRO PRIVADO visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O PARCEIRO PRIVADO não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo PARCEIRO PÚBLICO, deverá o PARCEIRO PRIVADO comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do PARCEIRO PRIVADO que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo PARCEIRO PÚBLICO.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do CONTRATO DE GESTÃO, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO o PARCEIRO PRIVADO perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O PARCEIRO PRIVADO utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o CONTRATO DE GESTÃO e as disposições legais;

11.1.3. O PARCEIRO PRIVADO deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo PARCEIRO PÚBLICO;

11.1.4. O PARCEIRO PRIVADO por dois semestres não cumprir as metas previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

11.1.5. O PARCEIRO PRIVADO descumprir qualquer cláusula deste CONTRATO DE GESTÃO e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo PARCEIRO PÚBLICO;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste CONTRATO DE GESTÃO ou em razão do término de sua vigência, o PARCEIRO PRIVADO não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, o PARCEIRO PÚBLICO providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao PARCEIRO PRIVADO direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O PARCEIRO PRIVADO poderá suspender a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o PARCEIRO PÚBLICO com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O PARCEIRO PRIVADO terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao PARCEIRO PÚBLICO.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este CONTRATO DE GESTÃO poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) CONTRATO DE GESTÃO e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este CONTRATO DE GESTÃO;

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do PARCEIRO PÚBLICO, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do PARCEIRO PRIVADO;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos

Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do PARCEIRO PRIVADO, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo PARCEIRO PÚBLICO;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao PARCEIRO PÚBLICO;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste CONTRATO DE GESTÃO;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do PARCEIRO PRIVADO.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo PARCEIRO PRIVADO, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo PARCEIRO PRIVADO

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O PARCEIRO PRIVADO é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo PARCEIRO PRIVADO de regra constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o PARCEIRO PÚBLICO, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do PARCEIRO PÚBLICO exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.2. DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO. As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

16.3. DA CLÁUSULA COMPROMISSÓRIA. Os conflitos que possam surgir relativamente ao ajuste decorrente desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, acaso não puderem ser equacionados de forma amigável, serão, no tocante aos direitos patrimoniais disponíveis, submetidos à arbitragem, na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, elegendo-se desde já para o seu julgamento a CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), outorgando a esta os poderes para indicar os árbitros e renunciando expressamente à jurisdição e tutela do Poder Judiciário para julgamento desses conflitos, consoante instrumento em Anexo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente CONTRATO DE GESTÃO no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo PARCEIRO PÚBLICO, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão Ambulatorial adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

1.3. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.4.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás".

1.5. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.6. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse.

1.7. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.8. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de

atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.9. Estabelecer, implementar e disponibilizar "*online*" à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.10. Estarem formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome do usuário, nome da mãe, Registro Civil e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.15. Assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.16. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/acompanhamento, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.18. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

1.19. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.20. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.21. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.22. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

c) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.25. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.26. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR NBR 13534 e NBR 15943.

1.27. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório À Resolução RDC 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.28. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.29. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.30. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.31. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde;

b) Lei 8.142/90 - define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;

c) Lei 11.788/08 - dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

e) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

f) PT GAB/SES-GO 230 de 20/03/17 - regulamenta a realização de Pesquisas Científicas em Unidades da SES/GO.

g) PT GM/MS 67 de 21/02/1985 - define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: 01/DISAD -27/06/85; 607 -23/08/85; 15/MS/SVS -23/08/88; nº 05 – 13/11/89; 122 – 29/11/93; 453/SNVS/DTN – 11/09/96; 843/MS/SVS – 26/10/98;

h) RDC 306 que complementa a RDC 50/2002, substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde;

i) PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso do raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

j) PT MS/SAS 202 de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

k) PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS;

l) PT GM/MS 2.616 de 12/05/1998 - estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

m) PT GM/MS 2.529 de 23/11/2004 - institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

n) PT GM/MS 881 de 19/06/2011 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

o) Resolução CFM 1.802/2006- Dispõe sobre a prática do ato anestésico;

p) Lei 6.259 de 30/10/1975 – Dispõe sobre a organização de ações de vigilância epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

q) Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);

r) Seguir a Nota Técnica ANVISA 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

s) Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

t) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

u) Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

3. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

3.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

3.2. Comissão de Ética Médica e de Ética de Enfermagem.

3.3. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

3.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.

3.5. Comissão de Proteção Radiológica.

4. Programa de Residência Médica e Multiprofissional

4.1. A Policlínica Regional – Unidade Posse **poderá** funcionar como cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

4.2. Os preceptores serão selecionados entre profissionais da saúde plantonistas e/ou diaristas da Unidade Ambulatorial, de acordo com as especificidades de cada programa de residência, de preferência mestre ou doutor, sendo, no mínimo, especialista em sua área profissional.

4.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde devem ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da CNRMS/MEC, sendo priorizados o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador de Programa.

4.4. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde poderá ser estabelecido por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, e em concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e **PRIVADO** quando se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem disponibilizadas para cada área, e a titulação mínima dos profissionais (coordenador, tutores e preceptores).

5. Estágios Curriculares

5.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

5.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS – SEST/SUS. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

5.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos

de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

6. Programa de Educação Permanente

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

7. Vigência

7.1. O serviço objeto deste Contrato deverá ser iniciado a partir da data publicação do instrumento na imprensa oficial, podendo ser prorrogado na forma legal.

7.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de **41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias.**

8. Recursos Financeiros

8.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

8.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é estimado em **R$ 68.633.095,54** (sessenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil, noventa e cinco reais e cinquenta e quatro centavos) para o período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias do Contrato de Gestão.

8.1.2. O valor mensal para o custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE será de **R$ 1.657.804,24** (um milhão, seiscentos e cinquenta e sete mil, oitocentos e quatro reais e vinte e quatro centavos).

9. REPASSE DE RECURSOS

9.1. O repasse dos recursos financeiros será efetuado até 30 (trinta) dias contados da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. dos Serviços Contratados

2.1.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.3. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo, com consultas e exames no mesmo dia.

2.1.4. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

a) Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

b) Coleta de exames de patologia clínica disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados através de um sistema informatizado.

c) A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo. O serviço deverá dispor de digitalização das imagens integrado ao sistema PACS.

d) A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.2. A forma de encaminhamento

2.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. Poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

2.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado –"*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

2.3. Acompanhamento dos pacientes

2.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

2.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

2.3.3. Para a referência e contra-referência do paciente atendido na Policlínica deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.4. Perfil do atendimento da Policlínica Regional – Unidade Posse

2.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial de cada unidade deve ser definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços de saúde (Secretarias Municipais de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde Estadual).

2.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

2.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

2.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

2.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

2.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

2.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

~~**2.6. Período pré-operacional**~~

~~2.6.1. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva da unidade com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.~~

~~2.6.2. Esse período terá a duração programada de 90 dias, e envolverá realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante este prazo, o PARCEIRO PRIVADO identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade.~~

~~2.6.3. Os repasses rotineiros dos recursos financeiros definidos por este Contrato de Gestão estão regulamentados no ANEXO TÉCNICO IV – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse).~~

2.6. Descrição da Unidade

2.6.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

2.6.2. A Unidade está localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal, setor Buenos Aires, Posse - GO, CEP: 73.900-000. Possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Tem a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 16 salas para a execução de exames de imagem, além de outros ambientes que poderão ser organizados conforme a necessidade do fluxo de atendimento, ficando o PARCEIRO PRIVADO responsável por sua distribuição.

2.7. Atendimento Ambulatorial

2.7.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b) Interconsulta

c) Consultas subsequentes (retornos)

d) Procedimentos terapêuticos (sessões)

2.7.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.

2.7.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

2.7.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.7.5. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2° atendimento, devem ser registrados como consultas subsequentes.

2.7.6. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2° atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos (sessões) realizados em especialidade não médica.

2.7.7. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.7.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no Anexo II.

2.8. Cirurgias menores ambulatoriais (cma)

2.8.1. As cirurgias menores ambulatoriais (cma) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizadas com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

2.9. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

2.9.1. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes atendidos na Policlínica e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Há a previsão dos seguintes exames: Audiometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Ressonância Magnética, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

2.10. Programas Especiais

2.10.1. Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

2.10.1.1. O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.554/2013 e normatizações vigentes.

2.10.1.2. Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo PARCEIRO PRIVADO.

2.10.1.3. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria n° 1.554/2013 – GM/MS.

2.10.2. Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção)

2.10.2.1. A carreta da prevenção é uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer de mama nos municípios que compõem a região de abrangência.

2.10.2.2. Tem como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de Rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino através dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce, quando a chance de cura é de 95%.

2.10.2.3. Oferecerá exames de Mamografia e papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na região de saúde.

2.10.2.4. Os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitam de exame complementar, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação, ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social Policlínica para realização do mesmo conforme agendamento.

2.10.2.5. A unidade móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista.

2.10.2.6. O valor da locação e/ou comodato da carreta da prevenção ao câncer já foram previstos na elaboração do custeio total da policlínica regional - unidade posse.

2.10.3. Transporte gratuito de pacientes à Policlínica Regional

2.10.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária com elevador rodoviário (DPM - Dispositivo Móvel de Poltrona), equipados com ar-condicionado e rede *wifi,* que irão circular pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

2.10.3.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região e o transporte se justifica em razão da dificuldade de acesso à região, bem como com relação às características sociodemográficas do local.

2.10.4. Inclusão de Novos Serviços

2.10.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação do serviço de hemodiálise, incluindo as adequações na estrutura física e horário de funcionamento, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato.

2.10.4.2. Caso, ao longo da vigência deste contrato, em comum acordo entre os PARCEIROS, a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

2.11. Conteúdo das Informações a serem Encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

2.11.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

2.11.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos em regime Trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: unidade hospitalar ou especializada, centro de referência ou outros.

2.11.3. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

2.11.4. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

ANEXO II

INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

O Parceiro Privado informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

São considerados, para as Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. A Policlínica realizará **68.976 consultas médicas e 30.528 consultas não médicas** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Atendimento Ambulatorial do 1º ao 4º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696
Interconsulta	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565	565
Consultas Subsequente	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487	3.487
Total	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**	**5.748**

Especialidades médicas		Especialidades médicas	
Acupuntura		Medicina do Trabalho	
Alergia/Imunologia		Nefrologia	X
Anestesiologia	X	Neonatologia	
Cardiologia	X	Neurocirurgia	

Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Geral		Pediatria	X
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia infantil	
Endocrinologia Infantil		Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Pneumologia infantil	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Clínico Geral	
Infectologia		Médico da Família	X
Mastologia	X		

Atendimento Ambulatorial do 1º ao 4º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Primeira Consulta	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800
Sessões	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744
Total	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**

Especialidades não médicas	
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X

Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Serviço Social	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia	X
Outros	

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

2.1. A Policlínica realizará **1.440 cirurgias a menor ambulatoriais** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Cirurgias ambulatoriais do 1º ao 4º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Total	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT

3.1. A Policlínica oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados a pacientes EXTERNOS, isto é, àqueles que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SES/GO.

3.2. A unidade realizará um número de SADT Externo de **20.160 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) do 1º ao 4º ano

SADT Externo	1º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Radiologia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400
Ultrassonografia	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Tomografia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Endoscopia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Mamografia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ressonância Magnética	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Total	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**	**1.680**

Deve-se ressaltar que o profissional anestesiologista poderá acompanhar os exames sempre que houver a referida indicação clínica.

4. UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO AO CÂNCER (CARRETA DA PREVENÇÃO)

4.1. A Unidade móvel desenvolverá ações de prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau. Serão ofertados **30.480 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Exames Unidade Móvel de Prevenção do 1º ao 4º ano

Carreta da Prevenção ao Câncer	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Mamografia	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140
Papanicolau	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Total	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**

ANEXO III
INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	Meta
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

1. Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Posse decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

2. Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas não médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Posse decorrente

da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

3. Índice de Retorno Médico

Conceituação: Mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica.

O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente

Fórmula: [total de consultas subsequentes / Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas]

4. Perda Primária

Conceituação: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas área a rede referenciada.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. Permite estratificação por especialidade.

Fórmula: [total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede / Total de primeiras consultas agendadas no ambulatório] x 100

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1.2. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.3. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE é estimado em **R$ 68.633.095,54** (sessenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil, noventa e cinco reais e cinquenta e quatro centavos), para **41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias** de Contrato de Gestão.

1.5. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de **R$ 61.769.786,15** (sessenta e um milhões, setecentos e sessenta e nove mil, setecentos e oitenta e seis reais e quinze centavos), sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção.**

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto Financeiro dos Indicadores de Produção

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 1º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**

Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	10.205.442,93
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.790.428,58
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.074.257,15
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.685.642,88
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.148.514,30
Total	**100%**	**17.904.285,84**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 2º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	10.205.442,93
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.790.428,58
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.074.257,15
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.685.642,88
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.148.514,30
Total	**100%**	**17.904.285,84**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 3º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	10.205.442,93
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.790.428,58
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.074.257,15
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.685.642,88

Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.148.514,30
Total	**100%**	**17.904.285,84**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 4º ANO (últimos 5 meses e 12 dias)		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	4.592.449,32
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	805.692,86
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	483.415,72
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	1.208.539,24
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	966.831,44
Total	**100%**	**8.056.928,63**

1.6. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 6.863.309,39** (seis milhões, oitocentos e sessenta e três mil, trezentos e nove reais e trinta e nove centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, item 3, descrito adiante.

1.7. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO (5 meses e 12 dias)**
	VALOR (R$)	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**
01	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
02	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
03	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
04	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
05	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24
06	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	663.121,70

07	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
08	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
09	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
10	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
11	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
12	1.657.804,24	1.657.804,24	1.657.804,24	-
Total	**19.893.650,88**	**19.893.650,88**	**19.893.650,88**	**8.952.142,90**

1.8. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

1.9. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE.

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.11. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.12. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.13. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

1.14. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais - SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE POSSE, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.16. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

1.17. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

1.18. A cada período de 03 (três) meses, à Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.19. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.20. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.20.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.21. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

1.22. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo

Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.23. A análise referida no item 1.19. deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.24. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.25. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL.**

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento de unidades policlínicas*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo II** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico IV.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento Policlínica

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Ambulatório Médico **Peso 57%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas
Ambulatório Não Médico **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das consultas não médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas não médicas
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais **Peso 06%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
SADT Externo **Peso 15%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames

8

Carreta da Prevenção ao Câncer **Peso 12%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames de prevenção
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames de prevenção

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

3.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.18. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO TÉCNICO V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, em regime de, no mínimo, 12 horas/dia, por um período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8°-A, §1°, da Lei Estadual n° 15.503/2005, para os fins que se destina.

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o n° 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, n° 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o n° 18.587, portadora da CI/RG n° 344.4298 SSP/GO, CPF/MF n° 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade n° 4.147.614 - DGPC/GO e CPF n° 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM, inscrita no CNPJ n° 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angelica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New

Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 51/2020, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Cem, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, por um período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias.

Considerando tudo que consta nos processos administrativos nº 201900010039280 e 202000010028601, as partes RESOLVEM firmar o presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse - GO, CEP: 73.900-000, pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 51/2020.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O PERMISSIONÁRIO se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O PERMISSIONÁRIO deverá guardar/manter os bens na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse - GO, CEP: 73.900-000, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do PERMITENTE.

2.3. O PERMISSIONÁRIO se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo PERMITENTE e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo PERMISSIONÁRIO, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo PERMITENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A PERMITENTE se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o PERMITENTE cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O PERMISSIONÁRIO se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 51/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 51/2020.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do PERMITENTE.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo

encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao PERMITENTE.

g) Informar imediatamente ao PERMITENTE caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao PERMITENTE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o PERMISSIONÁRIO citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o PERMITENTE à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao PERMITENTE, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao PERMITENTE, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 51/2020.

4.2. O PERMITENTE fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo PERMISSIONÁRIO serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O PERMITENTE deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo PERMISSIONÁRIO, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o PERMISSIONÁRIO deverá:

a) Ressarcir o PERMITENTE no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do PERMITENTE, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O PERMISSIONÁRIO se compromete a restituir ao PERMITENTE todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O PERMISSIONÁRIO poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 51/2020.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão

dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO TÉCNICO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-

SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, por, no mínimo, 12 horas por dia, por um período de 41 (quarenta e um) meses e 12 (doze) dias, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angelica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 51/2020, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto Cem, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura

Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, em regime de 12 horas/dia, no mínimo.

Considerando tudo que consta nos processos administrativos nº 201900010039280 e 202000010028601 RESOLVEM as partes firmar o presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, onde funciona POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, em regime de 12 horas/dia, com área total medindo 3.775 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 51/2020.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O PERMISSIONÁRIO se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O PERMISSIONÁRIO não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE POSSE, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, Setor Buenos Aires, Posse-GO, CEP: 73.900-000, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo PERMISSIONÁRIO.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O PERMITENTE se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O PERMISSIONÁRIO se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 51/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 51/2020, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao PERMISSIONÁRIO executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 51/2020.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo PERMISSIONÁRIO serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O PERMITENTE deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo PERMISSIONÁRIO, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 51/2020.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira, Usuário Externo**, em 23/10/2020, às 11:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000016126129** e o código CRC **7E6D1C7C**.

COORDENAÇÃO DE CONTRATOS
NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - CEP 74000-000 -
GOIANIA - GO - NAO CADASTRADO

Referência: Processo nº 202000010028601

1220

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº 65/2020 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado d Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o **Instituto Cem**, pesso jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vista ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúd na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **GOIANÉSIA**, localizada à Avenid Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia GO, CEP: 76.383-637.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA GERAL DO ESTADO**, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o n 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DI ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadua nº 9.184 de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEI 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, Le estadual nº. 18.025/2013, no Despacho Governamental nº 24 /2021 (000017927687), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.473 de 21/01/2021 (000017923771 2), no Despacho do Gabinete nº Automático 4633 /2021 -GAB/SES (000017479215), no Despacho do Gabinete nº Automático 235 /2021 -GAB/SEAD (000017662363), no Despacho do Gabinete nº Automático 10 /2021 -GAB/SECON (000017735499), no Edital de Chamamento Público nº 06/2019 (000010210425), na Declaração de Dispensa de Chamamento Público nº —/2020- CLICIT ( ) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010038452 celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da POLICLÍNICA REGIONAL -

12 12

UNIDADE **GOIANÉSIA**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde), com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

1223

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.34.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO;**

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio quadrimestral de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

1225

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto:

1227

2.77. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

1228

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

1229

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de **48 (quarenta e oito) meses**, contados **a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial**, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Propos de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 74.100.489,58** (setenta e quatro milhões, cem mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1231

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SuPer/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. Para o primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO será escalonado, sendo **R$ 966.555,30** (novecentos e sessenta e seis mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e trinta centavos) para o primeiro mês, **R$ 1.086.735,03** (um milhão, oitenta e seis mil, setecentos e trinta e cinco reais e três centavos) para o segundo mês, **R$ 1.412.236,45** (um milhão, quatrocentos e doze mil, duzentos e trinta e seis reais e quarenta e cinco centavos) para o terceiro mês e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.569.665,84** (um milhão, quinhentos e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 05º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da nota de empenho e dotação orçamentária abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR (R$)**
00371	14/12/2020	000017242379	771.880,10

1532

Sequencial: 050	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações Diretas

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.8. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

1233

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consangüíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.13. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos **pelo PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1° do art. 8°-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2° do art. 8°-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados,

1235

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras cm suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

8236

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.2. **DA CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO**. As controvérsias eventualmente surgidas quanto à formalização, execução ou encerramento do ajuste decorrentes desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, serão submetidas à tentativa de conciliação ou mediação no âmbito da Câmara de Conciliação, Mediação e Arbitragem da Administração Estadual (CCMA), na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

16.3. **DA CLÁUSULA COMPROMISSÓRIA**. Os conflitos que possam surgir relativamente ao ajuste decorr[illegible] desta licitação, chamamento público ou procedimento congênere, acaso não puderem ser equacionados de forma amigável, serão, no tocante aos direitos patrimoniais disponíveis, submetidos à arbitragem, na forma da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 e da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, elegendo-se desde já para o seu julgamento a CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), outorgando a esta os poderes para indicar os árbitros e renunciando expressamente à jurisdição e tutela do Poder Judiciário para julgamento desses conflitos, consoante instrumento em Anexo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativ[illegible] por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em

1237

número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à itragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão Ambulatorial adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

1.3. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.4.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás".

1.5. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.6. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse.

1.7. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.8. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.9. Estabelecer, implementar e disponibilizar "*online*" à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.10. Estarem formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome do usuário, nome da mãe, Registro Civil e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

1239

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.15. Assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.16. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

1.17. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/acompanhamento, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.18. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.19. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

1.20. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.21. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.22. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.23. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.25. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

c) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.27. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde

240

que atenda às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR NBR 13534 e NBR 15943.

1.28. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulat[illegible]o À Resolução RDC 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.29. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.30. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.31. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO de[illegible] supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.32. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde;

b) Lei 8.142/90 - define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;

c) Lei 11.788/08 - dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

e) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

f) PT GAB/SES-GO 230 de 20/03/17 - regulamenta a realização de Pesquisas Científicas em Unidades da SES/GO.

g) PT GM/MS 67 de 21/02/1985 - define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta so[illegible]u várias alterações e inclusões através das Portarias: 01/DISAD -27/06/85; 607 -23/08/85; 15/MS/SVS -23/08/88; n[illegible]5 – 13/11/89; 122 – 29/11/93; 453/SNVS/DTN – 11/09/96; 843/MS/SVS – 26/10/98;

h) RDC 306 que complementa a RDC 50/2002, substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde;

i) PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso do raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

j) PT MS/SAS 202 de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

k) PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS;

l) PT GM/MS 2.616 de 12/05/1998 - estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

m) PT GM/MS 2.529 de 23/11/2004 - institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

1241

n) PT GM/MS 881 de 19/06/2011 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

o) Resolução CFM 1.802/2006- Dispõe sobre a prática do ato anestésico;

p) Lei 6.259 de 30/10/1975 – Dispõe sobre a organização de ações de vigilância epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

q) Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);

r) Seguir a Nota Técnica ANVISA 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

s) Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

t) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

u) Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

...er constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

2.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

2.2. Comissão de Ética Médica e de Ética de Enfermagem.

2.3. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.

2.5. Comissão de Proteção Radiológica.

3. Programa de Residência Médica e Multiprofissional

3.1. A Policlínica Regional – Unidade Goianésia **poderá** funcionar como cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

3.2. Os preceptores serão selecionados entre profissionais da saúde plantonistas e/ou diaristas da Unidade Ambulatorial, de acordo com as especificidades de cada programa de residência, de preferência mestre ou doutor, sendo, no mínimo, especialista em sua área profissional.

3.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde devem ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da CNRMS/MEC, sendo priorizados o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador de Programa.

3.4. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde poderá ser estabelecido por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, e em concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e **PRIVADO** quando se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem disponibilizadas para cada área, e a titulação mínima dos profissionais (coordenador, tutores e preceptores)

4. Estágios Curriculares

4.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade ...fissional da educação de jovens e adultos.

1242

4.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos [illegible] a escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

5. Programa de Educação Permanente

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

6. Vigência

6.1. O serviço objeto deste Termo de Referência deverão se iniciados a partir da data da outorga, podendo ser prorrogado na forma legal.

6.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de 48 (quarenta e oito) meses.

7. Recursos Financeiros

7.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

7.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA é estimado em **R$ 74.100.489,58** (setenta e quatro milhões, cem mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses do Contrato de Gestão.

7.1.2.Para o primeiro ano, o valor mensal para o custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA será escalonado conforme as metas estabelecidas, sendo **R$ 966.555,30** (novecentos e sessenta e seis mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e trinta centavos) para o primeiro mês, **R$ 1.086.735,03** (hum milhão, oitenta e seis mil, setecentos e trinta e cinco reais e três centavos) para o segundo mês, **R$ 1.412.236,45** (hum milhão, quatrocentos e doze mil, duzentos e trinta e seis reais e quarenta e cinco centavos) para o terceiro mês e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.569.665,84** (hum milhão, quinhentos e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos).

7.1.3. Do segundo ao quarto ano, o valor mensal para o custeio será de **R$ 1.569.665,84** (hum milhão, quinhentos e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos), totalizando **R$ 18.835.990,08** (dezoito milhões, oitocentos e trinta e cinco mil, novecentos e noventa reais e oito centavos) ano para custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA.

8. REPASSE DE RECURSOS

8.1. O repasse dos recursos financeiros será efetuado até 30 (trinta) dias contados da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

1.1. Características dos Serviços Contratados

1.1.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

1.1.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no

1245

fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.3. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo, com consultas e exames no mesmo dia.

1.1.4. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

a) Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

b) Coleta de exames de patologia clínica disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados através de um sistema informatizado.

c) A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo. O serviço deverá dispor de digitalização das imagens integrado ao sistema PACS.

d) A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

1.2. A forma de encaminhamento

1.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. Poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

1.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado –"*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

1.3. Acompanhamento dos pacientes

1.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

1.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

1.3.3. Para a referência e contra-referência do paciente atendido na Policlínica deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

1.4. Perfil do atendimento da Policlínica Regional – Unidade Goianésia

1.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial de cada unidade deve ser definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços de saúde (Secretarias Municipais de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde Estadual).

1.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

1.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

1.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

1.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

1244

1.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

1.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

1.6. Período pré-operacional

1.6.1. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva da unidade com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

1.6.2. Esse período terá a duração programada de 90 dias, e envolverá realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante este prazo, o PARCEIRO PRIVADO identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade.

1.6.3. Os repasses rotineiros dos recursos financeiros definidos por este Contrato de Gestão estão regulamentados no ANEXO TÉCNICO IV – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse).

1.7. Descrição da Unidade

1.7.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

1.7.2. A Unidade está localizada à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637. Possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Tem a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 16 salas para a execução de exames de imagem, além de outros ambientes que poderão ser organizados conforme a necessidade do fluxo de atendimento, ficando o PARCEIRO PRIVADO responsável por sua distribuição.

1.8. Atendimento Ambulatorial

1.8.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b) Interconsulta

c) Consultas subsequentes (retornos)

d) Procedimentos terapêuticos (sessões)

1.8.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.

1.8.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

1.8.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

1.8.5. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consu[illegible] subsequentes.

1245

1.8.6. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos sões) realizados em especialidade não médica.

1.8.7. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

1.8.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no Anexo II.

1.9. Cirurgias menores ambulatoriais (cma)

1.9.1. As cirurgias menores ambulatoriais (cma) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizadas com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

1.10. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

1.10.1. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes atendidos na Policlínica e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Há a previsão dos seguintes exames: diometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

1.11. Programas Especiais

1.11.1. Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

1.11.1.1.O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.554/2013 e normatizações vigentes.

1.11.1.2. Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo PARCEIRO PRIVADO.

1.11.1.3. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria n° 1.554/2013 – GM/MS.

1.11.2. Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção)

1.11.2.1. A carreta da prevenção é uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer de mama nos municípios que compõem a região de abrangência.

1.11.2.2. Tem como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de Rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino através dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce, quando a chance de cura é de 95%.

1.11.2.3. Oferecerá exames de Mamografia e papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na região de saúde.

1.11.2.4. Os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitam de exame complementar, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação, ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social Policlínica para realização do mesmo conforme agendamento.

1246

1.11.2.5. A unidade móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista.

1.11.2.6. O valor da locação e/ou comodato da carreta da prevenção ao câncer já foram previstos na elaboração do custeio total da policlínica regional - unidade Goianésia.

1.11.3. Transporte gratuito de pacientes à Policlínica Regional

1.11.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária com elevador rodoviário (DPM - Dispositivo Móvel de Poltrona), equipados com ar-condicionado e rede *wifi*, que irão circular pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

1.11.3.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região e o transporte se justifica em razão da dificuldade de acesso à região, bem como com relação às características sociodemográficas do local.

1.11.4. Inclusão de Novos Serviços

1.11.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação do serviço de hemodiálise, incluindo as adequações na estrutura física e horário de funcionamento, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato.

1.11.4.2. Caso, ao longo da vigência deste contrato, em comum acordo entre os PARCEIROS, a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

1.12. Conteúdo das Informações a serem Encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

1.12.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

1.12.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos em regime Trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: unidade hospitalar ou especializada, centro de referência ou outros.

1.12.3. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

1.12.4. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

ANEXO II

INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

1247

O Parceiro Privado informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

São considerados, para as Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. A Policlínica realizará **56.374 consultas médicas e 27.735 consultas não médicas**, no primeiro ano do Contrato Gestão, e, a partir do segundo ano, **63.204 consultas médicas e 30.528 consultas não médicas** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	776	1.100	1.430	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554
Interconsulta	120	183	478	517	517	517	517	517	517	517	517	517
Consultas Subsequente	797	1.131	2946	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196
Total	**1.703**	**2.414**	**4.854**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554	1.554
Interconsulta	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517	517
Consultas Subsequente	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196	3.196
Total	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**	**5.267**

Especialidades médicas		Especialidades médicas	
Acupuntura		Medicina do Trabalho	
Alergia/Imunologia		Nefrologia	X
Anestesiologia	X	Neonatologia	
Cardiologia	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Geral		Pediatria	X
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia infantil	
Endocrinologia Infantil		Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Pneumologia infantil	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Clínico Geral	
Infectologia		Médico da Família	X
Mastologia	X		

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	400	480	639	800	800	800	800	800	800	800	800	800
Sessões	871	1.045	1.394	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744
Total	**1.271**	**1.535**	**2.033**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**

1249

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800
Sessões	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744	1.744
Total	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**	**2.544**

Especialidades não médicas	
Fisioterapeuta	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Serviço Social	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia	X
Outros	

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

2.1. A Policlínica realizará **1.308 cirurgias menores ambulatoriais**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **1.440 cirurgias a menor ambulatoriais** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Cirurgias ambulatoriais para o 1º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor	60	72	96	120	120	120	120	120	120	120	120	120

1250

ambulatorial (cma)												
Total	**60**	**72**	**96**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**1**

Cirurgias ambulatoriais do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Total	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT

3.1. A Policlínica oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados a pacientes EXTERNOS, isto é, àqueles que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SES/GO.

3.2. A unidade realizará um número de SADT Externo de **17.440 exames**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **19.200 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) no 1º ano

SADT Externo	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Radiologia	200	240	320	400	400	400	400	400	400	400	400	400
Ultrassonografia	350	420	560	700	700	700	700	700	700	700	700	7
Tomografia	100	120	160	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Endoscopia	100	120	160	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Mamografia	50	60	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total	**800**	**960**	**1.280**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) do 2º ao 4º ano

SADT Externo	**1º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Radiologia	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400

1251

Ultrassonografia	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Tomografia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Endoscopia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Mamografia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**	**1.600**

Deve-se ressaltar que o profissional anestesiologista poderá acompanhar os exames sempre que houver a referida indicação clínica.

4. UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO AO CÂNCER (CARRETA DA PREVENÇÃO)

4.1. A Unidade móvel desenvolverá ações de prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau. Serão ofertados **30.480 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a acidade operacional.

Exames Unidade Móvel de Prevenção do 1º ao 4º ano

Carreta da Prevenção ao Câncer	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Mamografia	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140
Papanicolau	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Total	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**

ANEXO III
I ICADORES E METAS DE DESEMPENHO

O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	**Meta**
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Indice de Retorno Médico	< 20%

1252

Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

1. Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Goianésia decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

2. Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas não médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Goianésia decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

3. Índice de Retorno Médico

Conceituação: Mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica.

O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente

Fórmula: [total de consultas subsequentes / Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas]

4. Perda Primária

Conceituação: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas área a rede referenciada.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. Permite estratificação por especialidade.

Fórmula: [total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede / Total de primeiras consultas agendadas no ambulatório] x 100

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

1253

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1.2. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.3. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA é estimado em **R$ 74.100.489,58** (setenta e quatro milhões, cem mil, quatrocentos e oitenta e nove reais e cinquenta e oito centavos), para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

1.5. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de **R$ 66.690.440,62** (sessenta e seis milhões, seiscentos e noventa mil, quatrocentos e quarenta reais e sessenta e dois centavos), sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção.**

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto Financeiro dos Indicadores de Produção

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 1º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.024.962,42
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.583.326,73
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	949.996,05
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.374.990,12
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	1.899.992,09
Total		**15.833.267,41**
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 2º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.662.862,91
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.695.239,11
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.017.143,46
viço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.542.858,66

1254

Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.034.286,93
Total		**16.952.39**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 3º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.662.862,91
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.695.239,11
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.017.143,46
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.542.858,66
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.034.286,93
Total		**16.952.391,07**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 4º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.662.862,91
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.695.239,11
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.017.143,46
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.542.858,
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.034.286,93
Total		**16.952.391,07**

1.6. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$7.410.048,96** (sete milhões, quatrocentos e dez mil, quarenta e oito reais e noventa e seis centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, item 3, descrito adiante.

1.7. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO**
	VALOR (R$)	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**

1255

01	966.555,30	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
02	1.086.735,03	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
03	1.412.236,45	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
04	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
05	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
06	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
07	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
08	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
09	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
10	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
11	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
12	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84	1.569.665,84
Total	**17.592.519,35**	**18.835.990,08**	**18.835.990,08**	**18.835.990,08**

1.8. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

1.9. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA.

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.11. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.12. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.13. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

1.14. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais - SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIANÉSIA, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.16. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

1.17. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

1.18. A cada período de 03 (três) meses, à Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.19. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.20. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.20.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.21. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por ela estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

1.22. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.23. A análise referida no item 1.19. deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.24. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.25. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL.**

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento de unidades policlínicas*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo II** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO**,** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico IV.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para gerenciamento Policlínica Regional - Unidade Goianésia

1257

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Ambulatório Médico **Peso 57%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas
Ambulatório Não Médico **Peso 10%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das consultas não médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas não médicas
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais **Peso 06%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
SADT Externo **Peso 15%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames
Carreta da Prevenção ao Câncer **Peso 12%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 80% e 89,99% do	90% do orçamento destinado aos exames de

1258

	volume contratado	prevenção
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames prevenção

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

3.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.18. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

1259

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO TÉCNICO DO CONTRATO V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **GOIANÉSIA**, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, em regime de, no mínimo, 12 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela Procuradora-Geral do Estado, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade [illegible].147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado PERMITENTE.

1860

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas,, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angélica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 01.227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão n° 65/2020, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o **INSTITUTO CEM**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde , em regime de 24 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038452, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA**, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 65/2020.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, na Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitc e uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

1261

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão n° 65/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão n° 65/2020.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n° 65/2020.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

1262

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passarão a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 65/2020.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma lgal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO DO CONTRATO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **GOIANÉSIA**, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, por, no mínimo, 12 horas por dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação do seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das

1263

partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO,** Juliana Pereira Diniz Prudente, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, Ismael Alexandrino, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas,, inscrita no CNPJ nº 1[illegible]053.184/0001-37, com endereço na Avenida Angélica, número 321, sala 236, Santa Cecilia, São Paulo - SP, CEP: 0[illegible].227-000, neste momento representado por Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão n° 65/2020, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e Instituto dos Lagos - Rio, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, em regime de 12 horas/dia, no mínimo.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038452 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Avenida Ulisses G[illegible]marães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, onde funciona POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, em regime de 12 horas/dia, com área total medindo 3.775 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão nº 65/2020 .

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIANÉSIA, à Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, s/nº, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

O **PERMITENTE** se compromete a:

1264

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão n° 65/2020, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n° 65/2020, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão n° 65/2020;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n° 65/2020.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

1265

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 29/12/2020, às 10:46, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 29/12/2020, às 11:02, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE**, **Procurador (a) Geral do Estado**, em 31/12/2020, às 17:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000017494254** e o código CRC **95230FEA**.

1266

1267

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº 01/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o **Instituto Cem**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, localizada na área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018 (000011347256), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no art. 64, §2º, da Lei nº 8.666/1993, no Despacho Governamental nº 56/2021 (000018709059), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.495, de 22/02/2021 (000018709775), no Despacho do Gabinete nº Automático 907/2021 -GAB/SEAD (000017992318), no Ofício nº 1107/2021-ECONOMIA (000018391823), no Despacho do Gabinete nº Automático 386/2021-GAB/SES (000018163802), no Edital de Chamamento Público nº 07/2019 SES/GO (000012210070) e na Resolução Normativa nº. 013/2017-TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010038461, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da

1268

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO,** como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.11. Proceder a devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

1269

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

1270

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.34.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio quadrimestral de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação

1271

relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

8 1672

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto.

2.77. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

2.78. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à

substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

1274

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de **48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial**, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

1276

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7. 7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

1277

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. No primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R$ **16.223.939,38** (dezesseis milhões, duzentos e vinte e dois mil, novecentos e trinta e nove reais e trinta e oito centavos), **em 12 (doze) parcelas mensais** de R$ sendo **R$ 877.076,50** (oitocentos e setenta e sete mil, setenta e seis reais e cinquenta centavos) para o primeiro mês; **R$ 985.048,82** (novecentos e oitenta e cinco mil, quarenta e oito reais e oitenta e dois centavos) para o segundo mês; **R$ 1.279.596,58** (um milhão, duzentos e setenta e nove mil, quinhentos e noventa e seis reais e cinquenta e oito centavos) para o terceiro mês; e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.453.579,72** (um milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da nota de empenho e dotação orçamentária abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00147	26/02/2021	(000018794617)	R$ 13.316.779,94
T O T A L			**R$ 13.316.779,94**

SEQUENCIAL: 064	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000018306301)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

127

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

9.8. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.6 e 9.7, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.13. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O **PARCEIRO PRIVADO,** para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.6 e 9.7, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.8.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação de seus termos pelo CIPAC e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

1280

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

1281

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras em suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

1282

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

1283

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

1284

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão Ambulatorial adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

1.3. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.4. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.4.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papeis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás". 1235

1.5. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.6. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à Secretaria de Estado da Saúde o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse.

1.7. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.8. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.9. Estabelecer, implementar e disponibilizar "*online*" à SES o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.10. Estarem formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.12. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome do usuário, nome da mãe, Registro Civil e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1286

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.15. Assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.16. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores.

Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/acompanhamento, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.18. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

1.19. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.20. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.21. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.22. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.

c) Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.

1.25. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se responsabilizar pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, quando existentes, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.26. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR NBR 13534 e NBR 15943.

1.27. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório À Resolução RDC 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.28. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos

1287

equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.29. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.30. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.31. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Policlínica deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde;

b) Lei 8.142/90 - define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;

c) Lei 11.788/08 - dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;

d) PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

e) PNEPS - Política de Educação Permanente - define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;

f) PT GAB/SES-GO 230 de 20/03/17 - regulamenta a realização de Pesquisas Científicas em Unidades da SES/GO.

g) PT GM/MS 67 de 21/02/1985 - define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: 01/DISAD -27/06/85; 607 -23/08/85; 15/MS/SVS -23/08/88; nº 05 – 13/11/89; 122 – 29/11/93; 453/SNVS/DTN – 11/09/96; 843/MS/SVS – 26/10/98;

h) RDC 306 que complementa a RDC 50/2002, substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 - estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde;

i) PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso do raio-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

j) PT MS/SAS 202 de 19/06/2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde;

k) PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS;

l) PT GM/MS 2.616 de 12/05/1998 - estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;

m) PT GM/MS 2.529 de 23/11/2004 - institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

n) PT GM/MS 881 de 19/06/2011 - institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

o) Resolução CFM 1.802/2006- Dispõe sobre a prática do ato anestésico;

1288

p) Lei 6.259 de 30/10/1975 – Dispõe sobre a organização de ações de vigilância epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

q) Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);

r) Seguir a Nota Técnica ANVISA 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

s) Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

t) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

u) Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

2. Ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

2.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.

2.2. Comissão de Ética Médica e de Ética de Enfermagem.

2.3. Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial.

2.4. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT.

2.5. Comissão de Proteção Radiológica.

3. Programa de Residência Médica e Multiprofissional

3.1. A Policlínica Regional – Unidade Quirinópolis **poderá** funcionar como cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

3.2. Os preceptores serão selecionados entre profissionais da saúde plantonistas e/ou diaristas da Unidade Ambulatorial, de acordo com as especificidades de cada programa de residência, de preferência mestre ou doutor, sendo, no mínimo, especialista em sua área profissional.

3.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde devem ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da CNRMS/MEC, sendo priorizados o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador de Programa.

3.4. O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde poderá ser estabelecido por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, e em concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e **PRIVADO** quando se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem disponibilizadas para cada área, e a titulação mínima dos profissionais (coordenador, tutores e preceptores)

4. Estágios Curriculares

4.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

4.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de

1289

ensino superior conveniadas com a SES/GO.

5. Programa de Educação Permanente

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

6. Vigência

6.1. O serviço objeto deste Termo de Referência deverão se iniciados a partir da data da outorga, podendo ser prorrogado na forma legal.

6.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de 48 (quarenta e oito) meses.

7. Recursos Financeiros

7.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

7.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS é estimado em **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses do Contrato de Gestão.

7.1.2. Para o primeiro ano, o valor mensal para o custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS será escalonado conforme as metas estabelecidas, sendo **R$ 877.076,50** (oitocentos e setenta e sete mil, setenta e seis reais e cinquenta centavos) para o primeiro mês, **R$ 985.048,82** (novecentos e oitenta e cinco mil, quarenta e oito reais e oitenta e dois centavos) para o segundo mês, **R$ 1.279.596,58** (hum milhão, duzentos e setenta e nove mil, quinhentos e noventa e seis reais e cinquenta e oito centavos) para o terceiro mês e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.453.579,72** (hum milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos).

7.1.3. Do segundo ao quarto ano, o valor mensal para o custeio será de **R$ 1.453.579,72** (hum milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos), totalizando **R$ 17.442.956,64** (dezessete milhões, quatrocentos e quarenta e dois mil, novecentos e cinquenta e seis reais e sessenta e quatro centavos) ano para custeio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

8. REPASSE DE RECURSOS

8.1. O repasse dos recursos financeiros será efetuado até 30 (trinta) dias contados da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. Características dos Serviços Contratados

2.1.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

1290

2.1.3. Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo, com consultas e exames no mesmo dia.

2.1.4. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

a) Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

b) Coleta de exames de patologia clínica disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados através de um sistema informatizado.

c) A Policlínica deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo. O serviço deverá dispor de digitalização das imagens integrado ao sistema PACS.

d) A Policlínica deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.2. A forma de encaminhamento

2.2.1. As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS) da macrorregião Nordeste do Estado ou de acordo com a pactuação regional. Poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços. O agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual (CRE).

2.2.2. A marcação de consultas se dará por meio de um sistema informatizado –"*online*", facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Propõe-se que o paciente seja encaminhado com uma guia de referência com as informações necessárias para avaliação.

2.3. Acompanhamento dos pacientes

2.3.1. Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina na Policlínica, para possibilitar o acesso de novos usuários com necessidades de confirmação do diagnóstico e tratamento especializado, salvo os casos que necessitarem de tratamento programado (ex: sessões, consultas).

2.3.2. No acompanhamento, deve-se assumir os conceitos de contra-referência e referência, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso. De forma hipotética ideal, cada paciente deverá ter sua necessidade atendida em consulta única, sendo aceitável um máximo de três a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo os casos que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

2.3.3. Para a referência e contra-referência do paciente atendido na Policlínica deve-se considerar o risco e o agravo do paciente para o encaminhamento, que pode ser para a unidade básica ou outro serviço especializado de média e alta complexidade.

2.4. Perfil do atendimento da Policlínica Regional – Unidade Quirinópolis

2.4.1. De forma ideal, o perfil assistencial de cada unidade deve ser definido em conjunto com os diferentes gestores de serviços de saúde (Secretarias Municipais de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde Estadual).

2.4.2. Neste documento foram consideradas as especialidades necessárias de acordo com as demandas reprimidas em consultas médicas e exames nos municípios de abrangência, a partir de interações com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

2.4.3. Procedeu-se análise do perfil epidemiológico da região de abrangência da Policlínica e dos parâmetros de necessidades previstos na Portaria MS/GS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e outros estudos técnicos pertinentes.

2.4.4. De forma complementar, os dados de produção da região de implantação da Policlínica foram avaliados para definir as especialidades médicas e o quantitativo das consultas e exames.

1291

2.5. Integração dos especialistas com a atenção primária

2.5.1. Essa integração visa propiciar retaguarda para as equipes de saúde da atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades da Estratégia de Saúde da Família - UESF) com a finalidade de auxiliar e subsidiar as tomadas de decisões dos profissionais da atenção básica.

2.5.2. A integração deve incluir técnicas inovadoras, com utilização de telemedicina e videoconferências, além de reuniões técnicas presenciais.

2.6. Período pré-operacional

2.6.1. Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO adotará um cronograma específico para a ativação progressiva da unidade com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

2.6.2. Esse período terá a duração programada de 90 dias, e envolverá realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante este prazo, o PARCEIRO PRIVADO identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade.

2.6.3. Os repasses rotineiros dos recursos financeiros definidos por este Contrato de Gestão estão regulamentados no ANEXO TÉCNICO IV – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse).

2.7. Descrição da Unidade

2.7.1. A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas de diversas especialidades. Possui suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos. Está configurada para prestar atendimento de alta resolutividade em consultas e exames, no mesmo dia, sempre que possível, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), com funcionamento de segunda a sexta, das 7h as 19h, no mínimo. Integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

2.7.2. A Unidade está localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás. Possui arquitetura horizontalizada, composta por dois blocos, com uma área total construída de 3.775,00 m². Tem a previsão de 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 16 salas para a execução de exames de imagem, além de outros ambientes que poderão ser organizados conforme a necessidade do fluxo de atendimento, ficando o PARCEIRO PRIVADO responsável por sua distribuição.

2.8. Atendimento Ambulatorial

2.8.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

b) Interconsulta

c) Consultas subsequentes (retornos)

d) Procedimentos terapêuticos (sessões)

2.8.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.

2.8.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

1292

2.8.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.8.5. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consultas subsequentes.

2.8.6. Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., a partir do 2º atendimento devem ser registrados como procedimentos terapêuticos (sessões) realizados em especialidade não médica.

2.8.7. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configurarão consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.8.8. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no Anexo II.

2.9. Cirurgias menores ambulatoriais (cma)

2.9.1. As cirurgias menores ambulatoriais (cma) são aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizadas com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

2.10. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

2.10.1. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes atendidos na Policlínica e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Há a previsão dos seguintes exames: Audiometria, Colposcopia, Endoscopia Digestiva Alta/colonoscopia/cistoscopia, Eletrocardiografia, Ecocardiografia/ Doppler Vascular/ Ultrassonografia, Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros), Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Espirometria, Holter/MAPA, Mamografia, Nasofibroscopia, Radiologia Simples, Teste Ergométrico, Urodinâmica, Patologia Clínica.

2.11. Programas Especiais

2.11.1. Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

2.11.1.1.O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.554/2013 e normatizações vigentes.

2.11.1.2. Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo PARCEIRO PRIVADO.

2.11.1.3. Cabe ao PARCEIRO PRIVADO controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria nº 1.554/2013 – GM/MS.

2.11.2. Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção)

2.11.2.1. A carreta da prevenção é uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção do câncer de mama nos municípios que compõem a região de abrangência.

2.11.2.2. Tem como objetivo implantar, manter e monitorar o programa de Rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo uterino através dos exames de mamografia e papanicolau, e permitir o diagnóstico precoce, quando a chance de cura é de 95%.

1293

2.11.2.3. Oferecerá exames de Mamografia e papanicolau a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios de inclusão, ou seja, que estejam na faixa etária do rastreamento, 40 a 69 anos para mamografia, 25 a 64 anos para o papanicolau e que residam na região de saúde.

2.11.2.4. Os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, sem achados de malignidade e que não necessitam de exame complementar, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento. O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação, ou ultrassonografia mamária) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social Policlínica para realização do mesmo conforme agendamento.

2.11.2.5. A unidade móvel deverá contar com técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, enfermeiro e motorista.

2.11.2.6. O valor da locação e/ou comodato da carreta da prevenção ao câncer já foram previstos na elaboração do custeio total da policlínica regional - unidade Quirinópolis.

2.11.3. Transporte gratuito de pacientes à Policlínica Regional

2.11.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar pelo menos 2 (dois) veículos automotores tipo micro-ônibus, na versão rodoviária com elevador rodoviário (DPM - Dispositivo Móvel de Poltrona), equipados com ar-condicionado e rede *wifi*, que irão circular pelas cidades da macrorregião e levarão os pacientes até a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

2.11.3.2. Os roteiros dos veículos deverão ser planejados conforme a demanda da região e o transporte se justifica em razão da dificuldade de acesso à região, bem como com relação às características sociodemográficas do local.

2.11.4. Inclusão de Novos Serviços

2.11.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação do serviço de hemodiálise, incluindo as adequações na estrutura física e horário de funcionamento, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao contrato.

2.11.4.2. Caso, ao longo da vigência deste contrato, em comum acordo entre os PARCEIROS, a POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

2.12. Conteúdo das Informações a serem Encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

2.12.1. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

2.12.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

c) Relatório de Custos em regime Trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: unidade hospitalar ou especializada, centro de referência ou outros.

1294

2.12.3. O PARCEIRO PRIVADO atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do PARCEIRO PÚBLICO.

2.12.4. Em atendimento à determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

ANEXO II

INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

O Parceiro Privado informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

São considerados, para as Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. A Policlínica realizará **50.756 consultas médicas e 24.959 consultas não médicas**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **56.904 consultas médicas e 27.480 consultas não médicas** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	698	836	1.290	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399
Interconsulta	116	186	431	466	466	466	466	466	466	466	466	466
Consultas Subsequente	718	1.147	2.656	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877
Total 1295	**1.532**	**2.169**	**4.377**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Consulta Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira Consulta	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399
Interconsulta	466	466	466	466	466	466	466	466	466	466	466	466
Consultas Subsequente	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877	2.877
Total	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**	**4.742**

Especialidades médicas		Especialidades médicas	
Acupuntura		Medicina do Trabalho	
Alergia/Imunologia		Nefrologia	X
Anestesiologia	X	Neonatologia	
Cardiologia	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Geral		Pediatria	X
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia infantil	
Endocrinologia Infantil		Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Pneumologia infantil	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Clínico Geral	
Infectologia		Médico da Família	X
Mastologia	X		

Atendimento Ambulatorial para o 1º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

1296

Primeira Consulta	360	429	576	720	720	720	720	720	720	720	720	720
Sessões	784	944	1.256	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570
Total	**1.144**	**1.373**	**1.832**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**

Atendimento Ambulatorial do 2º ao 4º ano (especialidades não médicas)

Consulta Não Médica	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Primeira Consulta	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720
Sessões	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570
Total	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**	**2.290**

Especialidades não médicas	
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Serviço Social	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia	X
Outros	

2. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

2.1. A Policlínica realizará **1.177 cirurgias menores ambulatoriais**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **1.296 cirurgias a menor ambulatoriais** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Cirurgias ambulatoriais para o 1º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1297

Cirurgia menor ambulatorial (cma)	54	65	86	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Total	**54**	**65**	**86**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**

Cirurgias ambulatoriais do 2º ao 4º ano (especialidades médicas)

Cirurgias Ambulatoriais	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
Total	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**	**108**

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT

3.1. A Policlínica oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados a pacientes EXTERNOS, isto é, àqueles que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SES/GO.

3.2. A unidade realizará um número de SADT Externo de **15.696 exames**, no primeiro ano do Contrato de Gestão, e, a partir do segundo ano, **17.280 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) no 1º ano

SADT Externo	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Radiologia	180	216	288	360	360	360	360	360	360	360	360	360
Ultrassonografia	315	378	504	630	630	630	630	630	630	630	630	630
Tomografia	90	108	144	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Endoscopia	90	108	144	180	180	180	180	180	180	180	180	180

1298

Mamografia	45	54	72	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Total	**720**	**864**	**1.152**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT Externo (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial) do 2º ao 4º ano

SADT Externo	1º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Radiologia	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360
Ultrassonografia	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630	630
Tomografia	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Endoscopia	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Mamografia	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Total	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**	**1.440**

Deve-se ressaltar que o profissional anestesiologista poderá acompanhar os exames sempre que houver a referida indicação clínica.

4. UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO AO CÂNCER (CARRETA DA PREVENÇÃO)

4.1. A Unidade móvel desenvolverá ações de prevenção ao câncer de mama e colo uterino por meio da realização dos exames de mamografia e Papanicolau. Serão ofertados **30.480 exames** anuais, com variação de 10% de acordo com a capacidade operacional.

Exames Unidade Móvel de Prevenção do 1º ao 4º ano

Carreta da Prevenção ao Câncer	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Mamografia	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140	1.140
Papanicolau	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Total	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**	**2.540**

1299

ANEXO III
INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

O Parceiro Privado informará mensalmente os resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	Meta
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

1. Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Quirinópolis decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

2. Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas

Conceituação: Acompanha a não efetivação das consultas não médicas previamente agendadas para atendimento na Policlínica de Quirinópolis decorrente da ausência do paciente, identificando as razões para o não comparecimento à consulta.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

Fórmula: [total de consultas não realizadas/total de consultas agendadas] x 100

3. Índice de Retorno Médico

Conceituação: Mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica.

1300

O relatório deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente

Fórmula: [total de consultas subsequentes / Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas]

4. Perda Primária

Conceituação: Acompanha o desperdício das primeiras consultas médicas disponibilizadas área a rede referenciada.

Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Policlínica. Permite estratificação por especialidade.

Fórmula: [total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede / Total de primeiras consultas agendadas no ambulatório] x 100

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.

b) Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).

c) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo): exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes encaminhados por outros serviços de saúde.

e) Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.

1.2. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

1.3. Além das atividades de rotina, a Policlínica poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS é estimado em **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos), para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

1.5. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de **R$ 61.697.528,37**(sessenta e um milhões, seiscentos e noventa e sete mil, quinhentos e vinte e oito reais e trinta e sete centavos), sendo distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção.**

Tabela I – Distribuição Percentual para Efeito de Desconto Financeiro dos Indicadores de Produção

1301

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 1º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica	57	8.322.880,94
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.460.154,54
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	876.092,72
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.190.231,82
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	1.752.185,46
Total		**14.601.545,45**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 2º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.942.485,27
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.744.295,67
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.046.577,40
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.616.443,50
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.093.154,80
Total		**17.442.956,66**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 3º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.942.485,27
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.744.295,67
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.046.577,40
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.616.443,50
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.093.154,80
Total		**17.442.956,66**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - 4º ANO		
Modalidade de Contratação	**%**	**VALOR R$**
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade médica.	57	9.942.485,27
Atendimento Ambulatorial: consulta em especialidade não médica e processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos).	10	1.744.295,67
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais.	6	1.046.577,40
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Externo).	15	2.616.443,50
Unidade Móvel de Prevenção ao Câncer (carreta da prevenção): exames diagnósticos.	12	2.093.154,80
Total	**100%**	**17.442.956,66**

1.6. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de **R$ 6.855.280,93** (seis milhões, oitocentos e cinquenta e cinco mil, duzentos e oitenta reais e noventa e três centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, item 3, descrito adiante.

1.7. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**	**4º ANO**
	VALOR (R$)	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**	**VALOR (R$)**

1302

01	877.076,50	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
02	985.048,82	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
03	1.279.596,58	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
04	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
05	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
06	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
07	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
08	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
09	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
10	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
11	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
12	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72	1.453.579,72
Total	**16.223.939,38**	**17.442.956,64**	**17.442.956,64**	**17.442.956,64**

1.8. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

1.9. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS.

1.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.11. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.12. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.13. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

1.14. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais - SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE QUIRINÓPOLIS, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.15. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.16. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

1.17. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

1.18. A cada período de 03 (três) meses, à Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1303

1.19. A cada 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.20. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.20.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.20.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.21. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

1.22. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.23. A análise referida no item 1.19. deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.24. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.25. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL.**

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento de unidades policlínicas*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo II** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico IV.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento Policlínica Regional - Unidade Quirinópolis

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Ambulatório Médico Peso 57%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas médicas

	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas médicas
Ambulatório Não Médico Peso 10%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas não médicas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das consultas não médicas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas não médicas
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais Peso 06%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia ambulatorial
SADT Externo Peso 15%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames
Carreta da Prevenção ao Câncer Peso 12%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames de prevenção
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames de prevenção
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames de prevenção

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

3.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.18. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

3.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

1305

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

3.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

3.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

3.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

1306

ANEXO TÉCNICO DO CONTRATO V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, em regime de, no mínimo, 12 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO,** JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE,** ISMAEL ALEXANDRINO, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, inscrita no CNPJ nº 12.053.184/0001-37, com endereço na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia -CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 01/2021, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o **INSTITUTO CEM**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038461, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão na **POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS**, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, pela organização social de saúde

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 01/2021. 1307

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens na POLICLÍNICA REGIONAL- UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 01/2021, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 01/2021.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano.

Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 01/2021.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 01/2021.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da

1389

Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

ANEXO DO CONTRATO VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

1310

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o Instituto Cem, qualificada como Organização Social em

Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Ru 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, por, no mínimo, 12 horas por dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo **Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás, Goiânia -CEP 74.810-100, neste momento representado por Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia., conforme procuração, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 01/2021, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto Cem, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, em regime de 12 horas/dia, no mínimo.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 201900010038461 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, onde funciona POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, em regime de 12 horas/dia, com área total medindo 3.775 m².

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 01/2021.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE QUIRINÓPOLIS, localizada à área

1311

institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº 01/2021, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 01/2021, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do PERMITENTE.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 01/2021.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

1312

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 01/2021.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira, Usuário Externo**, em 01/03/2021, às 11:01, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 08/03/2021, às 14:26, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, Procurador (a) Geral do Estado**, em 31/03/2021, às 14:53, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

1313

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000018171039** e o código CRC **CF2DE0EB**.

SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE
RUA SC-1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C

Referência: Processo nº 201900010038461 SEI 000018171039

13 14

1315

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTRATO Nº 06/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, em caráter emergencial, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o INSTITUTO CEM, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin **(HEJA)** para os fins a que se destina.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, DRA. JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, de 12 de março de 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, Lote 4E, Sala 26-A, Ed. Cond. New Business Style, Setor Jardim Goiás. Goiânia-GO CEP: 74810-100, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado nesta Capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, na Lei estadual nº. 18.025/2013, no Decreto nº 9.184, de 12 de março de 2018; no Despacho Governamental nº 55/2021 (000018697932), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.495, págs. 12 a 16, de 22/02/2021 Suplemento (000018698239); na Autorização Governamental, Despacho do Gabinete nº Automático 1.426/2021-GAB/SEAD (000018272494), no Despacho do Gabinete nº Automático 338/2021-GAB/SES (000018019473); no Despacho do Gabinete nº Automático 897/2021-GAB/SEAD (000017987512), no Ofício nº 1.222/2021 - ECONOMIA (000018481222), no Ato de Dispensa

de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial, Declaração nº 14/2021 (000018313381), ratificada pela Declaração nº 15/2021 (000018313382) e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO (000018412664), celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento no art. 6º, F, inc. I, da Lei Estadual nº 15.503/2005 e, em conformidade com o processo administrativo nº 202100010000046 mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do **HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIN (HEJA)**, localizado à Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias na semana, ininterruptamente, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto;

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 30 (trinta) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05;

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração;

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

1317

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, com a previsão de mecanismos que confiram a agilidade necessária ao hábil atendimento das demandas emergenciais inerentes ao objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, inclusive mediante contratação direta com terceiros, desde que assegurada a sua vantajosidade e atendidos os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo dar ciência à Controladoria-Geral do Estado para manifestação posterior;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto;

2.20. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente;

2.21. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações;

2.22. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.23. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.24. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.26. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.27. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.28. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.29. Manter, durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade jurídica, fiscal, trabalhista, econômica, financeira e previdenciária.

2.30. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o Estatuto Social vigente;

2.31. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.32. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL,** quando cabível;

2.33. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.34. Emitir e apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, nos prazos estabelecidos no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.35. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros, quando possível;

2.36. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

1319

2.37. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.38. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989), quando possível;

2.39. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.40. Publicar ao final do prazo de vigência contratual o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades executadas;

2.41. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.42. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.43. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.44. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.45. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.46. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto os §§2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.47. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.48. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.48.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.49. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.50. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.51. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.52. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.53. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.54. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.55. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave;

2.56. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.57. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.58. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.59. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.60. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.61. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.62. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.63. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.64. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.65. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.66. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará os documentos relacionados à execução contratual, em atenção à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011;

2.67. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.68. Cumprir todas as obrigações descritas no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017.

2.69. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.70. Cumprir a Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.71. Pautar a celebração dos contratos, necessários à execução desta **PARCERIA**, preferencialmente com particulares comprometidos com o enfrentamento da atual emergência de saúde pública do Estado de Goiás e que se disponham, em caráter preventivo, ao compromisso de negociar, mitigar e suprimir a imposição

1321

consequências patrimoniais desfavoráveis ao **PARCEIRO PRIVADO**, quando a inexecução contratual deste for decorrente estritamente da imprevisibilidade inerente ao presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

2.72. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item **7.11**.

2.73. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público

2.74. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao PARCEIRO PÚBLICO, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento.

2.75. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra, salvo se, após juízo de discricionariedade, a medida mostrar-se conveniente e oportuna, bem como necessária, diante da finalidade a que se destina o presente ajuste e do contexto fático subjacente à sua pactuação;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

3.5. Avaliar e, após juízo de discricionariedade, proceder, caso seja oportuno e conveniente, à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005.

3.6. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.7. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constantes do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.8. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

1522

3.9. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.11. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.12. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.13. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

3.14. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

3.15. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativa ou providenciar a regularização;

1323

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.48, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão emergencial, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas,

inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será pelo prazo máximo de **180 (cento e oitenta) dias** consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste pela Procuradoria-Geral do Estado ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público, com observância ao estabelecido no art. 6º-F, inciso I, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência, nos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Ges nº 116/2017, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos) para fazer face ao período de 180 (cento e oitenta) dias.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados no orçamento do ano e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

1325

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os ecursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

1326

8.1. Durante os 180 (cento e oitenta) dias a que compreende a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** será de **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos), em parcelas mensais estimadas em **2.203.128,13** (dois milhões, duzentos e três mil, cento e vinte e oito reais e treze centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** correrão conforme quadro de dotação orçamentária abaixo (000018239569) e conforme Nota de Empenho nº 00089 (000018316946), emitida em 08/02/2021, no total de R$ 13.218.768,78 (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos).

Sequencial: 64		**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**
Descrição	**Código**	**Denominação**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambiental
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento assistencial em saúde
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	100	Receitas ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações diretas

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.5. O **PARCEIRO PÚBLICO** fixará, no prazo de até 90 (noventa) dias a contar do início da vigência contratual, o percentual máximo que o **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, dos recursos públicos que lhe forem repassados, com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados.

1327

9.6. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.7. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas nas Cláusulas Décima Primeira e Décima Quinta;

9.8. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.9. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

9.10. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos **pelo PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.12. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.13. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.14. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.15. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.16. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.17. Caso o PARCEIRO PRIVADO possua mais de um contrato de gestão firmado com o PARCEIRO PÚBLICO na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.5 e 9.6 deste, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

1328

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos e na Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo c o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

1329

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência e seus Anexos I, II e III;

b) Anexos Técnicos I, II, III e IV;

c) Proposta de Trabalho do Contrato de Gestão nº 116/2017

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno process próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões q não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegia

1331

8

que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013 de 2020 será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO DO CONTRATO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (incluso o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E

ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação multa.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em dois segmentos: **(1) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(2) Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato.

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.1 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informaç Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde

1333

e do Ministério da Saúde (MS).

1.1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, *outdoors*, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás.

1.1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.1.7.1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo P**ARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.7.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.1.7.3. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e

1334

certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda á[illegible], equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

1.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

l) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

1335

- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

m) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

1.1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.1.19. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.1.24. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos II e III deste Contrato.

1.1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Complexo Regulador Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

a) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem;

b) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

c) Comitê de Ética em Pesquisa;

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e SESMT;

1336

f) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos;

g) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

h) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

i) Comissão de Proteção Radiológica;

j) Comitê Transfusional;

k) Comissão de Biossegurança;

l) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

m) Comissão Interna de Verificação de Óbito;

n) Comissão de Qualidade.

1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH**, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.1.29. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

1.1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.1.34. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.1.35. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

1337

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- PT MS/GM Nº 1.631, de 10 de junho de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- PT MS/GM Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, consolidada na PT MS/GM Nº 4, de 28 de setembro de 2017.
- Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e alterações;
- PT GM/MS Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.
- PT SAS/MS Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para a classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo.
- PT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT MS/SAS Nº 202, de 19 de junho de 2001, estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- PT MS/SAS Nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PT Nº 1.377, de 09 de julho de 2013, aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).
- PT Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.
- PT Nº 529/MS, de 1º de abril de 2013, e RDC Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução do COFEN Nº 358/2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014, da ANVISA, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros caráter qualitativo.
- PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS Nº 1. 559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do SUS.
- PT GM/MS Nº 67, de 21 de fevereiro de 1985, define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários.
- Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;
- Alimentação do Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde);
- Seguir a Nota Técnica ANVISA Nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas à Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;
- Garantir às Vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, ou outra Unidade de Saúde de Referência, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.
- Normas e legislações vigentes que não entrem em conflito com o disposto neste Edital.

1.1.37. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1359

8

1.1.38. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1.1.38.1. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.1.38.2. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.1.38.3. O **PARCEIRO PRIVADO** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com *backup* e transferidos *on line* para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

1.1.38.4. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.1.38.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de *link*, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

1.2. Estágios Curriculares

1.2.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

1.2.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás. Os estágios são regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

1.2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, conforme anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.3. Programa de Educação Permanente

1.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, em conformidade com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás (PEEPS-GO).

1.4. Vigência

1.4.1. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da outorga do ajuste ou por prazo inferior, até a conclusão de novo chamamento público.

1340

1.5. Recursos Financeiros

1.5.1. A Organização Social deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico IV da Minuta de Contrato, da seguinte forma:

1.5.1.2. O valor de repasse mensal perfaz um total de **R$ 2.303.128,13** (dois milhões, trezentos e três mil, cento e vinte e oito reais, e treze centavos).

1.5.1.3. Para a vigência do Contrato de Gestão, 180 (cento e oitenta) dias, o valor estimado será de **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito mil e setenta e oito centavos).

1.5.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

2. DESCRITIVO DE SERVIÇOS

2.1. Características dos Serviços Contratados

2.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários SUS oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.1.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

2.1.4. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o **PARCEIRO PRIVADO**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde, por meio da Regulação Estadual.

2.1.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO,** por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1.7. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de **Plantão Controlador Interno**, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01(um) hora.

2.2. Descrição da Unidade

Nome: Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim.

CNES: 2361949.

1341

Endereço: Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás.

Tipo de Unidade: Hospital geral de pequeno porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

2.2.1. O HEJA irá atuar com leitos destinados à internação de pacientes com atendimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1. Capacidade Operacional do HEJA

Unidade de Internação	**Quantitativo de leitos**
Cirúrgica	9
Obstétrica	2
Clínica	13
Cuidados Intensivos geral	10
Total	**34**

2.2.2. O hospital irá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e atendimento ambulatorial.

2.2.3. A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre a melhor distribuição para o atendimento assistencial dos pacientes relacionados ao perfil do referido hospital.

2.3. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

2.3.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

2.3.2. No processo de hospitalização, estão incluídos:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

1342

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

n) Diárias na UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.

o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

p) Sangue e hemoderivados.

q) Fornecimento de roupas hospitalares.

r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

s) Garantir a realização das cirurgias eletivas ou programadas e emergenciais, evitando cancelamentos administrativos (falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros) visando a segurança do paciente.

t) Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, com efetiva comprovação da utilização das OPME.

u) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde, para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

2.4. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

1343

2.4.1. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea, e que sejam classificadas conforme Acolhimento com Classificação de Risco nas cores amarelo, laranja e vermelho e/ou referenciadas pela Central de Regulação Médica Estadual.

2.4.2. O hospital deverá dispor de atendimento às urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for referenciada, bem como às demandas espontâneas, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.4.3. O hospital deverá manter serviço de acolhimento e classificação de risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, priorizando a internação de pacientes de especialidade e complexidade abarcadas pelo hospital, encaminhando pacientes de perfil diverso para outras Unidades de Saúde por meio da Central de Regulação Estadual.

2.4.4. Para efeito de produção contratada e realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

2.4.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

2.5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2.5.1. O atendimento ambulatorial compreende:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Consultas subsequentes (retornos).

2.5.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

2.5.3. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

2.5.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

2.5.5. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2.5.6. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das **07h às 19h, de segunda a sexta-feira,** nas especialidades descritas no quadro abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

2.5.7. **Especialidades Médicas mínimas ofertadas pelo Ambulatório do Hospital:**

Quadro 01. Especialidades Médicas mínimas ofertadas pelo Ambulatório do HEJA

Cirurgia Geral

1344

Ginecologia e Obstetrícia
Cardiologia (pré - operatório/ Risco cirúrgico)
Ortopedia

Obs.: A pediatria deverá ser mantida para os cuidados aos recém-nascidos nascidos no hospital.

2.6. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

2.6.1. O hospital deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual.

2.6.2. O Procedimento de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a ser ofertado: Raio-X, Ultrassom, Eletrocardiograma.

3. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

3.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **Hospital Estadual Sandino de Amorim (HEJA)** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

4. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.

b) Relatórios referentes aos Indicadores de de Produção e de Desempenho, em regime mensal.

c) Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.4. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus *sites* informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

5. PROPOSTA DE MELHORIAS

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá propor projeto de melhoria das condições estruturais da unidade, bem como possível aquisição de equipamentos, até 03 (três) meses após a assinatura do Ajuste Contratual. A proposta deverá contemplar as adequações na estrutura física, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas estabelecidas pela Portaria nº 253/2019 SES/GO. O mesmo procedimento se aplica à solicitação de recursos financeiros para a aquisição de equipamentos emergenciais.

5.2. Após as devidas aprovações pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e/ou aquisição dos equipamentos necessários.

5.3. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

5.4. Para as solicitações emergenciais, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, número mínimo de 03 (três) orçamentos que deverão ser submetidos à análise da SES/GO, cronograma de aplicação, e, posteriormente, autorização desta para a execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

ANEXO TÉCNICO II

ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO

1. REGRA GERAL

1.1. **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE (considerada como parte fixa) de assistência oferecida aos usuários do "**Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)**".

1.2. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **HEJA**:

a) Internações hospitalares: saídas cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) Cirurgias eletivas;

c) Atividades ambulatoriais: consultas médicas e SADT Externo (Raios x, Eletrocardiograma e Ultrassonografia).

1.4. A produção de todos os atendimentos de Urgência e Emergência, as consultas não médicas ambulatoriais e o Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno não comporão metas a serem alcançadas, mas a produção deverá ser informada mensalmente à SES-GO.

2. INTERNAÇÕES HOSPITALARES: SAÍDAS CIRÚRGICAS, OBSTÉTRICAS E CLÍNICAS

1346

2.1. A Unidade deverá realizar 179 **saídas hospitalares** mensalmente, com variação de ± 10%, nas seguintes especialidades: cirúrgica, clínica, obstétrica.

2.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Saídas hospitalares	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**Total**
Clínica	179	179	179	179	179	179	**1074**
Cirúrgica							
Obstétrica							

3. CIRURGIAS ELETIVAS

3.1. A Unidade deverá realizar **cirurgias eletivas** nas quantidades e especialidades listadas abaixo, com variação de até ± 10%.

3.2. As cirurgias eletivas serão referenciadas pela Regulação Estadual da SES-GO, em observância ao perfil, capacidade e complexidade abarcados pelo **HEJA**.

Especialidade Cirúrgica	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**Total**
Cirurgia Geral	20	20	20	20	20	20	**120**
Ginecologia							
Ortopedia							

4. ATIVIDADE AMBULATORIAL

4.1. A Unidade deverá realizar **consultas médicas** ambulatoriais nas quantidades e especialidades listadas abaixo, com variação de até ± 10%.

Especialidades médicas	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**Total**
Cirurgia Geral	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	**10.800**
Ginecologia e Obstetrícia							

1347

Cardiologia (pré-operatório / risco cirúrgico)							
Ortopedia							

4.2. A Unidade deverá realizar **exames** a pacientes regulados (SADT Externo) nas quantidades e exames listados abaixo, com variação de até ± 10%.

SADT Externo	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**Total**
Raio X	60	60	60	60	60	60	**660**
Eletrocardiograma	50	50	50	50	50	50	**300**
Ultrassonografia	50	50	50	50	50	50	**300**

5. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

5.1. A Unidade deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com objetivo de atender todos os usuários provenientes tanto de demanda espontânea quanto de demanda referenciada, nas especialidades abaixo relacionadas.

Clínica Médica
Cirurgia Geral
Obstetrícia
Ortopedia

5.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

5.3. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

ANEXO TÉCNICO III
INDICADORES DE DESEMPENHO

1348

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciad. mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

2. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de desempenho definidos pela Secretaria de Estado, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

3. O quadro a seguir apresenta os indicadores que deverão ser enviados para análise do desempenho hospitalar.

Indicadores de Desempenho	**Meta**
1. Taxa de Ocupação Hospitalar - 3º ao 12º mês	≥ 85%
2. Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5 dias
3. Índice de intervalo de substituição (dias)	≤ 0,88
4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias)	≤ 20%
5. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
6. Percentual de suspensão de cirurgia programada por condições especiais	≤ 5%
7. Taxa de cesariana em primíparas	≤ 15%
8. Índice de APGAR de recém-nascidos vivos	> 7

1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de pla terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

1349

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

3. Índice de Intervalo de Substituição (dias)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

Para o numerador são excluídas internações por câncer e obstetrícia, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador. Para o denominador:

1) São excluídos casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer.

2) São excluídos pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar, nos 365 dias antes da admissão.

3) Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.

5. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

6. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por qualquer motivo, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

7. Taxa de Cesariana em Primíparas

Conceituação: mede a quantidade de cirurgias cesáreas ocorridas no primeiro parto em relação ao número

1350

total de partos em primíparas. A Taxa de Cesárea em primíparas é um indicador selecionado que deverá refletir a qualidade do processo assistencial em Obstetrícia.

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: Este indicador não será contabilizado para efeito de glosa, mas deverá ser informado mensalmente para efeito de monitoramento.

8. Índice de APGAR de recém-nascidos vivos

Conceituação: os valores registrados na escala de APGAR ao 1º e 5º minutos são importantes registros das condições de nascimento, assim como as eventuais manobras utilizadas durante a recepção da criança: se foi submetida à aspiração das vias aéreas superiores, se recebeu oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e drogas. Esse exame é necessário a fim de determinar as condições respiratórias, cardiocirculatórias e malformações grosseiras. Essa avaliação global, inclusive da idade gestacional, permitirá ao profissional decidir qual o destino do recém-nascido (RN), se unidade de alojamento conjunto, intermediária ou de cuidados intensivos, além de nortear os cuidados específicos relativos à morbidade própria de cada grupo.

Deverá informar o APGAR do 1º minuto, mas, para efeito de indicador, considerar o informado no 5º minu.

Este indicador não será contabilizado para efeito de glosa, mas deverá ser informado mensalmente para efeito de monitoramento.

ANEXO TÉCNICO IV

SISTEMA DE REPASSE

I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO II:

a) Internações hospitalares: saídas hospitalares cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) Cirurgias eletivas;

c) Atividades ambulatoriais: consultas médicas e SADT Externo (Raio X, Eletrocardiograma e Ultrassonografia).

1.2. A produção de todos os atendimentos de urgência e emergência, as consultas não médicas ambulatoriais e o Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno não comporão metas a serem alcançadas, mas a produção deverá ser informada mensalmente à SES-GO.

1.3. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

1351

1.4. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Descritivo de Serviços.

1.5. O montante do orçamento econômico-financeiro para o custeio do **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)** está estimado em **R$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito mil e setenta e oito centavos), para até 180 (cento e oitenta) dias de contrato.

1.5.1. Do montante global, **a parte fixa 90%** (noventa por cento) corresponde ao valor de **R$ 11.896.891,90** (onze milhões, oitocentos e noventa e seis mil, oitocentos e noventa e um reais e noventa centavos), para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção, condicionado o seu pagamento ao atingimento de metas estabelecidas,** conforme a distribuição percentual abaixo:

a) 80% (oitenta e oito por cento) do valor, R$ 9.517.513,52 (nove milhões, quinhentos e dezessete mil, quinhentos e treze reais e cinquenta e dois centavos) corresponde ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) 7% (quatro por cento) do valor, R$ 832.782,43 (oitocentos e trinta e dois mil, setecentos e oitenta e dois reais e quarenta e três centavos) corresponde ao custeio das despesas com cirurgias eletivas.

c) 13% (oito por cento) do valor, R$ 1.546.595,95 (um milhão, quinhentos e quarenta e seis mil, quinhentos e noventa e cinco reais e noventa e cinco centavos) corresponde ao custeio das despesas com atividade ambulatorial: consultas médicas e SADT Externo.

1.5.2. Do montante global, **a parte variável 10%** (dez por cento) corresponde ao valor de **R$ 1.321.876,88** (um milhão, trezentos e vinte e um mil, oitocentos e setenta e seis reais e oitenta e oito centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração.

1.6. O valor mensal total de cada parcela está fixado em **R$ 2.303.128,13** (dois milhões, trezentos e três mil, cento e vinte e oito reais, e treze centavos).

1.6.1. **90%** (noventa por cento) da parte fixa serão repassados em parcelas mensais, no valor de R$ 2.072.815,32 (dois milhões, setenta e dois mil, oitocentos e quinze reais e trinta e dois centavos), conforme a distribuição percentual abaixo:

a) 80% (oitenta e oito por cento) do valor, R$ 1.658.252,26 (um milhão, seiscentos e cinquenta e oito mil, duzentos e cinquenta e dois reais e vinte e seis centavos) corresponde ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas cirúrgicas, obstétricas e clínicas.

b) 7% (quatro por cento) do valor, R$ 145.097.07 (cento e quarenta e cinco mil, noventa e sete reais e sete centavos) corresponde ao custeio das despesas com cirurgias eletivas.

c) 13% (oito por cento) do valor, R$ 269.465,99 (duzentos e sessenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e cinco reais, noventa e nove centavos) corresponde ao custeio das despesas com atividade ambulatorial: consultas médicas e SADT Externo.

1.6.2. **10%** (dez por cento) da parte variável serão repassados mensalmente junto com as parcelas da parte fixa, no valor estimado de R$ 230.312,81 (duzentos e trinta mil, trezentos e doze reais e oitenta e um centavos), vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

1.7. Os pagamentos mensais, em observação às metas a serem atingidas, dar-se-ão na seguinte conformidade:

ferência	Valor (R$)

1552

1º mês	2.203.128,13
2º mês	2.203.128,13
3º mês	2.203.128,13
4º mês	2.203.128,13
5º mês	2.203.128,13
6º mês	2.203.128,13
Total	**13.218.768,78**

1.8. Os repasses serão efetuados pela Secretaria de Estado da Saúde conforme a sua disponibilidade orçamentária/financeira.

1.9. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA).**

1.10. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo HEJA.

1.11. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.12. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos

1.13. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) do mês subsequente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.14. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.15. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

1.16. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

1.17. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

1.18. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produç assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do não alcance das metas

1353

serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

1.19. A cada período de 03 (três) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.20. Ao final de 06 (seis) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

1.21. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.21.1. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.
1.21.2. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.22. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre e/ou semestre avaliado, a depender do caso (indicadores de desempenho e quantitativos, respectivamente).

1.23. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

1.24. A análise referida no item 1.20 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.25. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

1.26. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará, mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

2. com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

2.1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados, EM REGIME SEMESTRAL, nos meses subsequentes aos períodos de avaliação.

2.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela 4 - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do **Hospital Estadual de Jaraguá Sandino de Amorim (HEJA)**, a seguir

1354

apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo II e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo despesa especificada nas Tabelas 2 e 3 deste Anexo Técnico IV.

Tabela 4 - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do HEJA.

	ATIVIDADE REALIZADA	**VALOR A PAGAR**
Internações Hospitalares **Peso 80%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das saídas hospitalares
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das saídas hospitalares
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às saídas hospitalares
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às saídas hospitalares
Cirurgias Eletivas **Peso 7%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias eletivas
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias eletivas
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento das cirurgias eletivas
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às cirurgias eletivas
Atividade Ambulatorial **Peso 13%**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade ambulatorial

1355

	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade ambulatorial

2.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

2.2.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico III – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.19. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

2.2.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o Percentual de Cumprimento de Meta (PCM), conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

2.2.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
0,00% até 99,99%	9

1356

80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

2.2.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$$\frac{\Sigma \text{ (nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

2.2.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

Pontuação Global	**Valor a receber do Desempenho**
9 a 10 pontos	100 %
8 a 8,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o INSTITUTO CEM, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, implantado nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614- DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, DE 12 DE MARÇO DE 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecilio, 2496, quadra b22, lote 4e sala 26-a Ed. Cond. New Business, Setor Jardim Goiás. Goiânia-GO CEP: 74810-10, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado em Goiânia-GO, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021 SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto CEM, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000046, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do

1358

início da gestão no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), localizado à Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSIONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/20 SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

1359

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, u a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato Gestão Emergencial nº 06/2021- SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/GAB/SESGO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO – VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde-SES/GO e o INSTITUTO CEM, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens Imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, implantado nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pela PROCURADORA-GERAL DO ESTADO, DRA. **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE** brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, residente e domiciliada nesta Capital, e pelo Secretário de Estado

1361

Saúde, **ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614- DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184, DE 12 DE MARÇO DE 2018, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecilio, 2496, quadra b22, lote 4e sala 26-a Ed. Cond. New Business, Setor Jardim Goiás. Goiânia-GO CEP: 74810-10, neste ato representada por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, casado, industrial, portador da Cédula de Identidade nº 1625936 SSP-GO e CPF nº 476.308.411-91, residente e domiciliado em Goiânia-GO, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o **INSTITUTO CEM**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, nas dependências do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA).

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010000046, **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), localizado à Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás, pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de novo chamamento público.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA), sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

1362

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO;

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão Emergencial nº 06/2021-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/GAB/SESGO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

1363

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente por **Jeziel Barbosa Ferreira**, **Usuário Externo**, em 15/03/2021, às 17:35, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 15/03/2021, às 18:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE**, **Procurador (a) Geral do Estado**, em 24/03/2021, às 15:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **000019172880** e o código CRC **2A5280BF**.

COORDENAÇÃO DE CONTRATOS
Av. SC-1 nº 299 - Parque Santa Cruz - CEP 74.860-260 - Goiânia-GO
Telefones (62) 3201-3724 3201-3763

1364

8

1365

Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato Nº 01/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o **Instituto Cem**, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, localizada na área institucional nº 01, limitada pela Rua 03, Rua 05, Rua 04 e Rua 01, localizada no Bairro Residencial Atenas, CEP 75.860-000 Quirinópolis – Goiás.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela **PROCURADORA-GERAL DO ESTADO**, JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE, brasileira, advogada, inscrita na OAB/GO sob o nº 18.587, portadora da CI/RG nº 344.4298 SSP/GO, CPF/MF nº 845.029.161-53, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO CEM - Centro Hospitalar de Atenção e Emergências Médicas, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 9.184 de 12 de março de 2018 (000011347256), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.053.184/0001-37, com sede na Avenida Deputado Jamel Cecílio, Qd B22, Lt. 4E, Sala 26A, n. 2.496, Edifício Condomínio New Business Style, Jardim Goiás-CEP 74.810-100, neste ato representada pelo Diretor Presidente JEZIEL BARBOSA FERREIRA, brasileiro, industrial, portadora da CI/RG nº 1624036, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob o nº 476.308.411-91, residente e domiciliado no Goiânia.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no art. 64, §2º, da Lei nº 8.666/1993, no Despacho Governamental nº 56/2021 (000018709059), publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 23.495, de 22/02/2021 (000018709775), no Despacho do Gabinete nº Automático 907/2021 -GAB/SEAD (000017992318), no Ofício nº 1107/2021-ECONOMIA (000018391823), no Despacho do Gabinete nº Automático 386/2021-GAB/SES (000018163802), no Edital de Chamamento Público nº 07/2019 SES/GO (000012210070) e na Resolução Normativa nº. 013/2017-TCE/GO, tudo constante no processo nº 201900010038461, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO,** mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades da

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE **QUIRINÓPOLIS**, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO,** como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da Saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO:**

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO.**

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.11. Proceder a devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;

2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso; 1367

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;

2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;

2.20. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;

2.21. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;

2.27. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;

1368

2.28. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;

2.29. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.30. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;

2.31. Manter, durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.

2.32. Manter durante a execução deste CONTRATO DE GESTÃO as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;

2.33. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.34. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.34.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.35. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.36. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.37. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.38. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.39. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.40. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.41. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.42. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio quadrimestral de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.42.1. Mensurar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.43. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.44. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação

relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.45. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.46. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.47. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.48. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.49. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.50. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.51. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.52. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.52.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.53. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.54. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.55. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.55.1. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.56. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.58. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

1370

2.59. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.60. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

2.61. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;

2.62. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;

2.63. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;

2.64. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;

2.65. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;

2.66. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;

2.67. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;

2.68. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ ou discriminatórias;

2.69. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;

2.70. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;

2.71. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

2.72. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

2.73. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.74. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.

2.75. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação **pelo PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.76. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005, inclusive quanto.

2.77. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

2.78. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à

1371

substituição de servidor público.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;

3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;

3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

1372

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitad para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interposto recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pe' Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com o' resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

1373

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de **48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial**, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com observância do prazo máximo estabelecido pelo inciso II c/c § 2º do art. 6º-F da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R$ 68.552.809,30** (sessenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil, oitocentos e nove reais e trinta centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

1374

7.2.1. Em caso de redução de repasse dos valores sem redução das metas inicialmente propostas, em razão da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da parceira, a Organização Social em Saúde deverá anuir expressamente.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;

b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;

c) venda de espaço publicitário;

d) exploração comercial das instalações;

e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamento da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7. 7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar;

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;

1375

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS

8.1. No primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de R$ **16.223.939,38** (dezesseis milhões, duzentos e vinte e dois mil, novecentos e trinta e nove reais e trinta e oito centavos), **em 12 (doze) parcelas mensais** de R$ sendo **R$ 877.076,50** (oitocentos e setenta e sete mil, setenta e seis reais e cinquenta centavos) para o primeiro mês; **R$ 985.048,82** (novecentos e oitenta e cinco mil, quarenta e oito reais e oitenta e dois centavos) para o segundo mês; **R$ 1.279.596,58** (um milhão, duzentos e setenta e nove mil, quinhentos e noventa e seis reais e cinquenta e oito centavos) para o terceiro mês; e a partir do quarto mês o valor mensal será de **R$ 1.453.579,72** (um milhão, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da nota de empenho e dotação orçamentária abaixo discriminadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	**DATA**	**SEI**	**VALOR**
00147	26/02/2021	(000018794617)	R$ 13.316.779,94
T O T A L			**R$ 13.316.779,94**

SEQUENCIAL: 064	**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000018306301)**	
DESCRIÇÃO	**CÓDIGO**	**DENOMINAÇÃO**
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde – FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicações diretas

1376

8.3. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a qual apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

9.7. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

9.8. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.6 e 9.7, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.9. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.10. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.11. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.12. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

1377

9.13. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.14. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.15. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.16. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.17. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.18. O **PARCEIRO PRIVADO,** para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.19. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.6 e 9.7, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.8.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação de seus termos pelo CIPAC e outorga pela Procuradoria-Geral do Estado.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

1378

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO;**

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parceiras, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

1379

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras em suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração **do PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.

x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público.

12.2. Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

a) Anexos Técnicos

b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

1380

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do contrato de gestão;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do PARCEIRO PRIVADO, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mai privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

(Assinatura digital)

JULIANA PEREIRA DINIZ PRUDENTE

PROCURADORA-GERAL DO ESTADO

(Assinatura digital)

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

(Assinatura digital)

JEZIEL BARBOSA FERREIRA

INSTITUTO CEM

1381